

EDGARDO VON EUW: “SIN RACIONALIDAD EN LA INCORPORACIÓN DE TECNOLOGÍA, EL SISTEMA NO TENDRÁ SUSTENTABILIDAD”

Es egresado de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), tiene una amplia trayectoria como médico sanitarista e integra el equipo multidisciplinario del Centro de Evaluación de Tecnología en Salud (Getsa), de la Universidad ISALUD. Su experiencia previa le sirvió para capitalizar aún más su paso por la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, de nuestra Universidad. En esta entrevista, se refiere a los desafíos que se avecinan frente a los avances tecnológicos.

Su abuelo era suizo, de cantón alemán. De su familia paterna salieron casi todos ingenieros, y él estuvo entre las excepciones. Edgardo von Euw fue uno de los pocos descendientes que se dedicó a la medicina, y si en un punto se emparenta al resto de sus congéneres es que se dedicó a la parte dura de los números y de la gestión. A medida que iba avanzando en la carrera se fue dando cuenta que lo suyo era la salud poblacional.

Nacido en la provincia de San Luis, siguió su carrera universitaria y su especialización como médico sanitarista en la Universidad Nacional de Córdoba (UNC); al poco tiempo desarrolló su carrera profesional en Neuquén, donde estuvo casi ocho años, hasta

retornar un tiempo a San Luis y Villa Mercedes, que fue el paso previo a su residencia en la provincia de San Juan. Con ese amplio recorrido, ingresó a la Maestría en Economía y Gestión de la Salud, de ISALUD.

-¿Llegó a la Maestría de ISALUD con una vocación a toda prueba?

-El hecho de haber sido médico generalista y de atención primaria, me permitió estar en contacto con las necesidades básicas de la gente y la preocupación allí no está tanto en la alta complejidad médica sino en la forma de resolver problemas, que muchas veces están relacionados a los condicionamientos educativos de la población. Lo que la experiencia te enseña es que educando a los grupos poblacionales se consigue un fuerte impacto y esto lo fui descubriendo a medida que ejercía mi profesión en el ámbito de la Atención Primaria. Cuando me recibí de médico sanitarista, fui sumando experiencia en dicho campo, junto con las tareas de gestión en distintos lugares del sistema.

-¿Cuánto ha cambiado la salud de los argentinos en los últimos años?

-Hubo cambios hasta estructurales en el perfil de salud de la población, aquí han pasado algunas cosas atribuibles a la población, y otras a la tecnología. Lo primero que estamos viendo es que las enfermedades crónicas



van ganando terreno y a tal punto que hoy la primera causa de mortalidad está representada por las enfermedades crónicas no transmisibles, las cardiovasculares, cánceres, son enfermedades que hoy tienen más prevalencia que antes y esto tiene que ver con el aumento de la expectativa de vida. Junto a estos cambios, también ocurrió un avance de la tecnología y de los costos, que hoy *ponen en riesgo la sustentabilidad de los sistemas de salud* y este es uno de los motivos por los cuales hay movimientos muy fuertes dentro de lo que es la atención de la salud vinculados a la evaluación de la tecnología sanitaria.

-¿Cuál es su experiencia en ISALUD, en relación a este tema?

-Desde el Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Cetsa) hemos conformado un grupo colectivo multidisciplinario y que es la forma en la que uno debe abordar la evaluación de las tecnologías sanitarias. Nuestro enfoque en las evaluaciones, informes y actividades es el de gestión, por lo que siempre se incorporan recomendacio-

Desde el Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Cetsa) hemos conformado un grupo colectivo multidisciplinario y que es la forma en la que uno debe abordar la evaluación de las tecnologías sanitarias.

nes concretas como herramientas de toma de decisiones, adaptadas a la realidad del país. En ese sentido, la disparidad tiene que ver con el acceso a estas nuevas tecnologías, donde parte de la población tiene una cobertura médica que podemos llamar de seguro voluntario, que es el ámbito de la medicina pre-paga, y otra parte tiene una cobertura en el ámbito de las obras sociales, y el resto de la población con una cobertura del sistema público. Y no en todos lados se accede con la misma facilidad a esta tecnología, que muchas veces es de muy alto costo. Y cuando hablamos de tecnología no nos referimos al equipamiento médico solamente, también incluimos a los medicamentos, a las formas de organización en salud, todo esto es tecnología médica y tiene un gran impulso de la industria, por eso el precio, el valor al que llega, no tiene mucho que ver con el costo de producción de esta tecnología, sino que tiene otras connotaciones más ligadas a lo que se propone como objetivo de rentabilidad de los laboratorios o los fabricantes de estas tecnologías, que lo hacen poco sustentable.

