

SEACV. MESA REDONDA: SITUACIÓN ACTUAL Y NECESIDADES DE LA ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR EN ESPAÑA

Societat Catalana d'Angiologia, Cirurgia Vascular i Endovascular

A. Giménez Gaibar

Presidente de la Societat Catalana d'Angiologia, Cirurgia Vascular i Endovascular

Historia

La Societat Catalana D'Angiologia, Cirurgia Vascular y Endovascular se encuentra integrada dentro de la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

L'Acadèmia de Ciències Mèdiques nace en abril de 1878 tras la fusión de dos entidades, el Laboratorio (1872) y la Academia de Ciencias Médicas (1877). En los años cincuenta aparecen las filiales de la Academia, con el objetivo de aproximar la formación y el intercambio de experiencias y conocimiento se crean grupos de trabajo en distintas comarcas de Cataluña y Baleares. Esta iniciativa se amplía progresivamente hasta las 22 filiales de la Academia que se encuentran en Cataluña, Baleares, Valencia y Andorra. En la actualidad, esta entidad cuenta con más de 23.500 socios y 76 sociedades científicas, considerándose la corporación médica más importante del país por el número de socios, sociedades y asociaciones que la componen y por el volumen de actividades científicas que cada año se desarrollan.

En 1949 se crea en el seno de la academia la Asociación de Cardiología y Angiología, en la que el Dr. Fernando Martorell Otzet es nombrado presidente de la Sección de Angiología. La primera reunión de esta sección se celebró el 10 de abril de 1949. En el año 1973 se produce la separación de las secciones de la Asociación de Cardiología y Angiología en dos secciones independientes, tomando la nuestra el nombre de Societat Catalana de Cirugía Vascular, siendo el primer presidente el Dr. Francesc Vidal Barraquer Marfà. En el año 1974 pasa a denominarse Societat Catalana de Cirugía Vascular (Angiología) y desde 1978, con el reconocimiento oficial de la especialidad, queda definida con el nombre de Societat Catalana d'Angiologia i Cirurgia Vascular. En 1989, tiene lugar la legalización jurídica de la sociedad y la aprobación de sus estatutos por la Dirección General de Derechos y Entidades Jurídicas del Departamento de Justicia de

la Generalitat de Catalunya¹. Finalmente, en 2002 y bajo la presidencia del Dr. Manuel Matas, y debido a la continua incorporación de nuevas técnicas endovasculares en el arsenal terapéutico de nuestra especialidad, se decide modificar la anterior denominación por la actual, Societat Catalana d'Angiologia, Cirurgia Vascular i Endovascular.

Por tanto, y a pesar de los distintos cambios de denominación, la Societat Catalana podría ser considerada como la más antigua de España, en cuanto a que sus primeras reuniones se desarrollaron hace más de 62 años.

Durante todos estos años se ha mantenido activa de forma ininterrumpida, con reuniones científicas mensuales durante el curso académico, iniciándose en forma de sesiones clínicas que se realizaban de forma rotatoria en los distintos hospitales. También ha contado a lo largo de todos estos años con invitados ilustres de otros países, siendo el primero el profesor B. Faidutti del Hospital de Ginebra en 1973, incluso celebró reuniones internacionales con la sociedad francesa. La colaboración con otras sociedades, en forma de sesiones conjuntas, ha sido un hecho relevante en la historia de la Societat Catalana. En el curso 1978-1979 se inicia el Simposio sobre actualizaciones en angiología y cirugía vascular, destinado a médicos no especialistas, que tuvo un carácter itinerante y se desarrolló cada año en una ciudad diferente del Principado y de las Islas, y que pretendía divulgar los conocimientos de nuestra especialidad a médicos no especialistas.

Los objetivos de la Societat Catalana son agrupar a todos los especialistas licenciados en medicina y cirugía que tengan interés en el ámbito de la angiología, cirugía vascular y endovascular, contribuir a la mejora científica de sus asociados, promover el desarrollo de la especialidad, asesorar a los organismos públicos y entidades privadas en el ámbito de la angiología y cirugía vascular, colaborar con las universidades en el desarrollo científico y técnico de la especiali-

dad y fomentar la colaboración con otras sociedades estatales e internacionales.

