



Experiencia en la gestión de un servicio de cirugía. Más vale tarde que nunca

Eduard Jaurrieta Mas
*Jefe de Servicio y Catedrático de Cirugía
Hospital Universitario de Bellvitge
Universidad de Barcelona*

Hace 11 años se me encargó que liderara la unión de dos servicios de Cirugía General y del Aparato Digestivo, que sumaban 160 camas, 25 Cirujanos de plantilla y 20 médicos residentes. Ésto lo he ido compaginando con la coordinación de la enseñanza de pregrado quirúrgica en un Campus en expansión. Como que la capacidad de trabajo no es ilimitada, el precio que he pagado es que probablemente soy peor cirujano que hace 11 años, aunque espero ser mejor organizador. Durante este tiempo he pensado muchas veces si es un camino de difícil retorno, y creo que sí, pues acabo de firmar un contrato de Dirección Clínica con la gerencia del ICS y de mi Hospital. El tiempo nos dirá si es una herramienta que nos dará más capacidad de maniobra.

Cuando empecé la andadura en 1991 intenté utilizar el sentido común y cierta capacidad de liderazgo, que me venía dada por mi formación quirúrgica y dedicación al sistema público que siempre he defendido. Mis conocimientos de gestión eran muy limitados y a pesar que realicé dos cursos de esta materia, no fueron de excesiva utilidad. He aprendido más sobre el tema hablando y/o discutiendo con

gestores y con personas dedicadas a la calidad asistencial además de algunas lecturas seleccionadas.

El objetivo fundamental que me propuse era mejorar la calidad asistencial y la eficiencia del Servicio. De todas las acciones que emprendimos me gustaría destacar siete que comento a continuación.

La primera fue conseguir el **consenso** más amplio posible entre todos los profesionales y **motivarlos** en la mejora del trabajo diario. Éste es un punto clave si tenemos en cuenta la gran desmotivación que existe en el sector sanitario, el deterioro que se produce en los servicios cuando se prolonga la transición del antiguo jefe al nuevo y el hecho de que estemos en un sistema con muy poca movilidad de la plantilla. Existen muchos médicos adjuntos y jefes de sección que ganaron su plaza hace 20 o 25 años que siguen en el mismo puesto de trabajo. Lo que sí me ha quedado claro es que lo más importante en la gestión son los profesionales. Los cirujanos más eficientes suelen ser los mejores en las dos vertientes, técnica y humana. Ésto es olvidado en muchas ocasiones por los que mandan y se valora más la docilidad o fidelidad

(política o no), que la profesionalidad. Para mí la "política de fichajes" en un Hospital es fundamental.

En segundo lugar considero fundamental la **superespecialización** en un Servicio de Cirugía de alta tecnología para mejorar los resultados asistenciales, docentes y de investigación. Se fueron especializando progresivamente las seis secciones en cirugía hepática, coloproctológica, esofagogástrica, pancreática, endocrinológica, etc...

No ha sido siempre fácil, pero la gran mayoría de cirujanos del servicio lo ven como positivo. Por el contrario, pienso que la formación del residente ha de ser lo más amplia posible porque cada nivel de hospital requiere un perfil diferente de cirujano.

En tercer lugar se consideró conveniente evitar los ingresos innecesarios y entre otras medidas el **ingreso urgente** a lo estrictamente necesario, porque es bien sabido que se utiliza muchas veces la puerta de urgencias como entrada rápida en los hospitales, que como el nuestro, funcionan con unos índices de ocupación cercanos al 100%. Los enfermos con neoplasias digestivas estaban días estudiándose y esperando un hueco en el quirófano. Se estableció el criterio de que solo se ingresarían los casos que presentarían algún problema urgente (hemorragia, oclusión, etc...) y a cambio se agilizó la visita en consultas externas en el plazo de uno o dos días. Además en colaboración con la Dirección del Hospital y los servicios implicados se organizó un estudio rápido y completo del paciente, en menos de 10 días. Con ello el paciente puede ingresar el mismo día o el día anterior a la intervención quirúrgica, con un claro ahorro de estancias hospitalarias. El resultado objetivable ha sido que en el año 1990 el 67% de los pacientes con neoplasias digestivas ingresaron por Urgencias y en el 2001 solo el 27%.

