

Tampoco fueron buenas las expectativas sobre el futuro, como indica un estudio de Salazar y cols., (8) donde el 75% de los cardiólogos tuvo una percepción entre regular, mala y muy mala sobre su situación al retiro. Recordemos que “el nivel de satisfacción profesional de los médicos asistenciales constituye un elemento clave para el buen funcionamiento de los sistemas de salud”. (7) Esta consideración es válida para situaciones normales y mucho más, en una pandemia, que requiere mayores esfuerzos, dedicación y compromiso.

Todo el funcionamiento del SS se apoya en el RH en cualquier instancia de atención y prevención: “Más allá de la creciente incorporación de nuevas tecnologías, el saber médico y la relación médico-paciente son pilares de cualquier estrategia sanitaria exitosa”. (9) Podemos entonces decir que las condiciones de trabajo en médicos, enfermeros y otras profesiones en la salud tienen un valor fundamental, y pueden condicionar sus resultados.

Hoy, un médico de planta de 36 h en CABA recibe unos 50 mil pesos en la menor categoría (700 dólares, al cambio oficial); los enfermeros, unos 500 dólares, valores que resultan menores que otros gremios. El dicho “la salud no tiene precio” podría significar que la salud es valiosa o costosa, o los profesionales deberían trabajar “gratis”, lo que marca un cambio de paradigma en la valoración de la profesión, en la que también se observan nuevas tendencias, como una mayor proporción de mujeres en las carreras de Medicina en Argentina; esto ilustra un difícil marco para seguir en pie.

La pandemia de Covid-19 nos enfrenta a nuestras propias realidades y debilidades, en las que se visibilizan problemáticas estructurales en nuestro país (y el mundo). Se pregona que “todo va a ser distinto” en salud. Para ello, es necesario un profundo análisis y discusión de las reglas presentes. Poner claramente el tema “en la agenda pública”; *construir una nueva agenda*. El Estado tiene la autoridad máxima, así como la indelegable función de rectoría.

Nos merecemos pensar en la idea de un sistema único de salud, o un verdadero sistema solidario, con coordinación entre sus partes (públicas y privadas), que aproveche los recursos y brinde oportunidades de acceso a la salud más equitativas, no ajustadas por ingresos y situación laboral, y un hospital público que funcione a pleno y de excelente nivel. Es nuestra *deuda interna* incumplida. La Constitución de 1853 mencionaba el derecho a la salud (“...el bienestar general...”); la reforma del 94 lo confirma. Está escrito.

La pandemia ha puesto a la salud en “primera plana”. La crisis (re) actualiza los problemas estructurales. Jerarquizar el tema y considerarlo “prioritario” es, ante todo, una decisión política, que encontrará intereses contrapuestos de diversos actores que participan del campo de la salud. (5) Implica reconocer la verdadera situación, la plurisegmentación en todos los niveles, las fallas en la coordinación, el uso ineficiente de los recursos y, fundamentalmente, la inequidad del sistema, con enormes diferencias en el acceso a la salud y la

calidad de atención en relación con lugar de residencia, nivel de ingresos y otras variables socio-económicas. *Es nuestra oportunidad de cambio.*

Consideraciones éticas

No aplica

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véase formulario de conflicto de intereses de los autores en la web / Material suplementario).

Adriana Salazar

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) - Sección Cardiología - E-mail: aisalazar32@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Cetrángolo O. y Goldschmit A. (2018) “Organización y financiamiento de la provisión pública de salud en un país federal. El caso argentino”, Serie Documentos de Trabajo del IIEP 24, IIEP UBA CONICET, Buenos Aires, marzo 2018. ISSN 2451-5728. <http://iiep-baires.econ.uba.ar/uploads/publicaciones/447/archivos/1.pdf>
2. Tobar F. El modelo de salud argentino: Historia, características, fallas, F. Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. Observatorio de Recursos Humanos en Salud, Representación OPS/OMS en Argentina, 2001
3. Macchia A, Mariani J, Nul D, Grancelli H, Doval HC. Inequidad social, lugar de residencia y muerte prematura por cualquier causa en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2016;84:114-9. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.v84.i2.8267>.
4. PNUD, CEPAL y OPS. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011: El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Capítulos I, III, IV, V y VI, Buenos Aires, 2011.
5. Chiara M, Di Virgilio MM, Tobar E, Catenazzi A, Moro J, Airovich A. Conceptualizando la gestión social. *Gestión de la Política Social: conceptos y herramientas*, UNGS/Prometeo. 1a. ed. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, 2015. ISBN 978-987-630-198-5. E-Book
6. Análisis de situación de salud República Argentina. Edición 2018. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. ISBN 978-950-38-0271-7.
7. Borracci RA, Calderón JG, Sokn F, Ángel A, Lerman J, Darú V et al. Relación entre el nivel de ingresos y la calidad de vida profesional de los cardiólogos en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2008;76: 352-8.
8. Salazar AI, Boissonnet CP, Sosa Liprandi MI, Boscaró M, Francesia AN, Besmalinovich et al. Expectativas acerca del futuro en una población de cardiólogos argentinos. *Rev Argent Cardiol* 2015; 83:549-55. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v83.i6.7298>
9. Maceira D, Palacios A, Urrutia M, Espinola N, Nieves M. Descentralización y estructura de las remuneraciones médicas en Argentina: Un análisis comparado en cinco jurisdicciones. *Rev Argent Salud Publ* 2017;8:26-32.

