

En el mercado de la medicina especializada: El negocio de la enfermedad

SAMUEL BLIXEN :: 10/05/2008

Mientras en la salud se pone en marcha una reforma que apunta a una mayor equidad, en el gobierno "progresista" poco se habla de una estructura comercial y empresarial que distorsiona todo el sistema con aranceles del Primer Mundo

Las litotricias -eliminación de cálculos renales por percusión con ultrasonido- disminuyeron notablemente en 2007 y en gran parte fueron sustituidas por intervenciones quirúrgicas en el sector privado de la salud. Los partos por cesáreas también disminuyeron en el correr del año, aunque se sigue verificando un insondable misterio: las mujeres de Montevideo requieren más cesáreas que las del Interior; y en la capital la proporción de parturientas sometidas a una intervención quirúrgica en 2006 era, en el mutualismo, el triple de las que eran atendidas en los hospitales públicos.

Un elemento común a ambos casos es la incidencia del acto médico, un sistema que fija un honorario suplementario -pero significativo- del salario que reciben los profesionales. En el caso de los cálculos renales, la disminución puede explicarse por el hecho de que, a partir de 2007, la litotricia dejó de ser financiada por el Fondo Nacional de Recursos.

En el caso de las cesáreas, las diferencias entre Montevideo e Interior se explican porque para el Interior no rige el acto médico. Las diferencias entre sector privado y sector público en Montevideo exhiben la misma razón: el acto médico rige exclusivamente para las prestaciones del sector privado. Por ello, del total de partos en todo el país asistidos en instituciones privadas, 44,1 por ciento fueron cesáreas, pero el porcentaje en Montevideo fue de 47,2 y en el Interior de 39,4. Si esa diferencia de ocho puntos puede obedecer a múltiples factores, y no exclusivamente a la incidencia del acto médico, las cifras en Montevideo no dejarían dudas, en opinión de especialistas consultados por Brecha: mientras que en las instituciones privadas casi la mitad de las mujeres fueron sometidas a cirugía mayor, en el Pereira Rossell se registró sólo 23 por ciento de cesáreas en el total de partos asistidos en 2006.

Inevitablemente las estadísticas instalan la sospecha de que en litotricias y en cesáreas interviene -o intervenía- el lucro como factor enmascarado de la decisión médica, en una proporción imposible de cuantificar para deslindar responsabilidades: no todos los ginecólogos, claro, se manejan con tales criterios, y no todas las cesáreas son evitables. Con todo, estos dos ejemplos sólo expresan muy modestamente el elemento "negocio" que distorsiona el servicio asistencial en el país y que se erige como el principal obstáculo para la puesta en práctica del sistema integrado de salud que aspira a ser más equitativo y democrático.

SE INCENDIA LA PRADERA

Todo el sistema de salud, público y mutual, lo sostienen los ciudadanos. Se financia con los

impuestos, los descuentos salariales, las cuotas mutuales y los famosos tiques de medicamentos. El afiliado a las mutualistas hace una contribución inconsciente al mantenimiento de una diferencia abismal entre los salarios que perciben los médicos especialistas cuando atienden a pacientes en hospitales y centros asistenciales públicos, y lo que perciben esos mismos médicos cuando atienden en los privados. En proporción, son pocos los médicos que actúan exclusivamente en el sector público.

La diferencia consiste en que mientras en los hospitales públicos sólo se percibe un salario –unos 12.600 pesos mensuales–, en el sector privado los médicos especialistas cobran, además de su salario, honorarios conocidos como acto médico. El arancel mínimo estipulado por la Sociedad Uruguaya de Cirugía es de unos 7.900 pesos por cada cirugía menor y 27.500 por cada cirugía mayor cuando las intervenciones se hacen en sanatorios del sector privado. Para los casos de urgencia, el arancel se aumenta en 30 por ciento. En una sola intervención quirúrgica, de tórax, por ejemplo, un cirujano que opera en una mutualista cobra más del doble que lo que percibe en todo un mes un cirujano de un hospital público. En cirugías de alta especialización la distancia es significativamente más grande: los ingresos mensuales de un cirujano cardíaco principal oscilan entre 210 mil y 263 mil pesos, según la información que brinda el Fondo Nacional de Recursos (fnr); un cardiólogo intervencionista percibe por mes, en promedio, entre 162.500 y 243.800 pesos; el sueldo mensual de un traumatólogo puede trepar a 72 mil pesos.