En cuanto al ámbito territorial, tal como figura en sus estatutos, cumple sus objetivos primordialmente en Cataluña, pero también en los ámbitos territoriales de habla catalana, pudiendo tener secciones territoriales en las filiales de la ACMCB. Es obligado reconocer la participación científica de los angiólogos y cirujanos vasculares de Baleares, que aunque de forma discontinua, debido a las dificultades de traslado y asistencia, han contribuido de forma activa en las reuniones y sesiones de nuestra sociedad.

Estado actual de la sanidad en Cataluña

Según el Pla de Salut de Catalunya, la población catalana es de 7.134.697 habitantes, de los cuales 3.543.706 son varones y 3.590.991 mujeres, según los datos del padrón continuo de habitantes del 1 de enero de 2006, es decir, un millón más de habitantes que en el año 2000².

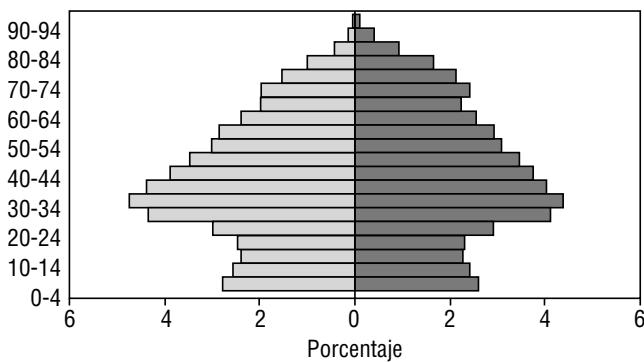


Figura 1 Pirámide en Cataluña. Varones columna izquierda y mujeres columna derecha.



Figura 2 Regiones sanitarias de Cataluña (2009).

La pirámide de edad para la población catalana se distribuye según aparece en la figura 1, evidenciando que un 15,4% tiene entre 0-14 años, el 68% tiene entre 15-64 años y el 16,6% más de 65 años.

Si bien el envejecimiento de la población se manifiesta de una u otra manera en todo el territorio catalán, su impacto no es homogéneo. El envejecimiento relativo es muy elevado en el ámbito rural, todo y que el número de personas de edad avanzada es poco importante numéricamente. En los ámbitos urbanos, especialmente en aquellos núcleos urbanos que recibieron una fuerte oleada inmigratoria en los años sesenta y setenta, es donde se concentra la mayor parte de las personas de más de 65 años. La ciudad de Barcelona es la que tiene un número más elevado de gente mayor (827.230 personas); sin embargo, las regiones sanitarias de las Tierras del Ebro y el Alto Pirineo y Arán son las que tienen el porcentaje más elevado de mayores de 65 años (20,7%).

La distribución de la población en Cataluña sigue una estructura claramente heterogénea, concentrándose principalmente en grandes áreas urbanas. Según datos de 2006, 3 de las 41 comarcas concentraban más del 50% del total de la población y casi el 65% se encontraba repartido en sólo 5 comarcas. Por lo que se refiere a las vías de comunicación, la provincia de Barcelona dispone del doble de vías que el resto de provincias, sobre todo de vías de doble calzada y de autopistas y autovías, lo que refleja también la mayor concentración de población de la Región Metropolitana de Barcelona.

El modelo sanitario catalán se concretó en el año 1990, en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC), que creaba el Servei Català de Salut y consolidaba un sistema sanitario mixto, que integraba en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública y que recogía una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de la Iglesia) históricamente dedicadas a la atención de la salud. Este modelo de integración se inició con la red hospitalaria de utilización pública (XHUP) y se extendió a otras líneas (primaria, socio-sanitaria, salud mental) y a otros servicios sanitarios (emergencias, transporte sanitario).

En la actualidad, en Cataluña, todos los centros y recursos sanitarios forman parte del Servei Català de Salut (SCS), organismo de la Generalitat que vela por el buen funcionamiento de los centros y los recursos sanitarios de la región, planifica la distribución de los recursos por todo el territorio, según las necesidades de la población y en concordancia con el plan de salud de Cataluña. El SCS se organiza en regiones sanitarias, cada una de las cuales se estructura en los llamados sectores sanitarios.

En julio de 2009, se modifica parcialmente la delimitación de determinadas regiones y sectores sanitarios, estableciendo las regiones sanitarias que se objetivan en la figura 2³.

Por lo que respecta a las instalaciones sanitarias, Cataluña cuenta con más de 300 centros de atención primaria, (CAP), 650 consultorios locales y 69 hospitales de agudos, llamando la atención que el 34% se encuentran en el sector sanitario del Barcelonés.