REV ARGENT CARDIOL 2020;88:378-380.
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i4.18749>

Vacunación en pacientes con insuficiencia cardíaca en Argentina: resultados del ARGEN-IC. Datos de la realidad lejos de las Guías de práctica clínica

El registro ARGEN-IC es un estudio prospectivo multicéntrico, nacional, que incorporó pacientes con

diagnóstico de insuficiencia cardíaca aguda, en 50 instituciones desde agosto 2018 hasta marzo 2019, con un seguimiento de 12 meses.

Hemos publicado recientemente los datos de 909 pacientes aportados por 74 investigadores de 18 provincias. (1) Se trata de pacientes de pacientes de 72,2 (DS: 14) años, 60,5% de sexo masculino, 33% con antecedentes de diabetes; 26% de etiología isquémico-necrótica. El 77,6% ingreso a unidad de cuidados críticos y la mediana de estadía hospitalaria global fue de 8 días, con una mortalidad global del 7,9%.

Un dato que observamos es el bajo porcentaje de pacientes que habían recibido las vacunas antigripal y anti-neumococo, a pesar de que muchos de ellos tenían indicación por sus antecedentes o factores de riesgo. Solo el 33,3% de la población recibió vacunación contra influenza y 24,6% contra neumococo previo a la internación. El 3% había recibido ambas vacunas. Dentro del grupo de pacientes con antecedentes de insuficiencia cardíaca previa, solamente el 43% había recibido las vacunas.

Existen actualmente recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación (<https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>) sobre las personas que deben recibir estas estrategias de prevención de enfermedades, que han sido asociadas al riesgo de mala evolución en pacientes con insuficiencia cardíaca. (2) El consenso de insuficiencia cardíaca crónica de la Sociedad Argentina de Cardiología hace una fuerte recomendación a favor de la vacunación antigripal y anti-neumococica en pacientes con esta patología. (3) Las personas de más de 65 años y quienes tiene enfermedad pulmonar crónica (EPOC) son una población vulnerable que requiere ambas vacunas. En la tabla se observa el bajo porcentaje de pacientes que se internaron con insuficiencia cardíaca, que habían recibido cada vacuna, a pesar de presentar comorbilidades

También se analizó la relación entre el nivel de vacunación y la cobertura médica. Se observó que no hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de vacunación de acuerdo con la cobertura de salud. Contrariamente, el nivel educativo parece tener alguna relación con la vacunación.

Los datos disponibles actualmente parecen demostrar que la vacunación contra influenza podría reducir la mortalidad cardiovascular. La vacunación puede reducir la incidencia y/o severidad de las infecciones respiratorias y, en consecuencia, disminuir las exacerbaciones, hospitalizaciones y el aumento de costos y morbi-mortalidad. (4,5)

Comorbilidades en las que se indica la vacuna	Porcentaje de pacientes del ARGEN_IC que recibieron vacuna contra Influenza	Porcentaje de pacientes del ARGEN_IC que recibieron vacuna contra neumococo
Edad mayor 65 años	36.7	35.6
DBT (33%)	37%	–
Obesidad (15%)	28%	–
IAM /17%)	36%	–
IC previa (37%)	37%	–
CRM/PCI previa (20%)	34%	–
ACV isquémico (8%)	33%	–
EPOC (14.6%)	43%	–
IRC (18.5%)	50%	34%

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la web/ Material suplementario).

Consideraciones éticas

No aplican

Alberto Fernández[®], Adrián J. Lescano[®],
Alfredo Hirschson Prado

BIBLIOGRAFÍA

- Lescano A, Sorasio G, Soricetti G, Arakaki D, Coronel L, Caceres L, et al. Argentine Registry of Acute Heart Failure (ARGEN-IC). Evaluation of a partial cohort at 30 days. *Rev Argent Cardiol* 2020;88:118-24. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.v88.i2.17201>
- Johnstone J, Loeb M, Teo KK. Influenza vaccination and major adverse vascular events in high-risk patients. *Circulation* 2012;126:278–86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahj.2019.02.009>
- Sociedad Argentina de Cardiología. Área de Consensos y Normas, Consenso de Insuficiencia Cardíaca Crónica. *Rev Argent Cardiol* 2016;84(Supl. 3):1-50
- Bhatt AS, DeVore AD, Hernandez AF, Mentzel RJ. Can Vaccinations Improve Heart Failure Outcomes? *JACC Heart Fail* 2017;5:194-203. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jchf.2016.12.007>
- Clar C, Oseni Z, Flowers N, Keshtkar-Jahromi M, K. Influenza vaccines for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;CD005050. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005050.pub3>

REV ARGENT CARDIOL 2020;88:380-381.
<http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i4.18663>