



MESA REDONDA: ¿DEBEN CONCENTRARSE LAS CIRUGÍAS DE ALTA COMPLEJIDAD EN CENTROS DE EXCELENCIA EN ARAS DE UNA MAYOR EFICIENCIA?

## ¿Debe concentrarse la alta complejidad en centros de excelencia? Realidad en Andalucía

L.M. Salmerón

*Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España*

El Sistema Sanitario Público de Salud (SSPA) de Andalucía está organizado en 2 grandes niveles:

1. Atención primaria: integra la asistencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la promoción de la salud de los ciudadanos. Los servicios de atención primaria de salud están organizados en Andalucía en distritos de atención primaria, estructuras organizativas para la planificación operativa, dirección, gestión y administración en ese ámbito.
2. Atención especializada: constituye la estructura sanitaria responsable de la atención hospitalaria programada y urgente, tanto en régimen de internamiento como ambulatorio y domiciliario, desarrollando además funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia curativa y rehabilitadora, así como docencia e investigación, en coordinación con el nivel de atención primaria. El Servicio Andaluz de Salud cuenta con 29 hospitales, distribuidos por toda la geografía andaluza. Dichos hospitales se organizan en distintas categorías:
  - a) Hospitales regionales.
  - b) Hospitales de especialidades.
  - c) Hospitales comarcales.
  - d) Centros hospitalarios de alto rendimiento (CHARE).

Los distintos servicios que prestan las unidades de un hospital vienen recogidos en su cartera de servicios<sup>1</sup>. Dicha cartera de servicios de atención hospitalaria recoge el conjunto de actividades científico-técnicas y administrativas que se realizan en ese nivel de atención. Con el fin de alcanzar los objetivos que están recogidos de forma expresa en el Plan Andaluz de Salud, se establecen el Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, Plan

Estratégico, Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía y Contrato Programa de los hospitales del SSPA<sup>2</sup>.

La atención de la patología vascular en Andalucía se lleva a cabo en Unidades Clínicas de Gestión (UCG), antes llamadas Servicios, que se ubican en hospitales que por provincias se distribuyen de la siguiente manera:

- Almería: Complejo Hospitalario de Especialidades Torre-cárdenas.
- Cádiz: Hospital Regional Puerta del Mar.
- Córdoba: no hay Unidad de Angiología y Cirugía Vasculard, dicha patología está a cargo de especialistas en cirugía cardiovascular.
- Granada: Complejo Hospitalario Ciudad de Granada, que integra las Unidades del Hospital Universitario San Cecilio y el Hospital Virgen de las Nieves, en una sola Unidad.
- Huelva: Complejo Hospitalario de Especialidades Juan Ramón Jiménez.
- Jaén: Complejo Hospitalario de Especialidades Ciudad de Jaén.
- Málaga: Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de la Victoria.
- Sevilla: Complejo Hospitalario Regional Virgen del Rocío y Complejo Hospitalario de Especialidades Virgen de Valme.

En la actualidad, en todas las UCG de Angiología y Cirugía Vasculard de Andalucía se trata la patología aneurismática aórtica mediante técnicas endovasculares, con distintas peculiaridades, pues hay UCG en donde solo se trata la aorta abdominal, siendo la aorta torácica tratada por especialistas en cirugía cardiovascular, y en hospitales de Córdoba, Sevilla y Málaga, estos especialistas tratan también la patología aórtica en su totalidad.

En un primer momento la respuesta a la pregunta de si debe concentrarse la alta complejidad en centros de excelencia, la respuesta más lógica sería sí; sin embargo existen diversos factores que nos han de hacer reflexionar a la hora de tomar una decisión al respecto, a saber:

1. Interés del paciente.
2. Interés del profesional médico.
3. Interés político.
4. Gestión de los medios disponibles.

Desde una visión general, podríamos decir, a priori, que si las técnicas de alta complejidad se concentrasen en centros de excelencia, dotados de los medios humanos y técnicos más adecuados para llevar a cabo estas técnicas con las mayores garantías, se lograría tener un volumen de pacientes que convertiría a estas técnicas en una rutina, mejorando sin duda los resultados obtenidos y asegurando una alta rentabilidad de los medios técnicos existentes. Esto, que en una visión simplista de la situación parecería lógico y hasta deseable, se complica cuando analizamos los diferentes puntos de vista.