En un estudio reciente realizado por el Departament de Salut se valoró la accesibilidad y la distribución de los recursos sanitarios en la geografía catalana, objetivando que la gran mayoría de núcleos y de población dispone de la mayoría

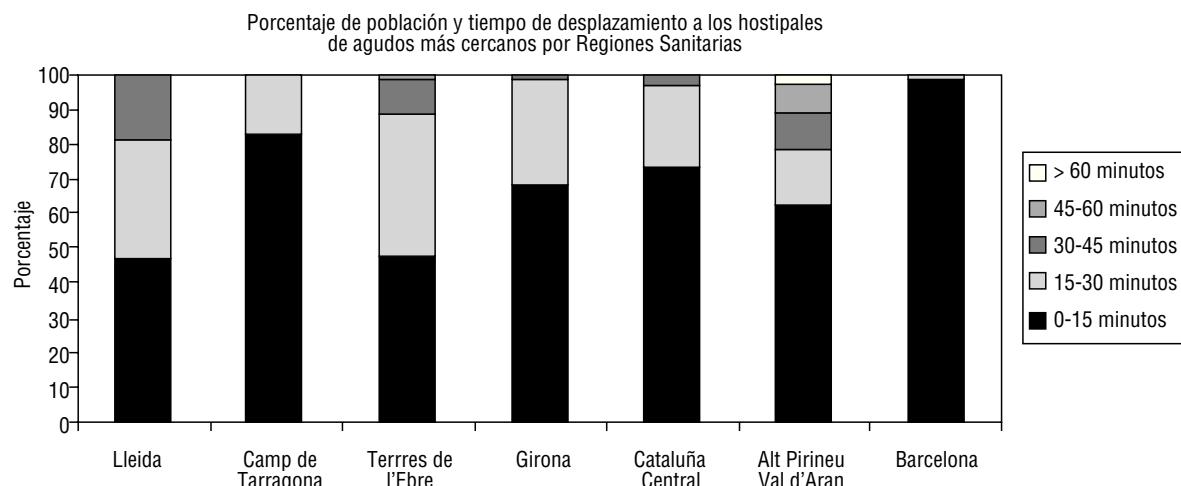


Figura 3 Porcentaje de población y tiempo de desplazamiento a hospitales de agudo por regiones sanitarias.

de servicios sanitarios en distancia y tiempos aceptables e incluso muy aceptables. Este efecto es consecuencia del hecho que la mayor parte de la población de Cataluña reside en los principales núcleos urbanos de grandes dimensiones, que son los que principalmente acogen los servicios sanitarios. Por lo que se refiere a las regiones sanitarias o a los gobiernos territoriales, existen diferencias destacadas entre algunas zonas, sobre todo para el caso de algunos servicios especializados. Estas diferencias se dan habitualmente siempre entre las mismas zonas, que resultan ser las de acceso más difícil (montañosas) y también las menos pobladas (fig. 3)⁴.

Según las características del centro, los hospitales de la XHUP se han clasificado en⁵:

- Hospital general básico: el que da respuesta completa a los requerimientos habituales de la población. Estos hospitales tienen la tecnología asistencial necesaria para atender aquellas patologías que no requieren un grado de especialización importante.
 - Hospital de referencia: es el hospital destinado a resolver prácticamente la totalidad de los problemas de salud susceptibles de curación y mejoría, salvo aquellos que requieren recursos tecnológicos de alto nivel o una práctica especializada.
 - Hospital de alta tecnología: el que dispone de las llamadas supraespecialidades y de nuevas tecnología diagnóstico-terapéuticas. Atendiendo a los pacientes que no se pueden tratar en los hospitales de referencia.
 - Hospital ligero: el centro de salud que acerca la atención especializada y urgente a la población en un proyecto basado en la accesibilidad y la resolución, y potencia la integración con la atención primaria de salud.
- Sin embargo, una reciente clasificación de los hospitales catalanes del Departament de Salut basada en el CMBD de las altas hospitalarias establece:
- Hospitales públicos generales de alta tecnología: Hospital Universitario Vall d'Hebron, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Hospital Clínic i Provincial, Hospital Universitario de Bellvitge y Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
 - Hospitales públicos monográficos de alta tecnología: Hospital Comarcal de Mora d'Ebre, Hospital de Campdevanol, Hospital de la Seu d'Urgell, Hospital del Pallars, Hospital de Puigcerdà y Espitau Val D'Aran.
 - Hospitales privados monográficos de alta tecnología: Centro de Oftalmología Barraquer, Centro Médico Teknon, Hospital de Barcelona, Hospital General de Catalunya, Clínica Corachan, Centro Quirúrgico Sant Jordi y Clínica Sagrada Familia.
 - Hospitales privados monográficos de referencia de alta resolución: Hospital de Niños, Clínica Fundación Fiac,

