

Asistencia centrada en el paciente, cómo superar el lema para pasar al hecho. Entre la desigualdad y la inequidad del Sistema de Salud argentino

Patient-Centered Care: Moving Beyond the Slogan to Reality. Between Inequality and Inequity in the Argentine Healthcare System

“Tengamos ideales elevados y pensemos en alcanzar grandes cosas, porque como la vida rebaja siempre y no se logra sino una parte de lo que se ansía, soñando muy alto alcanzaremos mucho más. Para una voluntad firme, nada es imposible, no hay fácil ni difícil; fácil es lo que ya sabemos hacer, difícil, lo que aún no hemos aprendido a hacer bien”

Dr. Bernardo Houssay (primer premio Nobel de Fisiología o Medicina argentino y de Latinoamérica)

Tres cardiólogos del mundo imaginario, Sergio Nonrich, Mirza Ten y Mario Halcón, siguen debatiendo acerca del presente del sistema de Salud. Se preguntan por qué la salud no constituye una prioridad ni para los programas políticos ni para la población. En este aspecto, los médicos observamos la decadencia progresiva del Sistema de Salud, sin un reflejo sostenido que permita encausarlo en la agenda de los diferentes gobiernos nacionales y/o provinciales. Si bien la crisis sanitaria de la pandemia evidenció las carencias de un sistema que clama por una reforma, la clase política continúa postergando un debate genuino. Resulta imperativo replantear un modelo de salud que trascienda los intereses económicos y recupere su esencia fundamental: garantizar la salud como un derecho universal.

Probablemente la cantidad de horas de trabajo destinadas a la asistencia médica, como producto de los magros honorarios, ha sufrido un impacto. El tiempo dedicado a la atención de la salud en la Argentina presenta un deterioro progresivo que no solo afectó los valores de prestación, sino que también incrementó el grado de insatisfacción, con un aumento de la prevalencia de *burnout* en los profesionales de la salud. (1-3)

No existe un plan de prestaciones definido y homogéneo para los distintos hospitales y establecimientos de salud públicos. La oferta de servicios de salud depende de la disponibilidad de personal sanitario (y sus especialidades), equipamiento, insumos y capacidad de atención (por ejemplo, camas disponibles, disponibilidad de turnos, etc.) al momento de concretarse la demanda. Cuando se supera a la oferta, aparecen restricciones al acceso a los servicios de salud. La no existencia de planificación sistémica de la oferta (ni

de su financiamiento) redundando en asimetrías entre las distintas provincias.

La fragmentación y segmentación del sistema de salud argentino no son casuales; se deben a la falta de coordinación histórica entre sus tres pilares (estatal, obras sociales y privado) y a la propia naturaleza federal del país. (Tabla 1) Estas divisiones estructurales han impedido, hasta hoy, una integración eficiente de la atención sanitaria. Según nuestra Constitución, la responsabilidad primaria en materia de regulación, financiamiento, provisión y control de acciones de salud recae sobre las provincias. La coordinación en materia de salud entre Nación, provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se instrumenta mediante el Consejo Federal de Salud (COFESA), aprobado por Ley 22.373, en cuyo marco se articulan las políticas y acciones federales sobre salud en el país. (4)

No se pueden alcanzar soluciones sostenibles en un sistema de salud sino se articulan los modelos de atención, de gestión y de financiación. Nuestro sistema federal (23 provincias y CABA) se caracteriza por estar atomizado, segmentado, descoordinado entre las partes, con falta de estándares de atención, resultados no evaluados o subóptimos, en emergencia sanitaria desde el 2002, con un alto grado de insatisfacción (del paciente, del personal de salud, de los prestadores), desigual en el acceso y la calidad, con problemas de infraestructura y recursos (faltan camas de internación y personal sanitario) y con financiamiento insuficiente (la inversión en salud es baja). (5) Tabla 1. Estimación de la distribución general de la cobertura por tipo de subsistema. 2022/23 (datos proporcionados por *Prosanity Consultant*)



