

## Angiología y Cirugía Vascolar: una especialidad polivalente

J.M. Gutiérrez-Julián

Durante el último curso académico se solicitó de la Comisión Nacional de la Especialidad opinión sobre el desarrollo y puesta en práctica de diversos aspectos normativos relacionados con una nueva estructuración docente de las especialidades médicas, como los que siguen:

- Real Decreto del Ministerio de la Presidencia 1.146/2006, por el que se regula la Relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud (BOE 7 de octubre de 2006).
- Desarrollo de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS 44/2003) (BOE de 21 de noviembre de 2003) y, en concreto, el estudio y puesta en marcha de las Troncalidades, tras la constitución del nuevo Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.
- Publicación del nuevo Programa de Formación de Especialistas en Angiología y Cirugía Vascolar en el BOE de 8 de mayo de 2007.
- Estudio sobre las necesidades de Especialistas, marzo 2007 [1], impulsado desde el Ministerio de

Sanidad, que reabría el debate permanente acerca del número adecuado de plazas de médicos internos residentes (MIR) de especialistas que deben ser convocadas anualmente.

Dentro de la Comisión se estableció un proceso de recogida de información, estudio y debate sobre los diversos aspectos. Un proceso que –visto después con cierta perspectiva– he considerado interesante para ser compartido con toda la comunidad de especialistas de Angiología y Cirugía Vascolar (A y CV).

### La especialidad actual

La primera parte del estudio consistió en reevaluar la situación de la especialidad en el momento presente. La A y CV –en el momento de su reconocimiento como especialidad independiente en 1978–, por su condición médico-quirúrgica, se situó en una cierta posición de ventaja dentro de los países europeos y, asimismo, dentro de las especialidades quirúrgicas de nuestro país. Es una especialidad reconocida también en Europa, según figura en la Directiva Europea 2001/19/CE, de 14 de mayo de 2001, publicada en el diario Oficial de las Comunidades Europeas (CE). Y eso no sucede con todas las especialidades, por lo que aquellas no incluidas en esa directiva están en clara desventaja y precisan todavía su inclusión o

*Aceptado tras revisión externa: 08.10.07.*

*Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar II. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias, España.*

*Correspondencia: Dr. José María Gutiérrez Julián. Servicio de Angiología y Cirugía Vascolar II. Hospital Universitario Central de Asturias. Julián Clavería, s/n. E-33006 Oviedo (Asturias). E-mail: josemagj@telefonica.net*

© 2007, ANGIOLOGÍA

asimilación futura, con las limitaciones que la propia CE impone ante el número que considera excesivo de especialidades.

Se trata de una especialidad, precisamente por su condición médico-quirúrgica, diferenciada de cualquier troncalidad clásica, pero que puede servir de base a muchas otras especialidades a las que puede proporcionar el conocimiento de la Angiología en sus facetas de diagnóstico clínico e instrumental, y tratamiento médico, así como del abordaje y tratamiento quirúrgico abierto, endovascular o mínimamente invasivo. Por tanto, en el aspecto quirúrgico podría ser base troncal o nuclear de la troncalidad quirúrgica.

Dispone, además, de una amplia información –sólo cuatro especialidades aparecen referidas por tener información relevante en el estudio sobre necesidades de especialistas del ministerio, una de las cuales es la A y CV– [1]:

- Actividad asistencial a través de los Registros anuales de Actividad de la Sociedad Española (1999-2006) [2,3] que se han venido publicando en Angiología, mediante encuesta anual voluntaria y del Mapa Asistencial 2005 de la Especialidad [4].
- Actividad docente anual, recogida desde el año 2000 por la Comisión Nacional a través de encuesta a los MIR en formación, en cada servicio acreditado para la docencia y también encuesta de actividad de las Unidades Acreditadas para la docencia, teniendo como base los requisitos de acreditación docente en vigor. Ambas encuestas son comentadas en la reunión anual, ya tradicional, de los jefes de unidades docentes dentro del Congreso Nacional y su resultado suele quedar reflejado en el acta de una reunión de la propia Comisión.