Además, prácticamente el 90% de los pacientes con metástasis hepáticas ingresan programados.

En cuarto lugar la **cirugía laparoscópica**, que ha representado el avance más importante en nuestra especialidad en la década de los 90, como lo fueron la nutrición parenteral y las suturas mecánicas en la de los 70 y los trasplantes de órganos en la de los 80, se ha ido consolidando en varios procedimientos como la técnica de elección. Me preocupó en su implantación la famosa curva de aprendizaje, que no ha sido gratuita en ningún hospital ni en ningún país. Se decidió que la técnica la iniciarán un número limitado de cirujanos en 1991 para que adquirieran pronto gran experiencia y se pudieran beneficiar de ello los otros cirujanos que lo desearan. Aún tengo dudas si fue lo más acertado, porque en algunos procedimientos hemos ido más lentos que en algunos otros servicios del país. Pero si comparamos las estancias medias del año 2000 de los GRD 494 (n = 222) y GRD 493 (n = 58) que fueron de 1,81 días y 3,62 días respectivamente (con mortalidad cero), con las de nuestro patrón de referencia que es el Grupo 5 del Servei Catalá de la Salut (5-SCS) que fueron de 3,15 días y 7,57 días respectivamente, es posible que fuera la decisión acertada.

En quinto lugar establecimos **programas específicos** en determinadas patologías para mejorar la eficiencia. Sirvan como ejemplo los programas de alta precoz de los pacientes con hemorragia digestiva alta (HDA) y pancreatitis aguda leve. Para el programa de HDA solicitamos una ayuda al FIS, que fue denegada, a pesar de lo mucho que se habla de que hay que estimular la eficiencia. Pudimos poner en marcha el programa, el cual ahorra más de 1.000 estancias/año al hospital y para nuestro consuelo los resultados de los dos primeros años fueron publi-

cados en el American Journal of Medicine. El programa está totalmente consolidado en el servicio desde hace más de 6 años y los datos comparativos de estancias medias del año 2000 de los GRD 174 (n = 283) y GRD 175 (n = 78) muestran 3,9 días y 2,56 días frente a 6,28 días y 4,53 días del 5-SCS. Los casos de pancreatitis aguda del año 2000 mostraron una estancia media del GRD 204 (n = 144) de 4,99 días del servicio frente a 8,07 del 5-SCS.

El sexto aspecto que nos ha dado grandes satisfacciones ha sido la reconversión de una unidad convencional en una **unidad de corta estancia**. Esta unidad se abre el lunes por la mañana y se cierra el viernes por la tarde, ingresando preferentemente los pacientes que se supone que podrán ser dados de alta antes del sábado. Se ha conseguido que muchos pacientes ingresen el mismo día, aunque se operen por la mañana, con lo que se evitan las estancias inútiles del día anterior. Además la utilizamos como "esponja" para ingresos programados de pacientes de cirugía más compleja, que después de la intervención quirúrgica no vuelven a esta unidad. Como es una unidad en la que no ingresan enfermos desde urgencias y solo los "ectópicos" autorizados por el servicio, nos ha permitido garantizar la inmensa mayoría de los ingresos programados en un hospital con un índice de ocupación cercano al 100 %. Para el buen funcionamiento de esta unidad ha sido imprescindible el contar con unas excelentes supervisoras y diplomadas de enfermería en estrecha colaboración con unas también excelentes administrativas del servicio y con el servicio de Admisiones que cumple una ardua tarea en nuestro Hospital. La calidad percibida por los pacientes ha sido muy buena. El único inconveniente ha sido que ha aumentado la carga de trabajo en las unidades convencionales del servicio porque tienen menos pacientes de baja complejidad.

Por último en séptimo lugar, creo que ha sido interesante fomentar la cultura de la **autoevaluación** en los procesos más complejos. Se pactó con las diferentes secciones del servicio y la coordinadora de calidad, que al establecer los objetivos anuales, se incluyeran morbilidad y mortalidad de los procedimientos complejos. Esta auto-crítica es positiva para saber dónde se está y hacia dónde hay que ir.