La diferencia de remuneraciones según el ámbito de trabajo (estatal, privado, capitalino o del Interior) se convirtió en exponencial a principios de la década del 90, durante el gobierno de Luis Alberto Lacalle, cuando las distintas gremiales médicas negociaron en el Ministerio de Economía los aranceles a cobrar por acto médico en Montevideo. La intención de iniciar un proceso de equiparación, durante la actual administración frenteamplista, permitió triplicar los salarios médicos del sector público (en marzo de 2005 los mínimos nominales eran de 4.500 pesos y en julio de 2006 llegaban a 8.640). Sin embargo, la distancia entre unos y otros, significativa, sigue siendo el pivote de los actuales conflictos.

Jerarcas del Ministerio de Salud Pública consultados por Brecha coinciden en que la sustitución del acto médico por formas más racionales de remuneración es en definitiva la única alternativa, en el largo plazo, para desactivar el esquema que profundiza la injusticia. Pero hacerlo, confiesan, sería “incendiar la pradera” e instalar una crisis imposible de manejar. Alternativas como la fijación de un tope a las remuneraciones –que en muchos casos son superiores a, por ejemplo, las del presidente de la República o las de gerentes de instituciones financieras– son consideradas como inevitables para racionalizar la economía de todo el sistema de salud. No obstante, algunas fuentes consultadas son escépticas de que tales medidas puedan ser instrumentadas en el inicio de la puesta en marcha del sistema integrado de salud, que impone un escenario de lucha abierta entre las instituciones estatales y las empresas privadas por la captación del universo de usuarios.

MEDICINA ESPECIALIZADA

Una buena parte de la economía de la salud está condicionada por la existencia de 100 institutos de medicina altamente especializada (Imae), en su gran mayoría empresas privadas financiadas por el fnr. El dinero administrado por el fnr proviene de recursos

aportados por el Ministerio de Salud Pública (cuyo presupuesto incluye partidas específicas para el fondo) y por un porcentaje de la cuota que cobran las mutualistas. La economía de los Imae, por tanto, también está sustentada en el aporte de los ciudadanos.

Las técnicas desarrolladas por los imae incluyen prótesis de cadera, prótesis de rodilla, cateterismos, angioplastias, cirugía cardíaca, implante de marcapasos, trasplante cardíaco, trasplante de médula, trasplante renal, tratamiento de grandes quemados, diálisis peritoneal, hemodiálisis e implantes de cardiodesfibriladores. En el sector público funcionan 11 imae, y está pendiente de resolución gubernamental la autorización para la creación de otros 15 (14 privados y uno público). Algunos de los imae privados son propiedad de mutualistas y otros son empresas dirigidas por médicos que acuerdan con sanatorios la utilización de la infraestructura (block quirúrgico, CTI, sala de internación), aportando ellos la inversión en tecnología.

Del centenar de institutos financiados por el fnr sólo unos pocos concentran las actividades altamente especializadas: prótesis, trasplantes, cirugía cardíaca y angioplastias. La gran mayoría atiende diálisis, hemodiálisis e implantes de marcapasos.

El fnr recibe de los imae las solicitudes de financiación de los actos médicos. Las autorizaciones dependen del estudio del caso y del resultado de una segunda opinión o de debate en ateneo. Con la autorización, el imae realiza el acto médico y después cobra la partida asignada. Simultáneamente las mutualistas (o instituciones asistenciales de medicina colectiva, Iamc) vierten al fnr el porcentaje de las cuotas destinado a los imae.

Existe una estipulación muy precisa del arancel de cada especialidad, que incluye honorarios del personal (médicos, asistentes, instrumentistas, anestesistas, nurses y enfermeras), gastos de internación, medicamentos, dispositivos (como marcapasos y stents) y amortización de inversión. El fnr financia el conjunto de las prestaciones, cada una de las cuales fue negociada y acordada en su momento.