En conjunto, las encuestas tanto de actividad asistencial como docente se han convertido ya en un hábito. Y van creando dentro de la especialidad un clima de

confianza y una cultura de autoevaluación anual de los resultados obtenidos. Por otra parte, en el ámbito docente, tratando de lograr una información lo más objetiva posible, se cruzan datos de las encuestas de los MIR –enviadas directamente a la Comisión Nacional– y los de su correspondiente Unidad Docente encontrándose, en alguna ocasión, discrepancias no deseables que habrá que corregir en un futuro no muy lejano. Y en esos casos, la información –por recomendación de la propia Comisión– se ha contrastado mediante una auditoría externa. Probablemente, por el método utilizado (la encuesta) se consiguen datos ‘desiguales’ en cierto modo, no por ello menos valiosos, y así se han valorado en los estudios institucionales.

La publicación en el BOE del nuevo programa Docente de la Especialidad supone un aval de actualización y respaldo tanto al nuevo programa en sí, como a la especialidad en su conjunto. Todavía quedan programas de otras especialidades que, por razones diversas, no han logrado su aprobación.

El decreto que regula la relación laboral de Residencia también tiene un impacto notable en la especialidad de A y CV. En una especialidad de cinco años con un programa tan amplio, en la que, además, el campo de conocimientos y habilidades que se deben adquirir se está ampliando todavía más, la aplicación del decreto supone que cada MIR –que viene a realizar una media de seis guardias mensuales– descansará otros tantos días al mes; es decir, alrededor de 70 días/año. Al cabo de los cinco años suman 350 días, con lo que habrá perdido un año completo de su período de formación. Desde la Comisión se ha recomendado la ampliación del período de residencia en un año, petición que probablemente no va a ser escuchada por ahora, en parte por el intento de contención del gasto, y en parte por la intención de reducir la duración de los períodos de formación.

Cuando me planteé cuál sería la forma más convincente de presentar nuestra especialidad a las diversas instancias, efectivamente, pensé que había que

utilizar toda la información disponible, puesto que no iba a haber muchas ocasiones para hacerlo. Así pues, para ofrecer la imagen de una especialidad, compacta, trabajadora y unida, parecía oportuno recopilar todos los datos que resultasen interesantes, tanto asistenciales como docentes, y presentarlos coordinados. Eso transmitiría efectivamente la imagen de un desarrollo gradual, progresivo, armónico, basado en una evaluación concienzuda de toda esa información disponible. Por tanto, no trataré de realizar una declaración programática, que ya se ha realizado con excelente acierto por los Dres. F. Acín [5] y M.A. Cairols [6,7], sino proporcionar una información panorámica que pueda manejar toda la Sociedad a la hora de presentarse ante las instancias públicas.

Del análisis de la información disponible se deduce:

- La estructura actual de la A y CV en España [1,4] ofrece una pirámide poblacional de la especialidad (01/01/2006), de la que existe información, constituida por 445 especialistas cuyos tramos de edad son los siguientes: > 60 años, 34 (7,6%); 51-60 años, 114 (25,6%); 41-50 años, 119 (26,7%), y 30-40 años, 178 (40,0%).
- La tasa de feminización actual es de 0,25 pero, si se computan únicamente las tres últimas convocatorias MIR, ya se eleva hasta alrededor del 0,52. Por tanto, la tendencia es asimilable al resto de las poblaciones médicas y la que cabe esperar en el futuro. Se estima además una reducción de un 10% de vida laboral de las mujeres por razones de género, maternidad, conciliación de la vida familiar, etc. La hipótesis de reducción del tiempo de trabajo del médico es asumida igualmente por los planificadores mundialmente, incluido nuestro país. La aprobación del decreto de la relación laboral MIR supone una pérdida durante el período de formación de cada MIR (5 años) de aproximadamente un año completo, no sólo de su período de aprendizaje, sino también de su actividad asistencial.
- La A y CV es una especialidad con alta variabilidad de tasas poblacionales de médicos especialistas entre provincias o comunidades autónomas. Observando las diferencias existentes entre las dos comunidades autónomas más pobladas, Cataluña con 6,7 millones de habitantes tiene más del doble de especialistas (111 especialistas) que Andalucía (51), cuya población es de 7,7 millones; es decir, un millón más de población. Las estimaciones de especialistas en Andalucía aparecen en la tabla I, mostrándose todavía un importante déficit de especialistas. Falta todavía asistencia 'completa' en A y CV en provincias como Ávila, Palencia, Soria, Segovia, Zamora, Huesca, Teruel, Cuenca, Cáceres u otras como Córdoba o Santander, en las que la asistencia vascular está en manos de otras especialidades (en conjunto, casi dos millones de ciudadanos).
- La demanda asistencial de la especialidad es claramente creciente (Tabla II). Comparando el año 2000 con el año 2005, la mayor parte de los parámetros se han duplicado, como mínimo: los centros participantes, el número de exploraciones de diagnóstico vascular no invasivo o las intervenciones quirúrgicas abiertas de cirugía arterial o venosa. Si observamos los procedimientos quirúrgicos endovasculares, prácticamente se han triplicado. La encuesta del año 2006 de Unidades Docentes la respondieron el 92% de los MIR en formación y el 100% de las Unidades acreditadas para la Docencia. Se cumplen los mínimos del programa en vigor por el 86% de los MIR y el 88% de las unidades.
- Han surgido dentro de la Sociedad diversas iniciativas formativas interesantes como cursos teóricos y prácticos de formación, que han contribuido a actualizar la formación de los MIR y también de los especialistas.

