

ACCESO A LA REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR EN ARGENTINA: ANÁLISIS TERRITORIAL Y ESTRUCTURAL

IVANA PAZ¹, IGNACIO DÁVOLOS², FACUNDO BALSANO³, DIEGO NOVIELLI²,
DIEGO IGLESIAS⁴, ALMUDENA CASTRO CONDE⁵

¹Servicio de Cardiología, Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, ²Servicio de Cardiología, Hospital de Alta Complejidad Cuenca Alta Néstor Kirchner, Buenos Aires, Argentina, ³Servicio de Cardiología, Hospital Carlos G. Durand, Buenos Aires, Argentina ⁴Servicio de Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina ⁵Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Dirección postal: Ignacio Dávalos, Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner, RP6 Km 92,5, 1812 Cañuelas, Buenos Aires, Argentina

E-mail: ignacio.davolos@gmail.com

Recibido: 15-V-2026

Aceptado: 15-IX-2026

Resumen

Introducción: La rehabilitación cardiovascular (RCV) reduce mortalidad, reinternaciones y discapacidad, aunque continúa subutilizada, especialmente en países de ingresos medios. El objetivo fue analizar el acceso a la RCV en Argentina desde una perspectiva territorial y estructural.

Materiales y métodos: Subanálisis del registro nacional RENACER-CV, estudio descriptivo y transversal basado en una encuesta a centros de RCV de Argentina entre julio y agosto de 2025. Se evaluaron distribución geográfica, volumen asistencial, modalidades de financiamiento y barreras de acceso. El análisis fue descriptivo.

Resultados: Participaron 59 centros (tasa de respuesta 81%). El 69% se concentró en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, con escasa representación en noreste (2%) y noroeste argentino (5%). La mayoría se ubicó en ciudades de más de 100 000 habitantes (85%). El volumen anual de pacientes mostró amplia variabilidad (media 278; rango 4–4500). El 54% reportó financiamiento mixto. Las principales barreras fueron la falta de derivación médica (76%), falta de cobertura (44%), dificultades de traslado (41%) y ausencia de centros en la ciudad (36%). Durante la pandemia, el 36% implementó modalidades virtuales y solo el 14% las mantuvo posteriormente.

Conclusión: Los hallazgos evidencian importantes desigualdades geográficas y estructurales en el acceso a la RCV en Argentina. La concentración urbana de

los programas, junto con barreras organizacionales y económicas, podría limitar el acceso equitativo. La baja adopción sostenida de telerrehabilitación representa una oportunidad no aprovechada para ampliar la cobertura.

Palabras clave: rehabilitación cardíaca, accesibilidad a los servicios de salud, prevención secundaria, inequidades en salud, telemedicina

Abstract

Access to cardiac rehabilitation in Argentina: territorial and structural analysis

Introduction: Cardiac rehabilitation (CR) reduces mortality, rehospitalizations, and disability, although it remains underutilized, particularly in middle-income countries. The aim of this study was to analyze access to CR in Argentina from a territorial and structural perspective.

Materials and methods: This was a subanalysis of the RENACER-CV national registry, a descriptive cross-sectional study based on a survey conducted among CR centers in Argentina between July and August 2025. Geographic distribution, patient volume, funding models, and barriers to access were assessed. Descriptive statistics were used for analysis.

Results: Fifty-nine centers participated (response rate 81%). Most centers (69%) were concentrated in the

Autonomous City of Buenos Aires and Buenos Aires Province, with scarce representation in northeastern (2%) and northwestern Argentina (5%). Most centers were located in cities with more than 100,000 inhabitants (85%). Annual patient volume showed wide variability (mean 278; range 4–4500). Mixed funding was reported by 54% of centers. The main barriers identified were lack of medical referral (76%), lack of coverage (44%), transportation difficulties (41%), and absence of local CR centers (36%). During the COVID-19 pandemic, 36% of centers implemented virtual modalities, but only 14% maintained them afterward.

