

# Servicio Mancomunado de Cirugía Torácica

Belda Sanchís J\*, Reventos i Monjo J\*\*, Bory Ros F\*\*\*,  
Varela i Pedragosa J\*\*\*\*, Craywinckel Martí G\*\*\*\*\*, Benito Valés S\*\*\*\*\*,  
Casagran Borrel A\*\*\*\*\*, Álvarez Castillo M\*\*\*\*\*

*\*Jefe de Servicio. Servicio Mancomunado de Cirugía Torácica. Hospital del Mar, Parc de Salut Mar (Barcelona). Hospital Universitari Mútua Terrassa (Terrassa). Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)*

*\*\*Ex-gerente. Parc de Salut Mar (Barcelona)*

*\*\*\*Director Médico. Parc de Salut Mar (Barcelona)*

*\*\*\*\*Gerente. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)*

*\*\*\*\*\*Directora Asistencial. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)*

*\*\*\*\*\*Director Médico. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)*

*\*\*\*\*\*Director Asistencial. Mútua Terrassa (Terrassa)*

*\*\*\*\*\*Director Médico. Hospital Universitari Mútua Terrassa (Terrassa)*

*e-mail: cir0901@parcdesalutmar.cat*

---

## Resumen

La Cirugía Torácica presta una atención sanitaria altamente especializada relacionada fundamentalmente con la estadificación y tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón. Para obtener los mejores resultados posibles en este tipo de actividad quirúrgica es imprescindible que la gestión del proceso la realicen expertos cualificados que trabajen en equipo con un modelo de funcionamiento óptimo.

La calidad tiene una relación directa con el número de procedimientos realizados, la aplicación de la mejor evidencia científica y los recursos disponibles. El modelo de funcionamiento debe tener en cuenta tanto los recursos como el entorno, la población a tratar. En Cataluña, tres hospitales con Cirugía Torácica entre su oferta asistencial, el Hospital del Mar y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y el Hospital Universitari Mútua Terrassa, han desarrollado una alianza estratégica para complementar dicha oferta. El objetivo primordial es mejorar la eficiencia y calidad de la asistencia, ganar competitividad y mantener al paciente cerca de su territorio durante todo el proceso terapéutico. En el presente trabajo se exponen las características, dificultades y logros iniciales de esta alianza interhospitalaria para la prestación de Servicios en Cirugía Torácica.

*Palabras clave:* Alianza estratégica, Eficiencia, Calidad, Cirugía torácica.



## Associate Thoracic Surgery Service. Hospitales del Mar de Barcelona, Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, Hospital Universitari Mútua Terrassa

### Abstract

Thoracic Surgery provides highly specialized health care that is mainly related to the staging and surgical treatment of lung cancer. In this complex surgical activity, it is essential the management of the process for qualified experts working as a team with an optimal operating model for achieving the best possible results.

The quality of the surgery has a direct bearing on the number of procedures performed, the resource's availability and the application of the best scientific evidence. The operational model should take into account both, the resources and the environment, (mainly the treated population). In Catalonia, three hospitals with Thoracic Surgery, the Mar Hospital of Barcelone, the Santa Creu and Sant Pau Hospital of Barcelone and the Mútua Terrassa University Hospital, have developed a strategic alliance to complement their offer. The primary objective of this alliance is to improve the efficiency and quality of care, to improve competitiveness and keep the patient close to home throughout the therapeutic process. In this paper we describe the characteristics, challenges and early achievements of this interhospitalary alliance to provide services in Thoracic Surgery.

**Key words:** Strategic alliance, Efficiency, Quality, Thoracic Surgery.

---

### Introducción

En el año 2009, los Hospitales del Mar y Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y el Hospital Universitari Mútua Terrassa diseñan y ejecutan una alianza operativa para la creación de un Servicio Mancomunado de Cirugía Torácica con el objetivo de dar respuesta a intereses y modelos de actuación compartidos y, en diversos ámbitos, complementarios. Esta alianza estratégica en una actividad quirúrgica de alta complejidad como es la Cirugía Torácica persigue mejorar la eficiencia, la eficacia y la calidad en los ámbitos de la prestación asistencial, docente e investigadora.

El proyecto ha sido liderado por las propias instituciones hospitalarias y profesionales implicados atendiendo particularmente a dos aspectos: la sos-

tenibilidad que exige el marco económico actual y la necesidad de adquirir un volumen de actividad que permita acumular experiencia, mejorar la calidad del servicio prestado y adquirir una posición competitiva en las diferentes competencias de la especialidad, principalmente en el tratamiento del cáncer de pulmón.

