

Cuando el volumen importa: hacia una reorganización de la cirugía colorrectal en Argentina

Nicolás A Rotholtz

Jefe del Instituto de Enfermedades Digestivas y del Servicio de Cirugía. Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Jefe Servicio Cirugía General e Instituto de Enfermedades Digestivas. Hospital Alemán, Buenos Aires, Argentina

Para citar:

Rotholtz NA. Cuando el volumen importa: hacia una reorganización de la cirugía colorrectal en Argentina. *Rev. argent. coloproctología*. 2026;37(3):5-7. doi:10.46768/8nmgxw44

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista:

<https://doi.org/10.46768/8nmgxw44>

Recibido: 05-05-2026

Aceptado: 24-06-2026

Palabras clave: editorial, volumen quirúrgico, Argentina

En las últimas décadas, la cirugía colorrectal ha experimentado un progreso sostenido en términos de técnica, tecnología y estrategias multimodales. La estandarización de la escisión total del mesorrecto, la incorporación de la cirugía mínimamente invasiva, la optimización del cuidado perioperatorio y la integración de tratamientos neoadyuvantes han redefinido los estándares de calidad. Sin embargo, este avance no ha sido homogéneo en términos de resultados. A pesar de la creciente disponibilidad de recursos, persisten diferencias significativas en morbilidad, tasas de complicaciones y resultados oncológicos entre centros y entre cirujanos. En este contexto, la relación entre volumen y resultados ha dejado de ser una hipótesis aislada para convertirse en una observación consistente en la literatura quirúrgica (1-7). La pregunta ya no es si el volumen importa, sino cómo incorporar ese principio en la organización real de los sistemas de atención.

La evidencia internacional ha demostrado, en distintos procedimientos complejos, una asociación entre mayor volumen institucional y menor mortalidad operatoria (1,3). Del mismo modo, el volumen individual del cirujano se ha vinculado con mejores resultados en diversas cirugías mayores, lo que sugiere que la experiencia acumulada tiene un impacto mensurable en la seguridad del paciente (2). En cirugía colorrectal, esta re-

lación también ha sido evaluada específicamente: los estudios y revisiones disponibles muestran que tanto el volumen hospitalario como el volumen del cirujano se asocian, en términos generales, con mejores resultados en pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal (4-7).

Este fenómeno no debe interpretarse de manera simplista. El volumen no es solo un número ni constituye, por sí mismo, una garantía absoluta de calidad. Es, más bien, un marcador indirecto de organización, experiencia acumulada, estandarización de procesos, disponibilidad de equipos interdisciplinarios y capacidad para reconocer y tratar complicaciones. Un centro de alto volumen no es necesariamente mejor solo porque opera más, sino porque la mayor exposición suele favorecer circuitos más maduros, equipos más entrenados y decisiones clínicas más consistentes.

En Argentina, la práctica de la cirugía colorrectal continúa siendo predominantemente dispersa. Un número elevado de centros realiza procedimientos de mediana y alta complejidad con volúmenes bajos o intermedios. Este modelo, históricamente aceptado y condicionado por la estructura fragmentada del sistema de salud, contrasta con la tendencia observada en otros países hacia la concentración de procedimientos

© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología. Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Nicolás A. Rotholtz
nrotholtz@gmail.com

complejos en centros con mayor experiencia. La fragmentación de la práctica impacta no solo en los resultados clínicos, sino también en la formación de los cirujanos, en la utilización eficiente de los recursos y en la capacidad de generar datos propios que permitan sostener procesos de mejora.

La centralización, sin embargo, no es un concepto exento de complejidad. Su implementación plantea desafíos logísticos, geográficos, institucionales y culturales. En un país extenso, con distribución desigual de recursos y múltiples subsistemas de cobertura, derivar pacientes hacia centros de referencia puede generar barreras de acceso si no se articula adecuadamente. A ello se suma la resistencia natural al cambio en modelos de práctica arraigados, tanto a nivel individual como institucional.

Existe además una tensión que no puede ser ignorada: aplicada de manera rígida, la centralización puede entrar en conflicto con el principio de equidad. La concentración de la atención en centros de alta complejidad podría, en determinados contextos, favorecer a pacientes con mayor capacidad de acceso y desplazar a aquellos en situaciones más vulnerables. Por lo tanto, el desafío no es simplemente centralizar, sino hacerlo de manera progresiva, inteligente y adaptada a la realidad local.

En este marco, el debate no debería plantearse en términos dicotómicos —centralización versus dispersión—, sino como un proceso de reorganización basado en la complejidad de las patologías y de los procedimientos. No todos los casos requieren el mismo nivel de especialización ni todos los centros deben aspirar a realizar todo tipo de cirugías. La estratificación de la práctica, con definición explícita de qué procedimientos deberían concentrarse en centros de referencia y cuáles pueden resolverse de manera segura en ámbitos de menor complejidad, aparece como una estrategia razonable.