La cirugía cardíaca y las especialidades vinculadas, como el cateterismo, la angioplastia y la valvuloplastia, insumen buena parte del presupuesto del fondo: un imae del área cardiológica recibe por una cirugía de adulto 206.705 pesos, si es con máquina extracorpórea, y 182.342, sin máquina. Una cirugía a un paciente infantil invierte la relación: cuesta 234.658 con máquina y 259.154 sin máquina. Una angioplastia cuesta en promedio 60 mil pesos, y lo mismo un cateterismo. Un implante de marcapasos cuesta 11.500 pesos y puede llegar a los 15 mil con procedimientos posteriores.

Los aranceles del área traumatológica son sensiblemente menores: una prótesis de rodilla cuesta 50 mil pesos y una de cadera 38 mil, con variaciones si es por artrosis o por fractura. Los trasplantes, en cambio, trepan considerablemente. Un trasplante cardíaco en adulto está valuado en 684 mil pesos y un trasplante en niño en 785 mil. Un trasplante de médula ósea alogénico –en el que intervienen el paciente y un donante con identidad genética– cuesta un millón de pesos; el trasplante autólogo –en el que las células trasplantadas son capaces de reiniciar la producción de sangre– vale 786 mil pesos. El módulo básico de un trasplante renal con donante cadavérico cuesta 231 mil pesos (de los cuales 124 mil corresponden a honorarios médicos); con donante vivo, el trasplante cuesta 217 mil pesos, de los cuales 117 mil corresponden a honorarios; y un trasplante renopancreático trepa a

los 780 mil pesos.

Según las cifras publicadas por el fnr, en 2006 se realizaron 1.850 cirugías cardíacas en adultos y 196 cirugías en niños. Ello representa, para el primer grupo, en promedio, un gasto del fnr de 370 millones de pesos, y para el segundo de 47 millones. En el mismo año se practicaron 2.841 angioplastias coronarias que insumieron, en promedio, 170 millones de pesos; 3.058 cateterismos en adultos (183 millones de pesos); y 20 trasplantes cardíacos que insumieron 14 millones de pesos. En cifras tentativas, la financiación del fnr en el área cardiológica en 2006 superó los 800 millones de pesos, unos 38 millones de dólares.

EL MÉDICO-EMPRESARIO

En el último año, después de trabajosas negociaciones, el fnr logró reducir un 10 por ciento, en promedio, los aranceles de los actos médicos de la medicina altamente especializada, que el ex presidente de la Comisión Honoraria del fondo Homero Bagnulo calificó como “del Primer Mundo”. Fueron corregidas algunas desproporciones, como el precio de los stents (especie de resorte que mantiene distendida la arteria coronaria), estipulado en 2 mil dólares y que se rebajó a 600 cuando el fondo resolvió llamar a licitación de proveedores.

Más difícil resultó modificar la parte del arancel que corresponde a los honorarios. Las cifras divulgadas por el fnr establecen un promedio mensual de honorarios de un cirujano cardíaco en 230 mil pesos. Para los profesionales, ello representa un ingreso anual de 2.760.000 pesos, lo que no quiere decir que, por ejemplo en el caso del Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca (Incc) -imae que opera en Impasa y que en 2006 realizó la mayor parte de los actos médicos del área-, todos los cirujanos y cardiólogos que integran los equipos perciban los mismos ingresos.

Pese a que algunos imae surgieron como una asociación de pequeños grupos de médicos de la especialidad, hoy se han convertido en empresas dirigidas por médicos que contratan a otros médicos. De ahí que, según se informó a Brecha, existen diferencias sustanciales entre las remuneraciones de los médicos fundadores y las de los médicos dependientes, al punto que se está verificando una creciente demanda de actualización salarial.

Aunque resulta casi imposible determinar la escala de salarios reales, por tratarse de información reservada, se presume que los sueldos de los profesionales contratados en los imae son superiores a los mínimos establecidos por las organizaciones gremiales, aunque distantes de los que el fondo confirmó como “relevantes”. Un cirujano que trabaja a tiempo completo en un imae cardiológico confió a Brecha que “los directores son los que se llevan gran parte de la torta”.

