

# Artículo especial: visión sobre las oportunidades en la Cardiología Intervencionista en nuestro país

Point of view: opportunities in Interventional Cardiology in our country

Walter González<sup>1</sup>

En este espacio quiero compartir con el lector nuestro enfoque sobre la Cardiología Intervencionista en nuestro país, más que promocionar productos de la empresa que represento.

Ello, sin ánimo de abordar ideas desde lo médico, sino participarle una visión desde el ángulo de desarrollo que puede una industria de dispositivos, en una especialidad como la Cardiología Intervencionista, brindar en el contexto actual.

Es habitual, en el mundo de las organizaciones, observar que las más exitosas son las que están abiertas al aprendizaje, porque estas “empresas inteligentes” son capaces de sobreponerse a las dificultades, reconocer posibles amenazas y descubrir oportunidades.<sup>1</sup> Por algún motivo, esta “capacidad de adaptación”, o de supervivencia, es algo sumamente complejo de lograr en el terreno médico y, cuando ello no ocurre, es frecuente la búsqueda de responsables en lugar de hacer foco en lo que motiva la baja performance de crecimiento.

Las causas de la falta de sinergia son multivariadas y, no obstante, el abordaje sistemáticamente contempla explicaciones puntuales, cayendo una y otra vez en un pantano que sólo brinda resultados por debajo del potencial real en términos de, por ejemplo, conciencia y presencia de los temas cardiológicos en la comunidad sobre lo que causa el 30% de muertes en todo mundo. Este proceso de desarrollo lento en comparación con países desarrollados no sólo se manifiesta a nivel de falta de espacio en la mente de la sociedad, sino en un impacto directo en los médicos, que pierden terreno con respecto a otros jugadores que no tienen foco en el principal actor de esta película, el paciente.

Esta situación genera pérdida de energía, malestar, y se canaliza por una queja constante por parte de todos los involucrados, que termina en la aceptación resignada de la “nueva” realidad para comenzar inmediatamente con el proceso de justificación a fin de poder convivir con ella y no entrar en una guerra interna con nosotros mismos. Obviamente la generalización transforma en vulnerable la afirmación, pero se puede decir que hay diferentes grados de deterioro y también excepciones que confirman la regla.

Todos, de una manera u otra, somos parte problemas y solución, porque es fácil confundir el objetivo primario de nuestro trabajo. En el caso de Boston Scientific, no se trata sólo de vender productos sino, tal como lo enuncia la misión de la compañía, es tratar mejor la vida o calidad de vida de los pacientes. Este objetivo, seguramente alineado con el de los médicos, muchas veces no logra desarrollar iniciativas que realmente contribuyan al crecimiento de la especialidad sustentado en la calidad. Situación que sólo puede darse plenamente en un contexto en el cual el médico conserve el poder de decisión sobre lo que utiliza para tratar mejor al paciente, avalado por la responsabilidad directa desde lo médico y desde el terreno legal.

Siendo la Cardiología Intervencionista la especialidad que maneja la principal causa de muerte a nivel mundial, es indudable que la inversión por parte de los financiadores está muy por debajo de los niveles que debería representar. Otras especialidades en el área de dispositivos, como la Ortopedia, por ejemplo, reciben entre cuatro a cinco veces mayor inversión en patologías que tienen mucho menor impacto en la mortalidad. En nuestro país, el análisis de lo que representa el mercado total de dispositivos en el total de inversión en Salud revela que es menor del 2%, y para el área de Cardiología aproximadamente el 0,4%. Como referencia, la industria farmacéutica, entre productos bajo

1. Country Director Southern Cone en Boston Scientific.

✉ Correspondencia: [Walter.Gonzalez@bsci.com](mailto:Walter.Gonzalez@bsci.com)

prescripción y oncológicos, constituye alrededor del 30% de la inversión en Salud.

Si abordamos el análisis acerca del grado de conciencia sobre las enfermedades cardiovasculares en relación con otras enfermedades importantes, se advierte también que es un terreno con grandes oportunidades de mejora. Por ejemplo, es frecuente ver campañas sobre el cáncer de mama en la mujer, patología que mata 20 veces menos mujeres que las causas cardiológicas, o sobre enfermedades como HIV, que es irrelevante en términos de mortalidad de la población general en comparación con la enfermedad cardiovascular, y sin embargo la difusión e inversión en éstas por parte de empresas y segmento público es cientos de veces superior.

Por otro lado, también es cierto que muchas veces nuestro trabajo no está alineado con la estrategia de desarrollo de la especialidad o de posicionamiento de la enfermedad cardiovascular como foco de la Salud Pública y Privada, y muchos de nosotros contribuimos a la confusión en lugar de tener un rol activo en la difusión de información en pos del desarrollo.