- Centro de Prevención y Rehabilitación Asepeyo y Hospital Fremap Barcelona.
- Otros hospitales privados de referencia: Instituto Dexeus, Clínica Quirón, Centro Médico Delfos, Clínica Nuestra Señora del Remei y Clínica Tres Torres.
 - Hospitales privados comarcales: Clínica Perpetuo Socorro, Clínica Sant Josep de Manresa, Clínica Monegal, Clínica Quirúrgica Onyar, Clínica del Vallés y Barnaclínic, SA.

Angiología y cirugía vascular en Cataluña

Tal como publicaba la World Health Organization (WHO) (1998), la necesidad de especialistas viene determinada por la demanda de la población. No existe una fórmula determinada y específica para el cálculo de especialistas por población y este número puede variar en función de las necesidades. Sin embargo, según lo que determina la WHO por demanda, calcularíamos aproximadamente que debería haber 1 angiólogo/cirujano vascular por cada 17.000 habitantes en los países desarrollados y una relación de un angiólogo/cirujano vascular por cada 35.000 habitantes en los países en vías de desarrollo⁶.

En Cataluña, con aproximadamente 200 especialistas en angiología y cirugía vascular, la proporción de angiólogos/cirujanos vasculares sería de 1/35.000 habitantes, lo cual podría considerarse como aceptable, si bien la mayor concentración de especialistas se producen en las capitales, principalmente en Barcelona, y las áreas metropolitanas. Uno de los factores que pueden influir en esta distribución geográfica de especialistas se debe a que los 5 hospitales públicos generales de alta tecnología se encuentran en el área metropolitana de Barcelona y que de los 7 centros acreditados en Cataluña del programa de formación de especialistas en angiología y cirugía vascular, 6 se encuentren en la provincia de Barcelona.

Actualmente, salvo excepciones, prácticamente la totalidad de hospitales públicos generales de alta tecnología y los hospitales públicos de referencia de alta resolución tienen servicios de angiología y cirugía vascular jerarquizados; asimismo la mayoría del resto de hospitales públicos de referencia tienen esta prestación, incluso algún hospital público comarcal dispone de al menos un angiólogo/cirujano vascular a jornada completa.

Otro tema más controvertido sería la atención de patologías vasculares en los servicios de urgencias o la atención

continuada; en este tema sólo los hospitales de las capitales de provincia, alguno de reciente incorporación, prestan esta prestación; y algún otro hospital público de referencia. La norma general es que los médicos especialistas en formación estén de presencia atendiendo la patología vascular urgente, mientras que los médicos especialistas estarían localizables para cuando sean requeridos (excepto Hospital Universitario Vall d'Hebron, que dispone de un médico especialista de presencia). Este es un tema que está en revisión, puesto que la limitación de horas semanales de trabajo determinado por la normativa europea, ha producido una disminución del número de guardias que pueden hacer los médicos en formación y ha condicionado que algunos servicios tengan que recurrir a guardias de presencia física de los médicos de staff o a la contratación de médicos adjuntos de guardia. Asimismo el envejecimiento progresivo de las plantillas y las limitaciones de edad de los convenios colectivos respecto a la realización de atención continuada llevan que algunos servicios deban recurrir a médicos especialistas externos para cubrir las guardias médicas.

Uno de los principales problemas de nuestra especialidad, igual que en el resto del país, es la falta de formación y cultura angiológica, tanto en el pregrado como de los médicos no especialistas, lo cual lleva a la deficiente orientación y a la remisión tardía de patologías vasculares, que implica gran número de consultas de patologías no vasculares y un retraso en el diagnóstico de otras propias de la especialidad.