La relación entre el volumen de procedimientos complejos realizados y los resultados obtenidos está bien demostrada en distintas publicaciones médicas y constituye la base de las decisiones de política sanitaria en muchos países<sup>1,2</sup>. El Servicio Mancomunado de nueva creación tiene una población de referencia de algo más de 2 150 000 personas. Con una tasa de incidencia de cáncer de pulmón en Cataluña de 45 casos por 100 000 habitantes, cabe esperar casi 1000 casos



nuevos por año entre su población de referencia. La tasa de reseccabilidad calculada en años anteriores es del 30%. En caso de mantenerse esta tasa de reseccabilidad, implicaría la realización de cerca de 310 resecciones pulmonares por cáncer y año. En este punto es bueno recordar que la Sociedad Europea de Cirujanos Torácicos considera un servicio altamente especializado aquel que realiza al menos 350 procedimientos mayores al año<sup>3</sup>. En el año 2010 se realizaron en el Servicio Mancomunado de Cirugía Torácica cerca de 1000 intervenciones de las que más de 720 fueron intervenciones mayores. Esta actividad la realizan 12 cirujanos y dos residentes que mantienen una relación contractual con cuatro hospitales, asisten a ocho comités multidisciplinares de cáncer de pulmón en otros tantos hospitales y realizan las intervenciones quirúrgicas en cinco.

En la constitución de este acuerdo han coincidido no solo el interés y la voluntad de las direcciones y gerencias de los tres hospitales sino también de la administración sanitaria de Cataluña. Si bien el éxito de esta alianza radica en la capacidad de coordinación y entendimiento de los hospitales y profesionales para dar respuesta a necesidades compartidas que trascienden el ámbito de cada institución particular, no es menos cierto que el respaldo de la administración fortalece al proyecto.

## Métodos

La propuesta se realizó a partir de un estudio técnico de viabilidad, realizado durante el año 2009, en el que se valoraron los riesgos y beneficios potenciales. Tras este análisis, los tres hospitales firmaron un primer acuerdo en forma de convenio marco, en julio de 2009, para el desarrollo de un servi-

cio quirúrgico de alta especialización bajo la forma de servicio mancomunado. Los tres hospitales firmantes, aunque entidades de gestión autónoma, están integrados en la Red Hospitalaria de Uso Público de Cataluña (XHUP) y forman parte del Servicio Catalán de Salud, que entre otras misiones, tiene las de coordinar los dispositivos sanitarios de uso y cobertura públicos, la utilización de los recursos disponibles y las acciones relativas a la protección y mejora de la salud de la población<sup>4</sup>.

A este acuerdo le siguió otro en Octubre de 2009 que concretaba la organización, los recursos, circuitos asistenciales y actividad quirúrgica de cada hospital, aspectos docentes como la formación de residentes y la relación con las tres universidades a las que están vinculados los hospitales, programas asistenciales específicos y las posibilidades de realizar proyectos de investigación clínica o de otra índole. También se establecieron los aspectos relativos a la protección laboral en tanto que este sistema de trabajo exigía desplazamientos y actuaciones en hospitales que no eran aquellos en los que el profesional tenía la relación contractual.

Se especificaron las normas de coordinación, ejecución y seguimiento de la actividad asistencial, docente y de investigación y los sistemas de validación de los recursos empleados frente a los resultados previstos y/o obtenidos (análisis del volumen de actividad, complejidad del *case-mix*, mortalidad ajustada a riesgo, estancia media etc., a partir de los sistemas de registro de la información de cada centro).

Una de las premisas del proyecto era centrar en el paciente todo el proceso asistencial. En cada hospital existe un comité multidisciplinario o unidad funcional formado al menos por un oncó-



logo médico, un oncólogo radioterapeuta, un radiólogo, un neumólogo, un patólogo y un cirujano torácico y según el centro existe además un gestor de casos, un especialista en medicina nuclear, un especialista en oncología geriátrica, un fisioterapeuta, psicólogo, etc. Cada centro y comité o unidad funcional son los gestores del proceso asistencial, particularmente de la decisión terapéutica. El cirujano torácico que asiste al comité es el responsable del paciente en el que se indica un tratamiento quirúrgico. Desde el comité se dirige al paciente bien a la visita conjunta (en dos centros) o a la consulta externa de cirugía torácica (tres centros) donde se le informa de su tratamiento. Hemos observado como la asistencia a los comités de cáncer de pulmón de cirujanos torácicos ha aumentado la tasa de reseccabilidad del cáncer de pulmón que es en última instancia una de las mejores formas de medir la calidad del comité pero sobre todo la calidad de un Servicio de Cirugía Torácica.