1. Interés del paciente: podríamos decir que en un principio al paciente solo le interesaría que el centro donde fuera a tratarse su patología, tuviera los mejores medios técnicos y humanos y que se garantizaran los resultados a obtener, pero por otra parte surge el concepto de “cercanía y accesibilidad” de dichos medios al ciudadano y, desde este punto de vista, una considerable proporción de afectados pudieran ser partidarios de poder disponer de estas técnicas de alta complejidad cerca de su entorno, lo que nos llevaría a disponer de estas técnicas en varios centros. En Andalucía las técnicas endovasculares para el tratamiento de la patología aórtica se realizan solo en hospitales de alto nivel, es decir en hospitales regionales y hospitales de especialidades, y excepto en Sevilla y Málaga, donde se llevan a cabo en 2 unidades en cada una de las ciudades, en el resto solo se realizan en un único centro por ciudad.
2. Interés del profesional médico: no cabe duda que las técnicas endovasculares hoy en día deben formar parte del arsenal terapéutico del cirujano vascular y la patología de la aorta en su totalidad debe poder ser abordada en su totalidad por un cirujano vascular bien formado. Podríamos discutir si determinadas técnicas como los aneurismas toracoabdominales abiertos, las endoprótesis fenestradas y con ramas, por su complejidad técnica y poca incidencia, deberían concentrarse en centros de alto nivel, para así disponer de mayor número de casos y poder mejorar los resultados obtenidos. En este punto, la responsabilidad y la ética del profesional deberían estar por encima de intereses particulares y de juegos de poder difícilmente justificables<sup>3</sup>.

3. Interés político: cuando la sanidad se convierte en un arma política arrojada, es difícil que las cosas salgan bien y en ocasiones, en un afán de obtener rentabilidad electoral, se toman decisiones que distan mucho de ser las más adecuadas. Por este motivo, en ocasiones, la decisión que políticamente se tome en estas cuestiones puede venir condicionada por motivos diferentes a los que realmente deben importar. Si en el párrafo anterior hemos hablado de ética y de altura de miras, aquí se hace aún más necesario.
4. Gestión de los medios disponibles: la gestión del dinero público es una responsabilidad que se debe ejercer con el máximo rigor y, en este sentido, el gestor debe velar por los intereses de la ciudadanía desde un punto de vista objetivo y profesional. Por eso las inversiones en sanidad deben llevar aparejados estudios de rentabilidad y eficiencia, que la mayoría de las veces no se van a corresponder con los intereses ni de las autoridades sanitarias, ni de los profesionales de la salud.

Una vez realizadas las consideraciones anteriores, si se decidiera realizar una ordenación de las técnicas de alta complejidad, cabría realizarla de 2 formas:

1. “Por decreto”: es decir, las autoridades sanitarias deciden de forma unilateral la organización de la asistencia. Esta modalidad iría abocada al fracaso, pues al no contar con los profesionales, que son los que van a implementar las decisiones tomadas, difícilmente van a colaborar en algo en lo que no se les ha tenido en cuenta.
2. Por consenso: estos conceptos adquieren una mayor dimensión en tiempos de crisis económica y de escasez de recursos, nuestros actuales gestores están obligados a obtener mayor rentabilidad con menos y esto solo será posible si se sabe gestionar con mayor eficiencia; en este escenario es obligado el sacrificio, un sacrificio que debe afectar al ciudadano, al profesional médico y al político que gestiona, ya que de otro modo no podremos salir dignamente adelante. Vamos todos en el mismo barco y, en interés de todos, deberíamos asumir las responsabilidades que a cada uno nos corresponden. En este sentido el diálogo interniveles y el consenso es fundamental para llegar a buen puerto.

## Bibliografía

1. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio de Cartera de Servicios. Cartera de Servicios de Asistencia Especializada 2001. Sevilla 2002.
2. III Plan Andaluz de Salud. [www.csalud.junta-Andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=institucional\\_PAS](http://www.csalud.junta-Andalucia.es/principal/documentos.asp?pagina=institucional_PAS)
3. Rutherford RB. Open versus endovascular stent graft repair for abdominal aortic aneurysms: an historical view. *Semin Vasc Surg.* 2012;25:39-48.