Los resultados de "gestión" cuantitativos que se han ido analizando anualmente se pueden esquematizar comparando el año 1990 con el 2001 y que en resumen son los siguientes:

En 1990 los ingresos totales fueron de 3.779 con una estancia media de 12,5 días generando 47.200 estancias, en el 2001 estas cifras fueron de 4.699, 6,8 días y 31.409 estancias. Ésto se ha acompañado de un aumento del peso relativo durante los últimos 6 años, que es desde cuando dispongo de este parámetro.

En 1990 las intervenciones quirúrgicas programadas fueron de 1.438 frente a las 2.849 en el año 2001, habiendo sido la asignación de quirófanos la misma excepto que hemos dispuesto desde hace 4 años de cuatro quirófanos semanales más en horario de tarde. Hay que tener en cuenta que ha aumentado mucho la cirugía compleja durante este periodo y sirva como ejemplo la cirugía hepática y pancreática GRD 191 y 192 que han pasado de 50 y 27 casos respectivamente en 1994 a 129 y 64 en el 2001. Como es sabido esta cirugía ocupa un quirófano a jornada completa por cada intervención.

La actividad de consultas externas en lo que se refiere a primeras visitas casi se ha triplicado desde 1990.

Para concluir con los datos, sin alargarme demasiado, el análisis de las

estancias medias del servicio de cirugía del año 2001 frente a los del 2000 del 5-SCS (últimos que dispongo) aporta lo siguiente: En los trece GRD más frecuentes del servicio, que representan 2.196 pacientes, en todos ellos dicha estancia media es inferior a la 5-SCS. Analizando los 50 GRD más frecuentes en solo cinco la estancia media es superior, siendo estos cinco GRD médicos y en ningún caso la diferencia llega a un día.

Quiero concluir este artículo, después de haber escrito por primera vez un breve resumen de mi experiencia de 11 años en la gestión de un Servicio de Cirugía, haciendo una serie de reflexiones, teniendo en cuenta que mi relación profesional y personal con la gerencia del hospital en el que trabajo ha sido siempre muy fluida.

Durante los últimos 20 años muchos clínicos nos hemos visto con poca capacidad de influencia en las directrices institucionales, por esta razón me extraña que en la actualidad se haga tanto hincapié en las llamadas Direcciones Clínicas. Éstas intentan dar más protagonismo y a su vez más responsabilidad a los clínicos en unos momentos en que los recursos no parecen suficientes para atender la demanda cualitativa y cuantitativa del sector sanitario. Sin embargo, más vale tarde que nunca.

Veo a muchos colegas trabajando con una gran presión por las listas de espera con un aumento de las reclamaciones que les llegan y en unos servicios de urgencias colapsados que no facilita la óptima atención a los pacientes. Considero que esta situación que es habitual no debería ser considerada "normal". Con seguridad aparte de mejorar la eficiencia habría que aumentar considerablemente los recursos destinados a la Sanidad Pública.

A pesar de que hace años que se oye lo de incentivar la eficiencia, creo que siguen habiendo grandes diferencias en los costes de actividades similares entre diferentes hospitales y servicios.

También me parece que la equidad en la distribución de recursos no ha seguido criterios técnicos en muchas ocasiones, porque en determinadas zonas que parece bastante evidente que han de aumentar dichos recursos no lo han hecho y en otras aparentemente menos necesitadas sí lo han hecho.

Desde mi punto de vista, el sistema es demasiado rígido en lo que respecta a la reconversión de recursos y para poner un ejemplo un servicio de Cirugía moderno debería disponer de menos camas y más quirófanos que en el pasado. Así con los datos antes expuestos se puede observar que se ha podido atender en nuestro servicio en el año 2001 casi 1.000 enfermos más que en 1990, necesitando 15.000 estancias menos. Ésto ha hecho que nuestro servicio pueda funcionar en la actualidad con un promedio de unas 110 camas, mientras que hace 11 años necesitara 160. De las seis unidades de hospitalización iniciales hemos pasado a cuatro convencionales y una de corta estancia. A pesar de ello, el aumento de la disponibilidad de quirófanos ha sido mínima y la lista de espera quirúrgica sigue siendo preocupante.

Quiero acabar este artículo dándole las gracias a la Gerencia del Hospital Universitario de Bellvitge y al comité de redacción de la revista de la Fundación Signo por haberme invitado a plasmar mi experiencia y opiniones, pues estoy absolutamente convencido que cuanto más acerquemos el discurso de gestores y clínicos mejor será la atención a los pacientes.