Al abordar las disparidades en la atención médica, es importante reconocer la diferencia entre igualdad y equidad. La igualdad se refiere a la misma prestación de atención para todas las personas y conduce a políticas que garantizan que todos tengan los mismos recursos. La equidad en salud es el estado en el que todas las personas tienen una oportunidad justa y equitativa de alcanzar su máximo nivel de salud. La equidad reconoce que quienes han sufrido exclusión o marginación, tanto actual como histórica, generalmente necesitarán recursos individualizados para abordar las consecuencias de dicha exclusión y marginación. Desde el punto de vista sanitario no podemos reducir al paciente a un cliente con distinta capacidad de cobertura sino que debemos considerarlo un ciudadano con derecho a recibir una atención médica acorde. La equidad considera las barreras, las circunstancias y las condiciones. Por el contrario, la

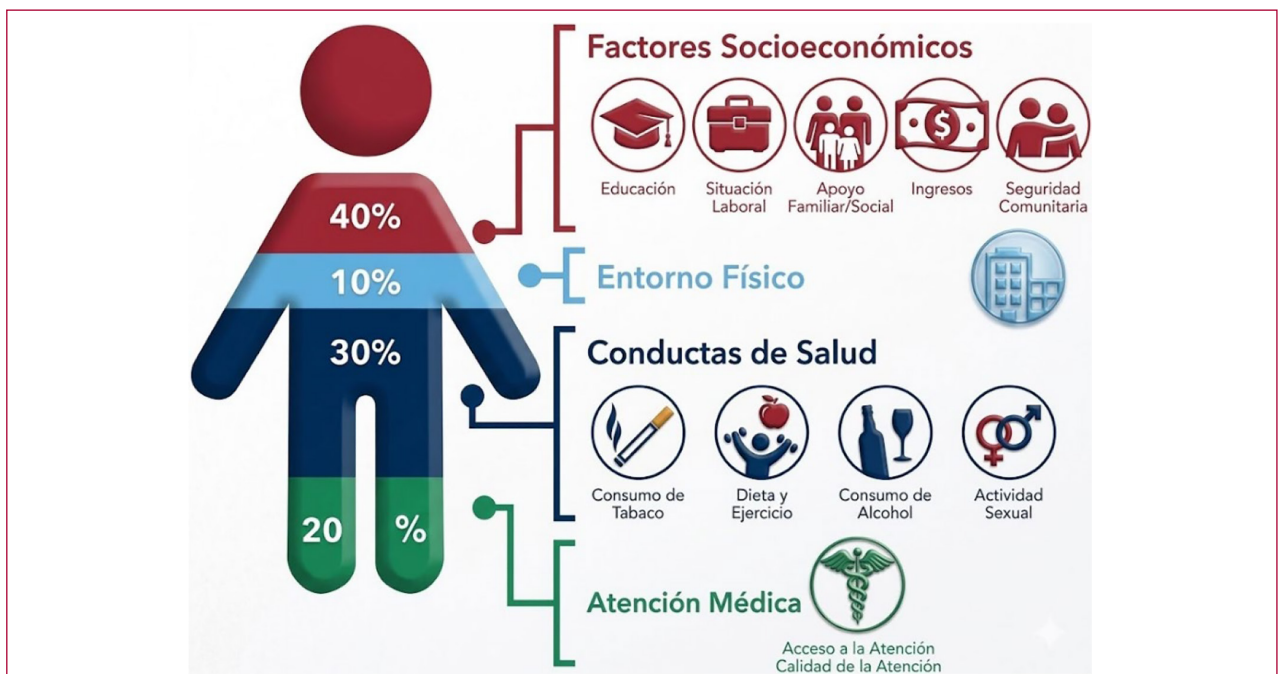
inequidad en salud se refiere a las diferencias innecesarias y evitables, pero que además se consideran injustas. Lograr la equidad requiere eliminar obstáculos a la salud como la pobreza, la discriminación, la impotencia y sus consecuencias, como la falta de acceso a buenos empleos con salarios justos, entornos seguros, educación, vivienda y atención médica de calidad. (6)

Según una encuesta del *Institute for Clinical Systems Improvement*, el 20% de la salud y el bienestar de una persona está relacionado con el acceso a la atención y la calidad de los servicios; sin embargo, el 80% de los resultados de salud están determinados por el entorno físico, los determinantes sociales y los factores conductuales (Figura 1). La consideración de factores socioeconómicos, como la situación laboral, el apoyo social, los ingresos, la seguridad de la comunidad y el entorno físico-ambiental son igualmente importantes