Es interesante observar que permanentemente se recurre a información que nada tiene que ver con nuestra realidad y, lo que es peor, se toman decisiones basadas en esos datos considerándolos como válidos para la situación en nuestro país.

Quién no ha escuchado sobre la “sobreindicación de la angioplastia transluminal coronaria (ATC)” mirando estudios americanos, cuando en Estados Unidos de America se realizan 3.500 ATC × millón y en Argentina algo más de 600, es decir, la sexta parte. Hablamos de mortalidad quirúrgica tomando como referencia 1,2%, cuando en nuestro medio es cuatro veces superior a esa cifra,<sup>2</sup> o citamos permanentemente al COURAGE que tiene pacientes con 6 y 7 drogas durante años, cuando en nuestro medio sólo el 7% de los pacientes alcanzan los objetivos de tratamiento de este protocolo,<sup>3</sup> sumado al hecho de que la gran mayoría de los pacientes intervenidos son los portadores de síndromes inestables y no los estables.

Como éstos hay varios ejemplos, que probablemente se originen en la escasez de estadísticas epidemiológicas en la Argentina. Esta carencia nos obliga a tomar evidencia no extrapolable a nuestra realidad y a comentar que sobreindicamos angioplastia, que la cirugía es mejor o peor que la ATC en nuestro país o que tratamos pacientes sin necesidad como los coronarios estables. En la práctica sólo logramos tratar con terapéuticas de reperfusión el 15% de los infartos dentro de la ventana de 3 horas en distritos como la Capital Federal<sup>4</sup>. De igual manera y paradójicamente, no es poco frecuente “validar” y tener financiamiento de productos para lesiones múltiples o lesiones largas y para diabéticos que no tienen ninguna evidencia clínica para esas indicaciones y se citan o sustentan en protocolos realizados por empresas de primera línea.

Este abordaje de estilo de “informal”, en el que un pro-

ducto con cierto éxito por propiedad transitiva valida a otro producto parecido, sólo se da en los dispositivos médicos. En el caso de las drogas, a nadie se le ocurriría prescribir una droga validada para una indicación en otra indicación antes de investigarla nuevamente en fase tres como si fuera una nueva droga. En nuestro medio, los resultados obtenidos con el Taxus (Boston Scientific, Natick, MA, EE.UU.) en múltiples vasos, infarto, diabéticos, se extrapolan a los *stents* “copias” como si fueran productos iguales, en un contexto aún peor porque los dispositivos como los *stents* farmacológicos son la resultante de una plataforma, un polímero y una droga.

La medicina basada en la evidencia (MBE) que no generamos, pero que se sostiene como si fuera cierta y validada sólo por la repetición permanente o la extrapolación directa, hace que muchas veces hasta tenemos que “defendernos” de ella. Todo esto en un contexto de confusión generalizada donde hay líderes de opinión, clínicos de primer nivel defensores de la MBE, que utilizan expatriados argentinos que viven en EE.UU. o Europa para dar prestigio a publicaciones, comentando procesos de toma de decisión o productos que nada tiene que ver con la realidad de nuestro medio.<sup>5</sup>

Adicionalmente, desde las compañías, muchas veces contribuimos a la confusión y no es raro ver que empresas multinacionales referentes de primera línea, en lugar de defender las indicaciones y apostar al crecimiento de la especialidad, dediquen su esfuerzo promocional a intentar instalar complicaciones o problemas de dispositivos, sin advertir que eso atenta contra la especialidad.

Sin pretender minimizar o ignorar las complicaciones de una técnica, todos hemos vivido horas y horas, a veces días, en Congresos de Clínicos Cardiólogos donde los intervencionistas se han dedicado durante varios años a un solo tema, la *stent*-trombosis. Todos sabemos hoy lo relativo de la complicación y su peso real, pero nos han hecho jugar un juego que nos alejó del objetivo número uno y nuestra razón de ser, que es tratar más y mejor a los pacientes.

El comportamiento humano, naturalmente autodestructivo, donde queda claro que “la racionalidad no nos va a salvar” y que es evidente que “no se puede cambiar la naturaleza humana”,<sup>6</sup> hace que muchas veces en lugar de trabajar sinérgicamente busquemos ventajas puntuales que hace que nuestro crecimiento pague las consecuencias de nuestro egoísmo y falta de visión.

¿Qué nos hace tener líderes opinión que sólo hablen de complicaciones de la técnica o empresas de primer nivel promocionando eventuales complicaciones de productos? ¿O de ambas cosas, sin ningún fundamento o “proporcionalidad”,<sup>6</sup> con sustento en un problema real pero con un valor relativo significativamente menor?