Este modelo de funcionamiento descentralizado en el que el cirujano se desplaza a los comités y a los quirófanos requiere cierto grado de autonomía a todos los niveles (técnico, capacidad de resolución de problemas, horarios...), comunicación constante, confianza y sobre todo un alto grado de responsabilidad.

Es un modelo organizativo a la vez transversal, común a todos los hospitales que lo forman, y vertical, individual en cada uno de ellos.

Son características transversales la utilización de protocolos y guías de práctica clínica comunes lo que permite reducir la variabilidad en la toma de decisiones, la formación continuada de los profesionales y particularmente de los residentes (en esta época en la

que la Comisión Nacional de la Especialidad pretende reducir a menos de la mitad el número de centros acreditados para la docencia, un servicio de estas características es un entorno idóneo para la formación del residente), determinados proyectos de investigación que requieren un volumen alto de casos para que los resultados sean significativos o los criterios de evaluación interna de la actividad asistencial como sesiones de epicrisis y de mortalidad postoperatoria y hospitalaria.

Son características verticales la gestión del proceso asistencial, la implementación particular de los protocolos y actividad quirúrgica y la concentración en un solo centro de procedimientos altamente complejos y poco frecuentes. Esto último nos permite acumular la experiencia necesaria para garantizar la calidad sin multiplicar los recursos, a la vez que convertimos en referentes en el tratamiento de estas enfermedades (resecciones mayores por videotoracoscopia, cirugía del mesotelioma, cirugía de reducción de volumen pulmonar, broncoscopia rígida, etc.).

Desde el punto de vista económico, cada hospital soporta los gastos de funcionamiento y de mantenimiento de las instalaciones donde se desarrolla la actividad y responde económicamente de su plantilla estructural. Los gastos comunes (guardias no presenciales compartidas, gastos derivados de la movilidad...) se reparten entre los tres centros.

## Resultados

Aunque el acuerdo establece la realización anual de reuniones de seguimiento entre las instituciones constituyentes, el plazo de tiempo dado inicialmente para evaluar la viabilidad



y los objetivos alcanzados fue de 3-4 años.

En la actualidad, casi dos años después de la firma del convenio regulador de la alianza operativa se han consolidado diversos aspectos.

El primero es la unificación de los protocolos de tratamiento del cáncer de pulmón entre los comités multidisciplinarios de los distintos hospitales. Se ha iniciado la colaboración entre hospitales en los que se realizan intervenciones quirúrgicas. Esta colaboración se refiere tanto a la cobertura de la atención urgente mediante guardias compartidas como al desplazamiento entre centros de cirujanos torácicos para la realización de determinadas intervenciones particularmente complejas o que requieren de cirujanos con mucha experiencia. Asimismo, se han diseñado y puesto en marcha estudios clínicos que no sería posible realizar individualmente debido a la necesidad de contar con una masa crítica de pacientes para alcanzar valor estadístico (v.g., un estudio observacional multicéntrico para evaluar el efecto de un tratamiento trimodal de quimio-radioterapia concurrente seguida de cirugía en pacientes de carcinoma pulmonar de células no pequeña, estadio IIIa, reseccable)

Con el objetivo de compartir recursos, se han centralizado algunos procedimientos quirúrgicos de baja incidencia como la broncoscopia rígida o la cirugía de reducción de volumen pulmonar. De este modo se facilita el acceso a recursos y técnicas que inicialmente no todos los hospitales disponen o realizan.

Se ha realizado una reunión de seguimiento de todos los gerentes y directores médico-asistenciales de los tres hospitales que constituyeron el servi-

cio mancomunado. El análisis del proceso de constitución y del funcionamiento nos permite afirmar que el modelo es viable y que, comparado con el preexistente, parece más eficiente y al menos igual de sostenible. Así, en el año 2010 se incrementó un 21% la actividad quirúrgica en su conjunto, con un incremento de costes del 8%.

Una de las propuestas aceptada de forma unánime por todos los miembros societarios presentes en la reunión fue la elaboración de un plan estratégico en el que, partiendo de los acuerdos establecidos, diseño inicial, análisis del primer año de implementación del acuerdo y los cambios en el entorno sociosanitario acaecidos en los últimos años, se concreten y sintetizen las fortalezas, debilidades, necesidades y objetivos a medio plazo.

## Discusión

La Cirugía Torácica es una especialidad quirúrgica altamente compleja que tiene como principales misiones el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón y el trasplante pulmonar. Nadie discute hoy en día dos principios básicos de las especialidades médico-quirúrgicas complejas: el abordaje multidisciplinario<sup>5,6</sup> de las enfermedades de su ámbito y la conveniencia de concentrar la actividad en pocos centros altamente especializados y cualificados para mejorar la calidad y ser competitivos<sup>7</sup>.

