

Comentarios sobre el Artículo de Girardi et al: Costes en Cirugía Cardíaca

Paulo R. Benchimol-Barbosa

Hospital Universitário Pedro Ernesto - Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Hospital Central Aristarcho Pessoa; Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Estimado Editor,

Leí con interés el artículo de Girardi et al, en el que los autores analizan el impacto de dos técnicas quirúrgicas sobre los costes hospitalarios relacionados con los procedimientos¹. Por lo que me gustaría felicitar a los autores por la osadía en abordar un asunto controvertido y por la clareza y la objetividad presentadas.

El costeamiento de cirugías de revascularización del miocardio en hospitales acreditados por el Sistema Único de Salud (SUS), ya sea con o sin circulación extracorpórea, parece tener impacto negativo en el número de cirugías electivas realizadas, como es el caso de nuestra institución. Aparentemente, el costeamiento que el convenio (SUS) ofrece no cubre el gasto total del procedimiento, lo que, eventualmente, conlleva la falta de pago de proveedores y contratantes. **La consecuencia inmediata es la limitación del número de cirugías cardíacas llevadas a cabo, con la formación de largas colas de espera. A corto y mediano plazos, posiblemente, son impactantes los desenlaces de los pacientes que aguardan el procedimiento.**

En ese marco, Oliveira et al², en excelente artículo publicado en *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, constataron el elevado coste social relacionado con los procedimientos cardiológicos invasivos (quirúrgico o intervencionistas) realizados en instituciones acreditadas por el SUS en el Estado de Río de Janeiro, entre el 1999 y el 2003, en el que se verificaron la elevada morbilidad intrahospitalaria, muy arriba de los estándares de calidad aceptados.

Teniendo en cuenta los dos aspectos, me parece que la aparente paradoja se completa: **el costeamiento inadecuado los gastos hospitalarios por parte del convenio se refleja directamente en la calidad de los procedimientos y, consecuentemente, en los desenlaces de la internación. ¿Qué hacer? Procedimientos quirúrgicos eficientes, con bajo**

coste intrahospitalario y adecuada eficacia terapéutica tiene posición de protagonista y se deben tener en cuenta en la gestión de cuidados asistenciales. **No obstante, la mejora de los indicadores de calidad en salud, como índices de morbilidad intrahospitalaria, debe precederse de la adecuada gestión de los cuidados asistenciales y del apropiado costeamiento de los procedimientos realizados.**

Saludos cordiales.

Referencias

1. Girardi PB, Hueb W, Nogueira CR, Takiuti ME, Nakano T, Garzillo CL, et al. Comparative costs between myocardial revascularization with or without extracorporeal circulation. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91 (6): 369-76.
2. Oliveira GM, Klein CH, Souza e Silva NA, Godoy PH, Fonseca TM. Ischemic heart disease lethality in the state of Rio de Janeiro between 1999 and 2003. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 86 (2): 131-7.

Respuesta del autor

Estimado Señor,

Recibí el derecho de respuesta del Editor respecto al artículo "Costes comparativos entre la revascularización miocárdica con y sin circulación extracorpórea"¹. Me gustaría agradecerle los comentarios, además de haber coincidido por completo con los comentarios del misivista.

De hecho, nuestro sistema de salud ha estado transformándose en monopolio estatal, en que la gran mayoría de los enfermos es rehén del Sistema Único de Salud (SUS), sin opción cualitativa de elección y sin condiciones económicas para acceso al tratamiento por medio de la salud suplementaria o de los servicios privados.

De esta manera, el SUS se hace la cuenta de que remunera la atención, y los prestadores de asistencia médica se hacen la cuenta de que reciben la remuneración. **Se practica, por otra parte, una atención de la mejor calidad dentro de las condiciones impuestas por el SUS. Las discusiones acerca de la remuneración de la prestación de servicios médicos merecen profundas y sin pasión reflexiones sobre a quién cabe este monopolio y si es la propia sociedad que debe regular esta actividad.**

Lo que no se puede aceptar es este estado de arbitrio entre el Estado y los prestadores de servicios de salud. **De lo contrario, veamos: nuestra investigación, que tuvo por objeto evaluar los costes hospitalarios de un procedimiento de alta**

Palabras clave

Honorarios y precios, costes de cuidados de salud, cirugía torácica.

Correspondencia: Paulo R. Benchimol-Barbosa •

Rua Pompeu Loureiro, 36/702, 22061-000, Rio de Janeiro, RJ - Brasil
E-mail: pbarbosa@cardiol.br

Artículo recibido el 02/12/08; revisado recibido el 05/12/08; aceptado el 05/12/08.

complejidad, solamente abordó situaciones concretas de los precios de ortesis y prótesis, sin tener en cuenta los precios efectivamente pagos por el hospital. **Como ya se sabe, ni siempre los precios remuneran los costes.**

A causa de este monopolio, el SUS practica una remuneración arbitraria y distinta para un mismo procedimiento y a cada hospital. **En nuestro hospital, trabajamos con el régimen de un techo de pago fijo mensual sobre toda la actividad asistencial, independientemente de la cantidad y del tipo de atención practicado.**

Así, cuando realizamos el mayor número de investigación diagnóstica y también terapéutica secuencial que lo límite monetario permite, vamos imponer a la institución un perjuicio adicional sobre lo ya deficiente programa de pagos. Se caracteriza, así, un contrato de riesgo en que el riesgo es solamente de una parte.

En esta línea de raciocinio, vale recordar que las complicaciones operatorias que exigen recursos de alta complejidad, tales como balón intraaórtico y circuito de hemodiálisis, entre otros, no se remunerarán por el SUS.

Otra forma arbitraria de remuneración practicada por el SUS se refiere al pago por cuotas de procedimientos. **Ya se sabe que el SUS remunera un número limitado de exámenes**

o procedimientos para cada hospital, según su capacidad de atención. **Pacientes atendidos con valores superiores a este** o en la presencia de complicaciones del procedimiento no se remunerarán.

Esto sin debatirse un sinnúmero de avances tecnológicos no aceptados por el SUS, que no son, por lo tanto, remunerados. Esta práctica hizo con que el sistema de seguros de salud complementario también no remunerara los procedimientos no pagados por el SUS. **Ejemplo de esto sucede con la implantación de los stents farmacológicos.**

Así, según clasificó el misivista como osadía en nuestro estudio de costes, considero este estudio como la manera simbólica de cuantificarse cuánto cuesta al SUS un determinado procedimiento. **De este modo, quedamos sin saber lo que es coste, lo que es precio, lo que es valor. No frente la sociedad, no frente el paciente, no frente el hospital.**

Whady Hueb

Referencias

1. Girardi PB, Hueb W, Nogueira CR, Takiuti ME, Nakano T, Garzillo CL, et al. Comparative costs between myocardial revascularization with or without extracorporeal circulation. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 91 (6): 369-76.