Claro que no tengo la respuesta, sino más preguntas, que pueden contribuir a la confusión o quizás comen-

zar un nuevo camino hacia discusiones, por lo menos distintas.

La primera pregunta sería: ¿Para qué? ¿Para qué trabajamos, para qué invertimos en desarrollo, para qué hacemos investigación clínica, para qué defendemos la calidad, para qué hacemos reuniones científicas, para que promocionamos problemas en lugar de vender soluciones, para qué hacemos lo que hacemos?

Cada uno tiene una respuesta distinta para estas y otras preguntas, todos quieren ganar y cada uno quiere ganar cosas distintas y en su mayoría no son cuestiones económicas, pero acá somos los protagonistas de un juego en el que tenemos que hacer ganar a un tercero que es el paciente y eso nos une, en lugar de separarnos porque es nuestra principal misión y responsabilidad, cada uno con nuestros roles. Nosotros no jugamos para ser los primeros en el mercado, jugamos para ser los mejores y el mejor a veces tiene que resignar cosas y asumir costos, que pocos quieren tomar porque siempre es más fácil no hacer, no decir o decir lo que se quiere escuchar.

Quizás una utopía sería trabajar en equipo las sociedades, los médicos y las empresas, para que la especialidad llegue donde debería estar y la tasa de tratamientos esté acorde con el nivel de desarrollo de nuestros profesionales, con la potencialidad única de los países emergentes.

El diagnóstico correcto es clave a la hora de tomar decisiones con algún fundamento. A veces nos equivocamos y premisas falsas llevan a conclusiones erradas. Un ejemplo claro se podría dar en la interpretación del gráfico sobre la evolución del mercado de dispositivos a nivel mundial que se muestra en la **Figura 1**.

### ¿Uds. realmente creen que este cuadro refleja nuestra realidad en América Latina o Argentina?

Toda Latinoamérica hace algo así como el 3% del mercado mundial de casi todo, incluidos los dispositivos de Cardiología. En verdad, Argentina, con aproxi-

## BIBLIOGRAFÍA

1. Peter Senge. "La Quinta Disciplina".
2. Registro CONAREC XVI. *Rev Argent Cardiol* 2010;78:228-37.
3. Estudio Multicéntrico Argentino presentado en el Congreso ACC 2011.
4. A. Piombo. Registro de calidad de atención del infarto agudo de miocardio. *Rev SAC* Marzo-Abril 2011; vol 79 N°2:132-38.
5. Hernán C. Doval y Carlos D. Tajer. *Evidencias en Cardiología*. Quinta Edición.
6. Robert Mc Namara. *Once lecciones sobre la guerra*.
7. Cacho Vigil, entrenador de las leonas, equipo de Jockey. *Convención Remax, Mar del Planta* Marzo 2012.

## Evolución del Mercado de los Dispositivos Médicos en Cardiología a nivel Mundial

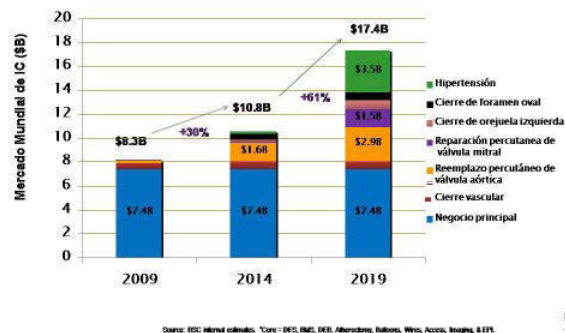


Figura 1.

madamente 600 PTCA × millón, no es comparable a los mercados desarrollados que van de 2000 a 3000 PTCA × millón, y este “no crecimiento” del mercado mundial del tratamiento de la enfermedad coronaria representa nuestra realidad.

Las nuevas tecnologías serán parte importante del futuro de la especialidad, incluso en Argentina, pero también el desarrollo del tratamiento de la enfermedad coronaria es un gran desafío y oportunidad hoy, para nuestro país. ¿Estamos seguros de que América Latina no puede crecer de 500 a 2000 PTCA × millón en lugar de caer de 3000 a 2000 ATC × millón en EE.UU.? No sabemos si podremos multiplicar por 4 la tasa de ATC en los países emergentes, pero de algo estoy seguro y es que vamos a crecer, y no sólo eso, sino que la tasa de crecimiento dependerá de todos nosotros y es hoy es nuestro principal desafío.

Al igual que nuestro país, podemos ser siempre una gran promesa o tener siempre un gran potencial, la realidad dependerá de ver si logramos en algún momento trabajar en equipo cada uno de nosotros y para eso quizás tengamos que volver a la pregunta inicial: ¿Para qué y qué queremos realmente lograr?