-¿Con qué nivel de información se manejan en el sector de la salud?

-El sistema de información de nuestro país tiene muchas dificultades, no es un sistema de información que pueda asegurarnos una estadística confiable, en la cual podamos pararnos y darnos una línea de base, de partida, para que podamos saber cómo vamos evolucionando en los programas. Hay lugares como Buenos Aires donde uno puede encontrar información más sólida, pero globalmente, aunque desde el Ministerio de Salud se hace mucho esfuerzo porque hay programas de centralización de información, como el de estadísticas, tenemos una escasa informatización en el país y no tenemos una cultura de la información muy arraigada, por lo cual cuesta mucho obtenerla. Algunas cosas son poco entendibles, como por ejemplo que las nomenclaturas en la atención médica o la denominación de una prestación médica no tengan una lógica común en todo el país, así es como cada obra social, medicina pre-paga o prestador tiene una forma distinta de denominar las prestaciones.

-¿Cuáles son los desafíos inmediatos?

-Principalmente el desafío que tenemos es el de lograr una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud y en el acceso a la tecnología, este es uno de los temas centrales que tenemos que resolver en el país. Hay grupos poblacionales que acceden a una salud de consumo, donde uno ve consumir las prestaciones médicas como si estuviera en un supermercado y de verdad pasa eso, exigiendo las prestaciones más caras, y de mayor marca, porque en salud tenemos prestaciones de la misma calidad, de la misma efectividad, pero unas tienen más marca que otras, y otros grupos que solo tienen acceso a prestaciones básicas. Esto pasa por el rol del Estado, pero no en el estricto término de la regulación del mercado, de ponerle límites, sino de fijar normas de trabajo claras y que beneficien al conjunto y que no haya grupos poblacionales que tienen acceso a una medicina de primera y grupos poblacionales que tengan acceso a una medicina de *segunda* o *tercera*, o que ni siquiera tengan acceso por su condición social o localización geográfica.

-¿Qué riesgos se corren al no hacer una correcta evaluación de tecnología sanitaria?

-La introducción de la tecnología en salud está provocando un impacto tan alto en los costos que, de no existir alguna racionalidad en la incorporación de tecnología, la salud marcha hacia la *no sustentabilidad del sistema*. Esto no se corrige si no es evaluando cada tecnología antes de tomar la decisión de su incorporación o no a la cobertura del sistema. Hay prestaciones que son muy efectivas, pero son económicamente insostenibles, entonces lo que se evalúa no es solamente la efectividad sino también su impacto presupuestario, esto es lo que estamos queriendo hacer desde el Cetsa. Hay pocos actores en el país que estén trabajando en esta dirección, y nuestro propósito es poder agregar a esta evaluación de la incorporación de tecnologías, una direccionalidad en lo que hace a la formación de los recursos, que sería fundamental. No podemos estar incorporando todo lo último que sale en medicina si ello no agrega una diferencia real e importante a lo que existe,



porque lo que está pasando hoy es que existen tratamientos que la industria nos *vende*, pero son soluciones que en realidad cuestan 50 veces más y representan no más que el 2 o 3 por ciento, como valor agregado a la salud. Otros países han tomado caminos como el de definir un conjunto de prestaciones, establecer necesidades de tecnologías de acuerdo a la patología (par necesidad-tecnología), y lo que se garantiza es lo que hace falta para resolver esa patología, paquete o lo llaman conjunto de prestaciones. En los países limítrofes, están trabajando en esa dirección.

-¿Cuánto le aportó la maestría de ISALUD?

-Yo hice la maestría en Economía y Gestión de la Salud, entre 2005 y 2006, que me fortaleció y amplió las posibilidades de trabajar y gestionar. La economía de la salud no tiene el mismo marco normativo ni la misma lógica que la economía de mercado, es una economía con fallas, hay información asimétrica y riesgo moral presente. La especialidad me brindó el conocimiento necesario del mercado de la salud, la concepción en niveles de gestión (macro, meso y micro), con las particularidades de cada uno y el desafío de adaptación de las herramientas, el enfoque del modelo de atención como una cadena de procesos, la importancia de la gestión clínica en la administración de los recursos, en fin, creo que para quienes tienen la tarea de gestionar en salud, el conocimiento y las herramientas concretas que brinda la especialidad marca una importante diferencia en el logro de sus resultados.

“La economía de la salud no tiene el mismo marco normativo ni la misma lógica que la economía de mercado, es una economía con fallas, hay información asimétrica y riesgo moral presente.”