Sin embargo, la concentración de la actividad debe realizarse teniendo en cuenta factores como la realidad de la que se parte y el territorio al que se presta la atención médica. Atendiendo a estas consideraciones, dicha concentración debiera alcanzarse tras un proceso de reflexión y ordenación



consensuada más que mediante decisiones coyunturales o interesadas. En este sentido, la creación del Servicio Mancomunado de Cirugía Torácica de los Hospitales del Mar y Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y el Hospital Universitari Mútua Terrassa constituye en sí misma una reordenación propia de los hospitales implicados para constituir un modelo centrado en el paciente y en la calidad asistencial, a la vez que es una plataforma de partida idónea para el desarrollo coherente de modelos hospitalarios futuros.

Es un modelo que mantiene al enfermo unido a su territorio y minimiza los traslados del mismo al permitirle iniciar y continuar el proceso en el centro más cercano. Es además un modelo flexible que se ajusta y respeta la realidad de cada centro en tanto que, aunque los hospitales comparten decisiones, actuaciones y objetivos, mantienen la independencia en la gestión y aplicación de los protocolos, así como su plantilla estructural contratada.

El desarrollo del Servicio Mancomunado nos ha permitido conseguir ventajas competitivas sostenibles. Los resultados del primer año completo de funcionamiento cumplen parte de los criterios que han de regir la ordenación del terciarismo en Cataluña: la evaluación de los resultados según los criterios de evidencia científica, el trabajo en red con centros no terciarios, la concentración de las guardias no presenciales, la ordenación prospectiva de nuevas tecnologías y reposiciones, masa crítica de pacientes como base para adquirir experiencia profesional y un nivel alto de calidad y el equilibrio territorial, en suma, la equidad, calidad y accesibilidad.

También han existido dificultades. La primera ha sido la necesidad de coor-

dinación del equipo y el propio trabajo en equipo en un contexto organizativo nuevo. En este sentido, el análisis y conocimiento de las fortalezas de cada miembro del equipo es fundamental para el éxito. La gestión de las emociones y de la lícita ambición de cada profesional individual debe tener el mejor encaje posible con el funcionamiento como equipo al servicio de objetivos comunes. Otras dificultades han derivado del cambio desfavorable de las condiciones del entorno en que se creó esta alianza. En estos momentos álgidos de la crisis económica que vivimos, la adaptación a las circunstancias sin perder competitividad ni valor es fundamental. La movilidad de una parte de los profesionales constituyó al principio un motivo de preocupación a pesar de la cobertura legal durante los desplazamientos y la actividad en otros centros diferentes a aquel con el que se tiene la relación contractual propiamente. En este sentido, la pequeña distancia entre hospitales y la posibilidad de asumir una parcela de responsabilidad en el trabajo con un grado importante de autonomía funcional y reconocimiento ha compensado el problema del desplazamiento.

## Bibliografía

1. Bach P, Kramer A, Scharg E, Downey RJ, Gelfand S, Begg C. The influence of hospital volume on survival after resection for lung cancer. *N Engl J Med.* 2001;345(3):181-8.
2. Birkmeyer JD. Improving outcomes with lung cancer surgery: Selective referral or quality improvement? *Ann Surg Oncol.* 2009;16(1):1-2.
3. Klepetko W, Aberg THJ, Lerut AEMR. Structure of General Thoracic Surgery in Europe: By The



- EACTS/ESTS Working Group on Structures in Thoracic Surgery. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001;20:663-8.
4. Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Legislació sobre ordenació sanitària de Catalunya.* Quaderns de legislació; 23. ISBN 84-393-4857.
  5. Declaración institucional para el desarrollo de la atención multidisciplinar en cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica, Sociedad Española de Oncología Radioterápica, Asociación Española de Cirujanos, Sociedad Española de Anatomía Patológica, Sociedad Española de Enfermería Oncológica, Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica, Sociedad Española de Radiología Médica, Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Sociedad Española de Cui-
  - dados Paliativos, Sociedad Española de Psiconcología, Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria, Federación de Sociedades Españolas de Oncología (FESEO, constituida por la Sociedad Española de Oncología Radioterápica, Sociedad Española de Oncología Médica, Sociedad Española de Oncología Quirúrgica, Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer y Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátrica). Madrid, 27 de mayo de 2010.
  6. Wright FC, De Vito C, Langer B, Hunter A; the Expert Panel on Multidisciplinary Cancer Conference Standards. Multidisciplinary cancer conferences: A systematic review and development of practice standards. *Eur J Cancer.* 2007;43:1002-10.
  7. Michael E. Porter Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Harvard Business School. Health Information Technology Symposium. Massachusetts Institute of Technology. July 19, 2006.