Cuando se analizó si la especialidad de A y CV ha sido capaz de mantener esa posición de ventaja con

**Tabla I.** Situación de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascul ar en el sistema público en Andalucía en el año 2006 (cortesía del Dr. J.A. Gutiérrez del Manzano, vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad).

	Especialistas sistema público	Habitantes (censo 2004)	Especialistas/habitantes	Especialistas > 55 años	Necesidades (ratio: 1/70.000)
Jaén	5	654.458	1/163.614	0	Hasta 9
Córdoba	0	779.000	0	0	Hasta 11
Sevilla	10	1.792.420	1/179.242	1	Hasta 25
Huelva	2 (1:1/2 jornada)	476.707	1/238.354	1	Hasta 7
Cádiz	8	1.164.374	1/145.546	2	Hasta 17
Málaga	6	1.397.925	1/232.987	0	Hasta 20
Granada	14	841.687	1/60.000	4	= 14
Almería	5	580.077	1/145.019	0	Hasta 8
Total Andalucía	51	7.686.648	1/150.718	8	Hasta 111

**Tabla II.** Evolución de la especialidad de Angiología y Cirugía Vascul ar en España (1983-2005).

	1983	2000	2005
N.º unidades asistenciales <sup>a</sup>	21	56	91
N.º unidades asistenciales que responden a la encuesta <sup>a</sup>		38 (68%)	71 (78%)
N.º unidades docentes	12	26	32
N.º unidades docentes que responden a la encuesta		24 (92%)	30 (94%)
N.º de especialistas <sup>a</sup>	112	337	445
N.º de especialistas/100.000 habitantes <sup>a</sup>	0,29	0,84	1,04
N.º de ingresos hospitalarios <sup>a</sup>		22.835	43.159
N.º exploraciones funcionales no invasivas (LDVNI) <sup>a</sup>		75.340	159.129
N.º de intervenciones quirúrgicas <sup>a</sup>		19.456	51.513
Cirugía arterial abierta		8.388	20.411
Cirugía endovascular		1.402	4.615
Cirugía venosa		7.314	18.824

<sup>a</sup>Según el Registro anual de Actividad [2,3] y el Mapa Asistencial [4] de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascul ar (encuesta/respuesta voluntaria). LDVNI: Laboratorio de Diagnóstico Vascul ar No Invasivo.

la que partió hace 30 años, considero personalmente que así es: mantiene su esencia médico-quirúrgica; está reconocida en Europa; ha logrado el aval que significa la aprobación del nuevo programa docente para la formación de especialistas propios; es solicitada por otras especialidades para completar la formación de los especialistas correspondientes; su demanda asistencial está creciendo permanentemente; la adaptación y respuesta a las nuevas tecnologías del colectivo ha sido muy aceptable; ha logrado establecer un sistema de información –con las limitaciones señaladas– que avale su actividad y buen hacer, básico al presentarse ante las administraciones públicas, y ha ampliado su elenco docente e investigador.