Este enfoque implica redefinir el concepto de red asistencial. La centralización efectiva no se limita a concentrar cirugías, sino que requiere circuitos de derivación ágiles, comunicación fluida entre equipos, protocolos compartidos y sistemas de auditoría de resultados. En este modelo, los centros de menor volumen no pierden protagonismo: cumplen un rol esencial en la detección, el diagnóstico, el seguimiento y el manejo de patologías de menor complejidad, integrándose de manera coordinada con centros de mayor experiencia para casos seleccionados.

Otro aspecto central es el impacto en la formación. La exposición a un volumen adecuado de casos constituye un componente crítico en el desarrollo de habilidades quirúrgicas. La dispersión excesiva limita esta posibilidad y perpetúa un escenario en el cual la baja casuística condiciona la adquisición de experiencia, sosteniendo la variabilidad en los resultados. La reorganización progresiva de la práctica no solo puede mejorar la calidad asistencial inmediata, sino también contribuir a formar futuras generaciones con estándares más homogéneos.

La discusión sobre volumen y resultados obliga, además, a revisar el modo en que se evalúa la calidad. Sin registros confiables, auditorías periódicas e indicadores comparables, cualquier intento de reorganización carece de sustento objetivo. La calidad no puede depender exclusivamente de percepciones individuales ni de prestigios institucionales. Requiere medición, transparencia, revisión crítica y voluntad de mejora continua.

En este punto, el rol de las sociedades científicas y de las instituciones académicas resulta central. Más allá de la generación de recomendaciones, existe una oportunidad concreta de liderar este proceso mediante la definición de estándares, la promoción de registros multicéntricos y la construcción de consensos adaptados a la realidad nacional. La reorganización de la cirugía colorrectal no debería surgir únicamente de imposiciones regulatorias, sino de una discusión madura impulsada por la propia comunidad profesional.

Finalmente, es necesario abandonar la idea de que la centralización implica una pérdida de autonomía. Por el contrario, puede interpretarse como una evolución hacia modelos de trabajo más colaborativos, donde el objetivo principal es optimizar los resultados para los pacientes. En un escenario de creciente complejidad, sostener esquemas fragmentados resulta cada vez más difícil de justificar.

La cirugía colorrectal en Argentina ha alcanzado un nivel de desarrollo que permite abordar esta discusión con madurez. La evidencia disponible, aunque no siempre uniforme en cuanto a umbrales específicos, sostiene la importancia del volumen y de la experiencia en los resultados quirúrgicos. El desafío ya no es discutir si el volumen importa, sino definir cómo incorporarlo de manera efectiva, equitativa y progresiva en la organización del sistema. Postergar este proceso implica aceptar una variabilidad en los resultados que hoy ya no resulta justificable.

Contribuciones:

RNA: Redacción del borrador original, revisión y edición final.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

ORCID:

Rotholz NA: <https://orcid.org/0000-0002-4811-3739>

REFERENCIAS

1. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2002;346(15):1128-1137. PMID: 11948273.
2. Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2003;349(22):2117-2127. PMID: 14645640.
3. Finlayson EVA, Goodney PP, Birkmeyer JD. Hospital volume and operative mortality in cancer surgery: a national study. *Arch Surg.* 2003;138(7):721-725. PMID: 12860752.
4. Rogers SO Jr, Wolf RE, Zaslavsky AM, Wright WE, Ayanian JZ. Relation of surgeon and hospital volume to processes and outcomes of colorectal cancer surgery. *Ann Surg.* 2006;244(6):1003-1011. PMID: 17122626.
5. van Gijn W, Gooiker GA, Wouters MWJM, Post PN, Tollenaar RAEM, van de Velde CJH. Volume and outcome in colorectal cancer surgery. *Eur J Surg Oncol.* 2010;36 Suppl 1:S55-S63. PMID: 20615649.
6. Archampong D, Borowski D, Wille-Jørgensen P, Iversen LH. Workload and surgeon's specialty for outcome after colorectal cancer surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(3):CD005391. PMID: 22419309.
7. Huo YR, Phan K, Morris DL, Liauw W. Systematic review and a meta-analysis of hospital and surgeon volume/outcome relationships in colorectal cancer surgery. *J Gastrointest Oncol.* 2017;8(3):534-546. PMID: 28736640.
8. Aquina CT, Probst CP, Becerra AZ, Iannuzzi JC, Kelly KN, Hensley BJ, et al. High volume improves outcomes: the argument for centralization of rectal cancer surgery. *Surgery.* 2016;159(3):736-748. PMID: 26576696.