Esa gran masa de dinero que fluye desde el fnr es motivo de una intensa competencia entre las empresas médicas que controlan la medicina altamente especializada. El área cardiológica, por ejemplo, exhibe una desproporción de actos médicos según los imae. Existen seis imae cardiológicos: el incc, instalado en Impasa; el perteneciente a la Asociación Española; el Instituto de Cardiología Infantil (ici), actualmente instalado en Médica Uruguaya; el grupo Geve, instalado en Casa de Galicia; el perteneciente al Sanatorio Americano; y el administrado por el Hospital de Clínicas.

En 2006, el incc, fundado por Orestes Fiandra, realizó 619 cirugías, 925 cateterismos, 831 angioplastias e implantó 381 marcapasos. Sólo en cirugías contabilizó 51 actos médicos por mes. Trasponiendo los aranceles por acto médico y sumando el total de los actos contabilizados por el fnr, el incc habría facturado en 2006 unos 240 millones de pesos.

El grupo Geve, de Casa de Galicia, fundado por José Luis Filgueira, realizó 296 cirugías cardíacas, 388 cateterismos, 430 angioplastias; en total, 1.251 actos médicos del área cardiológica. En cirugías a niños, el ici, dirigido por Pedro Duhagón, completó 752 actos médicos; la Española facturó 1.592 actos médicos en su imae cardiológico; y el sanatorio Americano 2.360 actos médicos del área cardiológica, de los cuales 471 fueron cirugías y 766 angioplastias.

En contraposición, el Hospital de Clínicas realizó en 2006 apenas 72 cirugías cardíacas sobre un total de 381 actos médicos del área cardiológica (véase recuadro). Puesto que se trata del hospital de referencia del país, donde funcionan las cátedras universitarias que forman a los especialistas médicos, la diferencia con los imae privados es significativa. ¿Por qué el imae del Clínicas no tiene una mayor participación que, además, significaría un considerable aumento de ingresos? Brecha intentó dialogar con la directora del Clínicas, Graciela Ubach, para averiguar las razones de esa “baja productividad”, pero la entrevista no fue posible.

La reducida participación estatal en la práctica de la medicina altamente especializada también se observa en los trasplantes renales y en los trasplantes de médula ósea. El imae del Clínicas, dirigido por la Cátedra de Nefrología, realizó siete trasplantes renales en 2006 sobre un total de 142 financiados por el fnr; el Hospital Evangélico realizó 29; el Americano cuatro; y el inu, imae que funciona en el Hospital Italiano, efectuó 102. Considerando que el módulo básico del trasplante renal cuesta 230 mil pesos, el inu habría facturado 23,5 millones de pesos, contra 1,5 millones que recibió el Clínicas.

Los registros hospitalarios revelan que en este tipo de trasplantes se concreta una situación irritante porque, además de concentrar los imae privados la mayor parte de los actos médicos, los donantes –cadavéricos– son generalmente aportados por el sector público; y cuando el paciente es derivado desde un hospital público a un imae privado después debe hacerse cargo del seguimiento y de la medicación.

En 2006 el fnr financió 85 trasplantes de médula ósea (73 autólogos y 12 alogénicos) por un total de 69 millones de pesos. De los 85, el imae del hospital Maciel realizó 27; la Española 23; el Británico 17; e Impasa 15. En este caso, el imae público exhibe una leve ventaja sobre los privados, en un escenario de proporciones repartidas, pero en conjunto el sector privado triplicó la facturación del sector público.

LA MANIPULACIÓN DEL MERCADO

Diversas fuentes consultadas por Brecha han confirmado la existencia de una “sugerencia” no escrita para que los hospitales públicos deriven pacientes a imae públicos en los casos en que es posible, aun cuando la ley estipula que es el paciente quien decide. Ello expresa una preocupación de las autoridades por jerarquizar los servicios que brinda la salud pública en medicina altamente especializada, en el marco de la implantación de la reforma del sistema.