### Desarrollo de la LOPS

Transcurridos cuatro años desde su promulgación, se comienza ahora a estudiar la estructuración de las troncalidades. Tras la encomienda de la ministra de Sanidad en la constitución del nuevo Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, están por definir –en los grupos de estudio del citado Consejo– el número de troncalidades y las especialidades que se van a integrar en cada una.

Se parte de un modelo de acceso y capacitación a las distintas especialidades (sistema MIR) con una trayectoria contrastada de 25 años en la formación de especialistas. El citado modelo, sin duda muy valioso, pretende mejorarse introduciendo una formación básica general que permita un enfoque multidisciplinar más amplio, que facilite las posibilidades de intercambio entre diversas especialidades: crear especialistas ‘pluripotenciales’ con formación troncal común que puedan atender áreas más amplias de conocimiento.

Estamos consecuentemente en una situación todavía poco definida que va a clarificarse en los próximos meses. Quedan por definir incluso aspectos estructurales como:

- El número de troncalidades.
- ¿Todas las especialidades deben o pueden integrarse dentro de alguna de las troncalidades?
- El acceso al nuevo sistema: convocatoria nacional o por cada comunidad autónoma. Algunas comunidades autónomas quieren poder decidir el número de plazas de especialistas que convocan.
- Regulación del número de plazas a convocar.
- Durante el período troncal, ¿sobre quién recaería la responsabilidad de la docencia?
- ¿Habría que introducir una prueba que estableciera el orden de elección a la especialidad definitiva?

Por todas estas incertidumbres, existe un cierto temor dentro del sistema a cambiar uno demostradamente eficaz, por otro mucho menos definido, que parece necesario mejorar.

### Necesidades de especialistas

De forma general, la Administración sanitaria central y las comunidades autónomas manifiestan igualmente la existencia de un déficit de especialistas, y en la convocatoria MIR para 2008 se han incrementado más del 7% las plazas convocadas.

En foros recientes, se considera que el número de médicos en España puede ser suficiente, pero su distribución por especialidades puede ser inadecuada. Durante el mes de julio ha salido a los medios de comunicación la noticia de que Cataluña desea retrasar la edad de jubilación en algunas especialidades en las que no dispone de suficiente número de especialistas. Y las recomendaciones de restricción de plazas llevadas a cabo por algunas comisiones nacionales –al considerar que existe un excedente de sus especialistas– son frecuentemente desatendidas por la Comisión Nacional de Recursos Humanos.

El primer aspecto que adquiere importancia en este proceso de planificación es la falta de información

precisa. Eso sucede también en A y CV, pese a ser una de las especialidades que con el esfuerzo de todos se ha procurado una información con cierta fiabilidad.

A día de hoy partimos de unos 500 especialistas. En la actualidad, no hay especialistas en paro y, por tanto, siguen faltando especialistas para cubrir las necesidades de los pacientes vasculares, persistiendo áreas sin cobertura de la especialidad. Además, cuando las autoridades sanitarias aceptan la creación o apertura de nuevas unidades no se encuentran especialistas para cubrir las. Por tanto, existe un déficit –que hay que estimar como no menor– para las necesidades actuales.

El crecimiento de plazas docentes en A y CV ha sido continuo desde 1990, en total del 85%, es decir un 5% anual en estos diecisiete últimos años.

Existen actualmente 36 unidades acreditadas para la docencia, con lo cual hay unos 160 especialistas en formación. Si continuásemos al ritmo actual, para el año 2030 habrían concluido su formación unos 800 especialistas más. En el estudio de referencia del Ministerio de Sanidad existiría un superávit ‘grave’ (del 13,6%) de cirujanos vasculares. Pero, a esta conclusión se llega a través de una simulación mediante dinámica de sistemas que parece tomar como puntos de partida datos de fiabilidad limitada, sin tener en cuenta otros como las áreas geográficas aún descubiertas, el incremento de necesidades asistenciales consecuencia del incremento de la población y de su envejecimiento, la apertura de nuevos hospitales, o aquellas necesidades insuficientemente atendidas por falta de efectivos de especialistas.