Tabla 1. Estimación de la distribución general de la cobertura por tipo de subsistema. 2022/23 (datos proporcionados por Prosanity Consultant)

Tipo de cobertura	Población cubierta n	Participación %
Subsistema Estatal	16 500 000	36,00
Subsistema de la Seguridad Social (Seguro Social)	27 928 500	60,97
Subsistema Privado	6 321 500	13,57
Total	50 750 000	110,54
Población argentina	45 808 000	100,00
Población con más de una cobertura	4 942 000	10,54

Fig. 1. Determinantes del estado de salud (modificado de Prog Cardiovasc Dis. 2024;82:55-60. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2024.01.005>)



al considerar conductas de salud examinadas de forma más rutinaria, como el consumo de tabaco, la dieta y el ejercicio, el consumo de alcohol y la actividad sexual. (7, 8) En este sentido, la salud es un tema multiparamétrico y complejo asociado a factores sociales, educativos, conductuales que involucra a otros actores que exceden al personal sanitario.

Por otra parte, el sector salud no funciona como un mercado convencional debido a varias razones de peso. Existe un desequilibrio evidente en el acceso a la información y una demanda que, por su naturaleza, no responde a variaciones de precio (inelástica). Dado que ningún usuario puede costear por sí solo una atención integral, el aseguramiento se vuelve indispensable. Si a esto sumamos el impacto de fenómenos externos como las crisis sanitarias, resulta innegable que se requiere un análisis intensivo, mayor integración de los actores y acciones regulatorias, para corregir estas deficiencias estructurales. (9)

La mejora en el acceso y la cobertura universal depende de una regulación estratégica en cuatro áreas críticas: el financiamiento, la formación de recursos humanos, el suministro de fármacos y la incorporación de tecnología. Sin un marco institucional sólido en estos puntos, el derecho a la salud queda desprotegido. Es fundamental: a) promover la formación de un recurso humano de calidad y adecuadamente remunerado; b) asegurar la financiación con auditoría e integración de la gestión, asociado a un programa de evaluación de resultados; c) reestructurar el Programa Médico Obligatorio (PMO); d) integración entre prestadores del sistema, compartiendo información clínica, costos, gastos, y e) trabajar en la creación de la agencia de evaluación de tecnología.

CONCLUSIÓN

Frente a los desafíos del Sistema de Salud, es urgente fortalecer las capacidades de las autoridades para liderar procesos de cambio. La transformación efectiva solo será posible si se construye colectivamente con todos

los actores involucrados (gobernanza), enfocando los esfuerzos en un objetivo común: alcanzar la cobertura y el acceso universal a la salud. La Sociedad Argentina de Cardiología ha decidido contribuir al debate acerca de la situación del personal de salud y del sistema sanitario a través de la creación del Foro de las 24 principales Sociedades Científicas.

Sergio Juan Baratta^{MTSAC} 

Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Calderón JG, Borracci RA, Sökn F, Adriana A, Darú V, Lerman J. Encuesta sobre la calidad de vida profesional de los cardiólogos en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2014;82:389-95. <https://doi.org/10.7775/rac.v82.i5.3346>
2. Ávalos Oddi A, Castillo Costa Y, D Imperio H, Prieto O, Gantesti J, López C, y cols. Encuesta sobre la calidad de vida profesional de los cardiólogos en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2023;91:413-21. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v91.i6.20709>
3. Novielli DS, Pomes Iparraguirre H, Sokn FJ, Kevorkian R, Rapallo C, Caccavo A, et al. Between Vocation and Burnout: Working Conditions, Training, and Career Prospects for Cardiologists in Argentina. *London J Med Health Res* 2026;26:37-44.
4. Maceira D. Obras sociales provinciales en Argentina: organización interna, financiamiento y cobertura. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad; 2002.
5. Cetrángolo O, Devoto F. Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad. Buenos Aires: Centro de Estudios para el Cambio Estructural; 1998.
6. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22:429-45.
7. Vijay A, Yancy CW. Health equity in heart failure. *Prog Cardiovasc Dis.* 2024;82:55-60. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2024.01.005>
8. Macchia A, Mariani JA, Tognoni G. Inflation, Economic Policy Changes, and Access to Essential Drugs by Retirees in Argentina. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2415929. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.15929>
9. World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health (Final Report of the Commission on Social Determinants of Health). Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>