Actualmente existen imae públicos del área cardiológica, de diálisis, de quemados y de trasplante renal en el Hospital de Clínicas; de trasplante de médula ósea y de diálisis ambulatoria en el Maciel; y un centro de quemados en el Pereira Rossell. La “sugerencia” requiere que los médicos responsables de las distintas especialidades en los hospitales públicos brinden una exhaustiva información a los pacientes.

En 2006, la “sugerencia” no produjo resultados significativos. Del total de 14.947 actos médicos autorizados por el fnr, 7.531 corresponden a pacientes provenientes del Interior. De ellos, 2.173 fueron atendidos inicialmente en los 43 centros asistenciales públicos del Interior, pero sólo tres de estos últimos fueron derivados a imae públicos (dos al Maciel y uno al Clínicas).

El hospital Pasteur derivó 582 pacientes a distintos imae. De ellos, apenas 13 fueron al Clínicas y al Maciel. De los 74 casos que requirieron cirugía cardíaca, ninguno fue derivado al Clínicas, y de las 162 angioplastias, sólo una terminó en el Clínicas. El Hospital Policial registró 39 casos que requirieron cirugía cardíaca; ninguno fue derivado al Clínicas. El Pereira Rossell no cuenta con servicios de cirugía cardíaca para niños, de modo que tuvo que derivar los 77 casos registrados en 2006 a las dos instituciones que disponen de esa especialización: 70 al ici y siete al Americano. El Clínicas, por su parte, de los seis casos que requirieron trasplante de médula ósea, derivó tres al Maciel, dos a Impasa y uno al Británico. El Saint Bois debió derivar 41 pacientes a imae, de los cuales 38 eran del área cardiológica; ninguno fue al Clínicas.

CONFLICTO DE INTERESES

Son múltiples las razones por las que un imae público en ciertas circunstancias debe rechazar pacientes derivados de otros centros: dificultades operativas, incapacidad para responder ante casos de urgencia, no tener blocks quirúrgicos disponibles, ausencia de especialistas, como ocurrió durante la reciente huelga de anestesistas. También opera la distorsión del sistema, sobre el que influye en forma sustantiva el elemento económico.

En el marco general de la compleja relación entre los dos sectores de la salud despunta cada vez con mayor énfasis la crítica sobre la dualidad de comportamiento de los médicos que, integrando los equipos de los imae privados, son a la vez directores de los centros públicos de medicina altamente especializada, en tanto catedráticos de las distintas disciplinas.

El fenómeno no es nuevo: José Luis Filgueira era responsable de la Cátedra de Cardiología en el Clínicas cuando fundó la empresa instalada en Casa de Galicia. Pedro Duhagón, director del ici, fue durante mucho tiempo responsable del Servicio de Cardiología Infantil del Pereira Rossell; y otros dos directores del imae, Carlos Peluffo y Pedro Chiesa, mantienen actualmente cargos de responsabilidad en el hospital. Duhagón fue investigado por la práctica de “filtrar” pacientes hacia su imae, pero finalmente fue destituido de su puesto en el Pereira Rossell por multiplicación de cargos públicos.

La incompatibilidad entre el cargo público y el privado cruza tangencialmente la actividad de varios docentes grado 5 y grado 4 de la Facultad de Medicina, que ostentan cargos en el Clínicas. Ricardo Lluberas, responsable de la Cátedra de Cardiología, integra el equipo del

imae de Casa de Galicia; la profesora grado 5 Martha Nesse, responsable de la Clínica Hematológica, integra el equipo del imae que realiza trasplantes de médula en Impasa; su segundo, el profesor agregado de la Clínica Hematológica Pablo Muxi, integra uno de los imae del Británico; Álvaro Lorenzo, director del Departamento de Cirugía Cardíaca del Clínicas, integra los equipos del incc en Impasa; Francisco González, director del Centro de Nefrología del Clínicas, es director técnico del imae de trasplantes renales que funciona en el Italiano.

Uno de los numerosos entrevistados para este informe pretendió, con un ejemplo, señalar la incompatibilidad existente: “A nadie se le pasa por la cabeza que el superintendente de instituciones financieras del Banco Central sea, simultáneamente, gerente del Nuevo Banco Comercial”.