Si analizamos el principal motivo que ha llevado al importante crecimiento de nuestra especialidad en Cataluña en los últimos años, lo encontramos en la encuesta de salud publicada en el Pla de Salut del año 2010, en ella se evidencia (fig. 4) que las varices aparecen entre las 10 patologías crónicas más frecuentes.

Esta encuesta traduce una problemática social, y que llevó a los distintos gobiernos autonómicos a elaborar una serie de acciones sobre patologías que requerían de unos tiempos de garantía para ser solucionados. La aparición de las patologías prevalentes con tiempos de garantía hizo que se hicieran programas específicos de reducción de listas de espera en todos los hospitales públicos, incluso privados; en ellos entró la cirugía de las varices, que por otra parte se ha convertido en su mayor parte en una cirugía mayor ambulatoria. Junto con el resto de las patologías prevalentes, la cirugía de varices fue de las patologías monitorizadas por el SCS y llevó un importante incremento de este tipo de cirugías en los últimos años (tabla 1). Este no es un tema

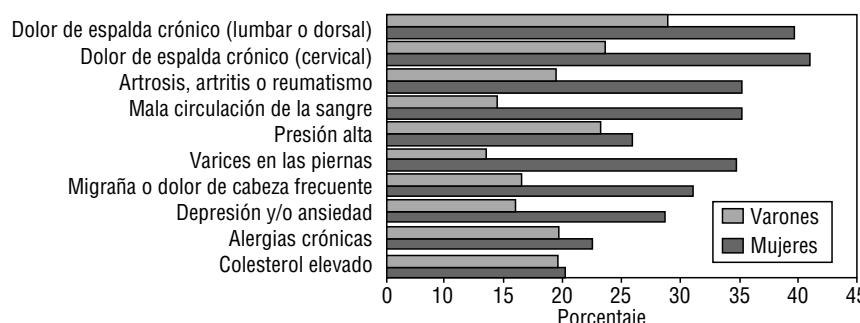


Figura 4 Encuesta de salud de patologías crónicas del Pla de Salud de Cataluña (2010).

Tabla 1 Incremento del número de altas por cirugía prevalente 1993-2005 en Cataluña

| Grupo de procedimiento | 1993 | | 2005 | | Variación | |
|--|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|---------|
| | Número de altas | % sobre el total de diagnósticos con información | Número de altas | % sobre el total de diagnósticos con información | Número de altas | % |
| Operaciones de cristalino | 14.848 | 2,5 | 62.788 | 14,3 | ↑ 322,8 | ↑ 472 |
| Reparación de la hernia inguinal y femoral | 9.962 | 1,7 | 17.285 | 2,4 | ↑ 73,5 | ↑ 129,4 |
| Colecistectomía y exploración de las vías biliares | 6.797 | 1,1 | 10.911 | 2,4 | ↑ 60,5 | ↑ 118,1 |
| Operación de cesárea | 5.911 | 1,0 | 18.306 | 4,1 | ↑ 209,6 | ↑ 310 |
| Varices | 5.055 | 0,8 | 11.164 | 2,7 | ↑ 120,8 | ↑ 237,5 |
| Artroplastia de rodilla | 10.913 | 2,6 | 13.927 | 3,1 | ↑ 27,6 | ↑ 19,2 |

menor, en tanto que ha supuesto un importante crecimiento de plazas de especialistas en todos los hospitales, tanto generales de alta tecnología, de referencia, como incluso comarciales; en un intento por reducir listas de espera de una patología prevalente que significaba unos ingresos económicos extras para el hospital, con un moderado gasto. Este crecimiento se ha ido produciendo de forma errática, más fruto de iniciativas personales de médicos especialistas o de la gerencia de los hospitales que por una correcta planificación desde el gobierno autonómico o tras consultar a las sociedades científicas. De hecho, la Societat Catalana, a pesar de que entre sus objetivos está el asesoramiento de las entidades públicas, en este ámbito ha tenido escasa relevancia.

Sin embargo, la actividad de la angiología y cirugía vascular en Cataluña sigue siendo muy importante dentro del global de nuestro país. Si analizamos el Registro de Actividad de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular⁷, 22 centros públicos y privados (aproximadamente el 30%) enviaron su actividad quirúrgica/endovascular, que analizamos en comparación con el total del resto de España en la tabla 2. Cabe destacar que enviaron su actividad 4 de las 7 regiones sanitarias catalanas, entre ellas, un centro del Campo de Tarragona, un centro de Lérida, 3 centros de la Cataluña central y 17 centros de Barcelona. A nivel del Registro de la SEACV, no disponemos de información de áreas como Gerona, Tierras del Ebro y Alto Pirineo y Arán.