Si nos situáramos en el marco el año 2030, doscientos de los quinientos especialistas actualmente titulados habrán alcanzado su edad de jubilación y deberán ser sustituidos; pero, si siguen acreditándose unidades docentes quizá se llegue a esa situación excedentaria referida en el documento del ministerio. Por ello, puede resultar muy oportuno abrir el debate acerca del número de especialistas que deban formarse en los próximos años, con la mejor informa-

ción, la más precisa, que sirva de base para hacer previsiones fiables.

### La especialidad del futuro

---

¿Cuáles podrían ser las líneas que se deben seguir para fortalecer la especialidad en el futuro? No han cambiado demasiado con respecto a la propuesta del Dr. Acín [5]:

- Ampliar y poner a disposición de las autoridades sanitarias datos cada vez más fiables. Se está trabajando en un registro de especialistas y su distribución por áreas geográficas desde el propio ministerio. Continuar con los estudios epidemiológicos, etc.
- Mantener al paciente vascular como concepto: ¡debe ser diagnosticado y tratado por el angiólogo y cirujano vascular! Es él quién mejor puede orientar y decidir el tratamiento más adecuado –médico o quirúrgico (abierto, mínimamente invasivo o endovascular)–, ofreciéndole la mejor alternativa.
- Ofrecer y seguir considerando la A y CV como especialidad básica o nuclear, en cualquiera de los posibles desarrollos de la LOPS, ya que siguen solicitándola un gran número de especialidades para su formación.
- Adaptarse continuamente a las nuevas tecnologías (menos invasivas), tanto diagnósticas como terapéuticas.
- Acoger e impulsar programas compartidos de diagnóstico temprano del paciente vascular, lo que permitirá el diagnóstico y prevención o tratamiento de otras graves patologías vasculares como la cardiopatía isquémica o la cerebrovascular, dos causas importantes de mortalidad en nuestra sociedad.
- Abrir el debate sobre el número de especialistas necesarios en los próximos años adaptando la oferta a la probable demanda.

– Reacreditar las unidades docentes actualmente acreditadas, a la vista del nuevo programa de formación de especialistas mediante auditoría externa (parece que el ministerio va a poder disponer de un mayor número de auditores, que permitirá realizar la reacreditación referida).

Dentro de este amplio programa deberemos evitar la atomización de nuestra especialidad en fragmentos interesados y en ocasiones no justificados. Cada miembro de esta Sociedad, consecuentemente con el

planteamiento anterior, deberá ‘integrar’ en el ámbito de la especialidad global sus habilidades mejor desarrolladas, con la seguridad de conseguir así la mejor atención a los pacientes vasculares y el fortalecimiento de una especialidad así orientada. Las tentaciones de superespecialización excesiva únicamente respaldarían las aspiraciones de otros especialistas que defienden que una técnica justifica una especialidad. Este enfoque permitirá mantener el atractivo de la A y CV como especialidad polivalente y, por tanto, como especialidad de futuro.

### Bibliografía

1. González López-Valcárcel B, Barber-Pérez B. Grupo de Investigación en Economía de la Salud. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Marzo 2007. [http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspecialistas\\_06\\_30](http://www.msc.es/novedades/docs/necesidadesEspecialistas_06_30).
2. Moreno-Carriles R. Registro de Actividad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, año 2000. *Angiología* 2000; 51: 195-208.
3. Moreno-Carriles R. Registro de Actividad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular, año 2005. *Angiología* 2007; 59: 83-102.
4. Álvarez-López R. Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular. Mapa asistencial 2005. *Angiología* 2005; 57: 421-40.
5. Acín F. Angiología y Cirugía Vascular: el futuro en nuestras manos. *Angiología* 2005; 57: 313-8.
6. Cairols-Castellote MA. La Angiología y Cirugía Vascular en el tratamiento de la patología de la aorta torácica. *Angiología* 2006; 58 (Supl): S181-8.
7. Cairols-Castellote MA. Carta del presidente de la Sociedad Española de Radiología Vascular e Intervencionista. *Réplica. Angiología* 2006; 58: 513-6.