El ejemplo del Maciel. Un IMAE sin acto médico

El imae del hospital Maciel se ha posicionado a la cabeza en los trasplantes de médula ósea, tanto en cantidad como en calidad de resultados, debido a la infraestructura desarrollada y al compromiso de los médicos actuantes. En 2006 efectuó 27 trasplantes, que representaron ingresos por más de 21 millones de pesos. A diferencia de los Imae privados, el Maciel no paga honorarios por acto médico y los especialistas que realizan los trasplantes cobran simplemente los sumergidos salarios de la salud pública.

Dichos ingresos, que refuerzan el presupuesto del hospital, son administrados por una Comisión de Apoyo al imae, una fórmula que permitió revertir la iniquidad de las diferencias salariales. La comisión instituyó un sistema de compensación que, sin entrar en el esquema del acto médico, deriva parte de lo cobrado en forma de plus para los equipos que realizan los trasplantes. El sistema contempla un 1 por ciento adicional de remuneración por un trasplante (una cifra que oscila entre 7 y 10 mil pesos) en una escala que puede llegar a un plus de 7 por ciento por cuatro trasplantes al mes.

¿Consentimiento inducido?

Un paciente que se someterá a un tratamiento de medicina altamente especializada tiene el derecho de elegir el imae en el que será asistido. El médico tratante tiene la obligación de informar al paciente sobre las opciones. El paciente finalmente firmará un formulario en el que expresamente dará su consentimiento sobre una elección doblemente trascendente: por un lado, el paciente estará eligiendo al equipo médico del que depende su salud y en ocasiones su vida; por otro lado, la elección representa un flujo considerable de dinero para la institución elegida.

Sin embargo, como se documenta en la nota central de este informe, existen “flujos” intensos de pacientes hacia ciertos imae, en una constante que persiste por encima de las circunstancias, como puede ser la capacidad de internación o la disponibilidad de blocks quirúrgicos. Por ejemplo: el casmu no cuenta con imae del área cardiológica. En 2006, de los 385 pacientes que requirieron angioplastia, 353 fueron derivados al incc, imae instalado en Impasa; de los 229 afiliados que requirieron cirugía cardíaca, 201 fueron derivados al mismo centro. Más aun: de los 1.795 actos de medicina altamente especializada, 1.032 fueron derivados al INCC.

Es sugestivo que los afiliados del casmu, en su inmensa mayoría, prefieran al incc antes que Casa de Galicia, el Americano, la Española o el Clínicas, donde funcionan otros imae cardiológicos. Es sugestivo, también, que entre el Sanatorio 4 del casmu e Impasa exista una conexión física, un “puente” que conecta a ambos sanatorios. Los pacientes cardiológicos del casmu que requieren atención en imae son operados en Impasa y luego internados en el Sanatorio 4.

Es muy probable que exista un acuerdo entre el casmu y el incc que permite al primero recibir la cuotaparte de internación y medicamentos que financia el fnr, aunque no cuente con imae cardiológico. Para ello es “necesario” que el paciente, a la hora de elegir, opte por el incc.

Una compulsión entre médicos que prefirieron no identificarse reveló algunos de los “mecanismos” por los cuales se induce a los pacientes a realizar la elección de imae. Una hipotética situación se podría resumir así:

—Doctor, ¿qué imae me recomienda usted?

—Usted elige, pero si fuera yo, me atendería en (...).

Otra posible escena:

—Amigo: va a tener que elegir entre estos imae. Le van a decir que vaya al público, pero es para ahorrar dinero. Personalmente opino que estará mejor atendido en (...).

O la forma más expeditiva:

—Señor, va a tener que operarse. Lo vamos a derivar a (...).

Sin duda, en materia de “hotelería” un paciente de un hospital público se sentirá más confortable en un sanatorio privado. Pero desde el punto de vista de la eficiencia técnica la evaluación es más sutil, y en muchos casos se admite que predomina el imae público. Detrás de la elección hay una poderosa razón económica. En muchos casos –y son miles al año– la “sugerencia” del médico estará basada en una convicción personal legítima; en otros puede obedecer a los vínculos que teje el corporativismo de los imae en la lucha por captar “actos médicos”.

