

ENTREVISTA

“La facoemulsificación ya está totalmente instalada en Latinoamérica”

William de la Peña, uno de los referentes de la cirugía de catarata y segmento anterior de América latina, fue presidente de ALACCSA, dirige cinco clínicas en Los Ángeles y es titular de la Universidad de California.

Fue el primer presidente de la Asociación Latinoamericana de Cirujanos de Catarata, Refractiva y Segmento Anterior (ALACCSA) entre 1991 y 1993. Actualmente el doctor William de la Peña es presidente de la comisión directiva de la asociación, además es el regente —lo que en la Argentina sería el rector— de la Universidad de California y es director médico de las cinco clínicas De la Peña Eye Clinic que tiene en Los Ángeles.

De la Peña es hijo de un mexicano y una estadounidense, nacido en Los Ángeles, y se caracteriza por manejar todos los aspectos de sus clínicas, hasta las promociones publicitarias, en las que participa él mismo. Un aspecto polémico en su política de trabajo es contar con optometristas en sus equipos, aunque asegura que eso no le genera conflictos con la comunidad oftalmológica.

La entrevista se realizó durante su visita a la Argentina con motivo del III Congreso de ALACCSA en el Cono Sur a fines del año pasado.

Desde la fundación de ALACCSA hasta hoy, la cirugía sobretodo de catarata, cada vez está más emparentada con el avance tecnológico y eso implica un aprendizaje nuevo día a día. ¿Cómo ha sido la curva?

ALACCSA ha sido la sociedad pionera en Latinoamérica. Es la primera sociedad internacional de cirugía de catarata y refractiva que se ha formado y en los últimos 15 años hemos

tenido decenas de eventos en los que hemos visitado muchos países, se han hecho congresos internacionales también con cirugía en vivo, *wet labs* y demás actividades donde hemos llevado las técnicas más nuevas de facoemulsificación. Cuando empezamos yo creo que un porcentaje mínimo de Latinoamérica hacía facoemulsificación. Esta institución ha sido un pilar para enseñarla y hoy en día la faco es un procedimiento ya totalmente aceptado e instalado donde un porcentaje elevado de oftalmólogos la practican.

En América latina, donde quizás los recursos son más escasos que en otras regiones, ¿cuáles son las dificultades para poder implementar estos avances?

Obviamente hay ciertos aspectos económicos pero han sido superados porque las clínicas han encontrado que al juntarse pueden adquirir la tecnología que, junto con la mejor eficiencia y los buenos resultados hicieron que los médicos tuvieran más pacientes. Generalmente, a quienes les va mejor son los que han organizado un buen sistema de cirugías.

¿Cualquier oftalmólogo en Estados Unidos puede acceder más fácilmente a un equipamiento de este tipo?

No, no, porque me imagino que los precios son similares. Simplemente en Estados Unidos el entrenamiento empezó antes. Hoy en día más del 90% de las cirugías se hacen con el procedimiento de facoemulsificación. En Lati-



noamérica yo creo que hay muy poca gente que no tiene acceso a este tipo de tecnologías. Debe haber pocos programas de enseñanza que no tengan acceso a la facoemulsificación.

Clínica ocular

¿Cómo debe manejarse un oftalmólogo hoy al frente de una clínica?

Lo primero es que conozca muy bien los costos, del empleado, todos los insumos. Es muy importante. Otra cosa básica es que posea un sistema de computarización. Éste contendrá la base de datos de pacientes que servirá para controlar el universo de historias clínicas que se tiene. También sirve para controlar las cuestiones administrativas, quién debe dinero, quién no, los inventarios para las ópticas, si es que en el país que se trate se pueda tener una óptica.

¿Sigue siendo un negocio poner una clínica oftalmológica?

Yo creo que sí. Viendo todas las especialidades de medicina que hay en Latinoamérica, yo creo que el oftalmólogo, en términos generales, es uno de los que mejor están, porque es una persona independiente que tiene acce-



“Tres puntos rigen una publicidad y son a los que hay que apegarse en Estados Unidos: no decir que eres el mejor, no decir que eres el único y no engañar al paciente.”

so primario a los pacientes, es decir, no dependemos de un internista o de un cardiólogo para que nos envíe un paciente de oftalmología. El paciente que tiene un problema visual acude directamente al oftalmólogo. Tenemos procedimientos de cirugía plástica, tenemos cirugías refractivas para desechar a los anteojos. A mucha gente le ha ido muy bien con esa cirugía. Entonces yo creo que en el continente el oftalmólogo probablemente es al que mejor le va. También es así en Estados Unidos y en Europa.

¿Cómo son los códigos para promocionar los servicios médicos en los medios publicitarios?

Tres puntos rigen una publicidad y son a los que hay que apegarse en Estados Unidos: no decir que eres el mejor, no decir que eres el único y no engañar al paciente, como sería decir que la cirugía de catarata es ciento por ciento exitosa o que con la cirugía refractiva usted puede desechar las lentes. Yo creo que si uno aplica esos tres fundamentos básicos, en cualquier país del mundo esa publicidad será ética.

¿En Estados Unidos se pueden mencionar valores?

Sí, se puede. Yo en lo personal no

hago una guerra de precios o algo por el estilo. En términos generales hago una publicidad informativa.

¿Cómo es su equipo de trabajo?

Tenemos cinco diferentes clínicas en el área de Los Ángeles, la ciudad más extensa del mundo y en cada una de ellas contamos con seis o siete oftalmólogos con diferentes subespecialidades y cinco o seis optometristas. Rotamos por las clínicas y todas las cirugías las canalizamos a un centro quirúrgico propio. Nuestra clientela es básicamente privada.

La Academia Americana tiene una postura en contra de los optometristas. ¿Cómo conviven en Estados Unidos y en las clínicas?

En nuestras clínicas convivo bien porque sus labores son limitadas y nos ayudan. En mi país podemos tener ópticas propias.

¿Dentro de las clínicas?

Dentro de las clínicas. Es un servicio más que nosotros prestamos. En lugar de que el paciente tenga que salir a buscar optometristas. Hay clínicas que no tienen servicios de óptica y reciben pacientes quirúrgicos derivados de optometristas. Allí hay una buena relación. Existen otros casos donde son

competencia. Todavía el optometrista no puede operar en Estados Unidos. Pueden recetar algunos medicamentos pero no operar.

El hecho de que usted trabaje con optometristas en sus clínicas, ¿le genera conflicto con algún sector de la oftalmología?

Con la oftalmología ninguno. Puede crear un conflicto con el optometrista que esté en la vereda de enfrente porque hacemos el mismo trabajo que él. Pero es común en Estados Unidos esa asociación, no se ve mal.

Pero la Academia tiene una posición muy firme en contra de la optometría.

Toman esa posición para aquellos que están buscando introducirse en el terreno estricto de la oftalmología: por ejemplo, los que quieren hacer cirugías u otras cosas; pero si son profesionales que hacen exámenes médicos, reconocen ciertas las patologías y las refieren, no existe allá problema alguno.

¿Cuáles van a ser las próximas reuniones de ALACCSA?

El próximo congreso es en Las Vegas. Estaremos también en España en un congreso conjunto y, por supuesto, vamos a estar en Cancún, en el Congreso de la Panamericana.