En los datos obtenidos del Registro de la SEACV objetivamos que la participación de centros hospitalarios de Cataluña con angiología y cirugía vascular es relativamente baja. De hecho, según la estadística del Departament de Salut de Cataluña se intervienen más de 11.000 varices al año, mientras que en el Registro de la SEACV se declara un 50-60% del total de actividad de cirugía venosa. En Cataluña se realiza un promedio de un 22% de las intervenciones incluidas en el Registro de la SEACV, mientras que la población correspondiente a Cataluña sería de un 14,7% respecto al total de la población española; ello probablemente sea debido a que determinadas áreas de población de nuestro país todavía no disponen de especialistas en angiología y cirugía vascular.

Otros datos que llaman la atención son que determinadas técnicas tienen más implantación en Cataluña que en el resto de España, como el CHIVA en la cirugía de las varices es una técnica de tratamiento más frecuente en Cataluña, y que las

Tabla 2 Registro de actividad 2009 de la SEACV. Datos comparativos de España/Cataluña

| Técnica quirúrgica/endovascular | España | Cataluña | % |
|--|--------|----------|----|
| Troncos supraaórticos | 2.359 | 522 | 22 |
| Aorto-Illíaco (anatómico/extraanatómico) | 4.772 | 868 | 18 |
| Fémoro-poplitéo y distal | 4.358 | 986 | 22 |
| Accesos vasculares | 10.545 | 2.732 | 26 |
| Extirpación varices/CHIVA | 21.910 | 5.842 | 27 |
| Aneurisma aorta abdominal (endov.) | 1.347 | 245 | 18 |
| Endovasc. ilio-fémoro-popl.-distal | 6.181 | 1.256 | 20 |

angioplastias de troncos distales tengan una menor implantación en nuestra área con respecto al resto de España.

Sin embargo, el gran problema al que se enfrenta en el momento actual la sanidad catalana, y lógicamente nuestra especialidad, es la crisis del sector sanitario y la necesidad de reducir actividad quirúrgica, incluso la limitación de las plantillas. En el año 2011 tendremos una reducción significativa de los módulos quirúrgicos, principalmente a expensas de las patologías prevalentes, con una importante reducción del número de cirugías; una contención de las plantillas y una revisión en profundidad del gasto sanitario, con lo cual determinadas carencias que teníamos en el momento actual pueden verse incrementadas de forma manifiesta.

Conclusiones

La mayor parte de hospitales de alta tecnología y de referencia de Cataluña tienen equipos de angiología y cirugía vascular jerarquizados con asistencia integral de la patología vascular y una importante actividad asistencial, así como en algunos hospitales comarcales. Sin embargo, se evidencia un centralismo principalmente en el área metropolitana de Barcelona y de capitales de provincia. No disponemos de información de la asistencia vascular en determinadas regiones sanitarias catalanas.

La actual situación de crisis económica, que obligará a una reestructuración de las prestaciones de servicios sanitarios, debe hacer que las sociedades científicas tengan una importante función de asesoramiento a la hora de tomar decisiones por parte de las administraciones.

Bibliografía

1. Memòria d'activitats de XXV anys (1973-1998) Societat Catalana d'Angiologia i Cirurgia Vascular. Editorial Uriach.
2. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Disponible en: www.gencat.cat/salut/pladesalut
3. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/cat/coneix_lesregions.htm
4. Prat E, Sánchez J, Pesquer L, Olivet M, Aloy J, Fusté J, et al. Estudio sobre la accesibilidad de los centros sanitarios públicos de Cataluña. XIII. Congreso Nacional de Tecnologías de la Información Geográfica, 2008.
5. Disponible en: http://www10.gencat.cat/catsalut/esp/serv-cat_hospitalaria.htm
6. Kleber Forti J, Rennó de Castro Santos MA, De Paula e Silva JA, Rodrigues Mariano R, et al. Distribution of vascular surgeons and angiologists and the Brazilian population: an analysis with the members of the Brazilian Society of Angiology and Vascular Surgery. *J Vasc Br.* 2004;3:350-6.
7. Moreno Carriles R. Registro de actividades de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular año 2009. *Angiología.* 2010;62:183-99.