El IMAE cardiológico del Clínicas. Esfuerzos y debilidades

Setenta y dos cirugías cardíacas financiadas por el fnr fueron practicadas en el Clínicas en 2006. ¿Cuál es la razón que impide al imae cardiológico del principal complejo hospitalario del país, centro nacional de referencia, hospital universitario, competir con el incc de Impasa (619 cirugías), el Sanatorio Americano (514), la Española (308) o el Geve de Casa de Galicia (296)? No, por cierto, la capacidad y experiencia de sus especialistas.

¿Una cuestión de dinero? En principio no, dice el director de Cirugía Cardíaca, profesor Álvaro Lorenzo. ¿Disponibilidad de infraestructura? En parte, sobre todo en casos de urgencia. ¿Instrumental y tecnología? Sí, hasta tanto no lleguen los equipos de última

generación de una licitación aprobada hace dos años. ¿Organización, efectividad y coordinación del trabajo? Decididamente sí.

En el área cardiológica, el Clínicas ha superado los índices registrados por el fnr para 2006. Se han completado más de cien cirugías, pero no se ha llegado a los niveles de la década del 70, en que las 150 intervenciones alimentaban la ilusión de rescatar las posiciones de vanguardia en América Latina que exhibió cuando introdujo la primera bomba de circulación extracorpórea.

En la década de 1980, el área cardiológica del Clínicas logró un avance sustancial en la formación y en la implantación de sistemas de trabajo multidisciplinario, pero simultáneamente se estancó por la falta de presupuesto y la obsolescencia de los equipos. En esa época comenzaron a surgir centros de cirugía cardíaca en sanatorios privados, lo que instaló desde entonces la incompatibilidad de intereses con la duplicidad de funciones públicas y privadas. Incluso se redujo notoriamente la formación de posgrados debido a un círculo vicioso: las escasas intervenciones impiden llegar a la curva de prácticas necesaria para obtener el título de especialidad, y la escasez de cirujanos (aunque éste es un fenómeno generalizado a todas las especialidades) limita las posibilidades de operar.

En vísperas del nuevo siglo -y coincidente con la negociación sobre los aranceles por acto médico-, el Clínicas llegó a su cota más baja, 16 pacientes al año, mientras las empresas médicas privadas, apoyadas en una fuerte inversión tecnológica y en una actualización de técnicas y conocimientos, pasaban a monopolizar el mercado, y a concentrar el grueso de la financiación del fnr.

A partir de 2003 comenzó a revertirse la situación y, a caballo de un proyecto financiado por el Banco República y la donación del gobierno de Venezuela, se puso en marcha un proyecto que aspira a cubrir 350 intervenciones quirúrgicas, atendiendo pacientes propios y los derivados por el sector público, en particular el Maciel y el Pasteur. Para ello se impulsó una licitación que permitirá adecuar la infraestructura, contar con un cti propio, sala de operaciones, equipamiento y materiales de punta. Las compras hechas en el exterior todavía esperan en la aduana el ingreso al país. Y aun cuando se cuente -quizás a comienzos de año- con el nuevo equipo, el profesor Lorenzo es escéptico porque se deberá, además, lidiar con los innumerables problemas de gestión.

Lorenzo identifica la cuestión salarial como una de las trabas más importantes. Si no se modifican los ingresos salariales, persistirá la sangría: en cuanto adquieran experiencia, los especialistas emigrarán al sector privado; y persistirá la incompatibilidad en la que él mismo incurre, en tanto catedrático y cirujano del incc.

Con las 100 intervenciones quirúrgicas que se contabilizaron en 2006, el Clínicas recibió del fnr más de 20 millones de pesos. Sin embargo, el Departamento de Cirugía Cardíaca no los recibe directamente. "Es necesario establecer alguna especie de autonomía en la gestión", dice Lorenzo.

Brecha. Agendaradical@egrupos.net

https://www.lahaine.org/mm_ss_mundo.php/en_el_mercado_de_la_medicina_especializa