Conclusion: These findings reveal significant geographic and structural inequalities in access to CR in Argentina. The urban concentration of programs, together with organizational and economic barriers, may limit equitable access. The low sustained adoption of telerehabilitation represents a missed opportunity to expand coverage.

Key words: cardiac rehabilitation, health services accessibility, secondary prevention, health inequities, telemedicine

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- La rehabilitación cardiovascular es una intervención efectiva en prevención secundaria, asociada a reducción de mortalidad y reinternaciones. Sin embargo, su disponibilidad y utilización continúan siendo limitadas en países de ingresos medios, con importantes desigualdades geográficas y estructurales en el acceso.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Este subestudio del registro RENACER-CV evidencia una marcada concentración de centros de rehabilitación cardiovascular en grandes áreas urbanas de Argentina y persistentes barreras vinculadas a derivación, cobertura y accesibilidad. Además, muestra una baja adopción sostenida de estrategias de telerehabilitación tras la pandemia de COVID-19.

La rehabilitación cardiovascular (RCV) es una intervención incorporada a las guías y consensos como clase I en el contexto de la prevención

secundaria, con beneficios demostrados en términos de mortalidad cardiovascular, reinternaciones y calidad de vida^{1,2}. La implementación sistemática de programas de RCV se asocia con reducciones significativas en reinternaciones, eventos cardiovasculares mayores y mortalidad –con reducciones relativas cercanas al 20–25%–. Esto se traduce en una disminución del gasto sanitario directo vinculado a hospitalizaciones, procedimientos de alta complejidad y consumo crónico de fármacos^{3,4}. En este sentido, la subutilización de la RCV no solo representa una brecha en la calidad asistencial, sino también una fuente de gasto sanitario y social evitable.

Los programas de RCV constituyen intervenciones multidimensionales orientadas a optimizar el pronóstico cardiovascular a través de un abordaje integral del paciente. Sus componentes centrales incluyen la promoción de actividad física supervisada, la intervención sobre hábitos y estilo de vida, la optimización del tratamiento médico, el control de factores de riesgo cardiovascular y el acompañamiento de dimensiones psicoemocionales y de salud mental^{2,5}. Este enfoque busca no solo reducir eventos cardiovasculares y mortalidad, sino también mejorar la capacidad funcional, la calidad de vida y la reinserción social y laboral de los pacientes.

Más allá de su impacto sobre los costos directos, en países de ingresos medios el mayor beneficio económico se vincula a la reducción de costos indirectos, incluyendo la pérdida de productividad laboral, la necesidad de pensiones por discapacidad y la dependencia funcional a largo plazo^{6,7}. En este contexto, y considerando las restricciones presupuestarias estructurales y la alta carga de enfermedad cardiovascular, la RCV se posiciona como una intervención de alto valor clínico y económico. Lejos de representar un costo adicional, constituye una estrategia costo-efectiva capaz de optimizar la asignación de recursos del sistema de salud⁸.

A pesar de su eficacia, la RCV continúa subutilizada a nivel global, con importantes brechas en su disponibilidad y acceso entre regiones y sistemas de salud^{9–11}. Estas desigualdades son particularmente marcadas en países de ingresos bajos y medios, donde se asocian a limitaciones estructurales, económicas y organizacionales^{12,13}. En América Latina, la disponibilidad de programas es limitada y se concentra en grandes centros urbanos, con barreras adicionales rela-

cionadas con el financiamiento, la derivación y la adherencia^{14,15}. Incluso en contextos con adecuada oferta, las tasas de derivación y participación continúan siendo subóptimas, lo que muestra una brecha persistente entre la evidencia y su implementación en la práctica clínica¹⁶.

Considerando lo anterior, el objetivo de este subestudio del registro RENACER-CV fue analizar la accesibilidad a la RCV en Argentina desde una perspectiva territorial, estructural y de utilización de los programas (evaluado a través del volumen asistencial y modalidades de atención)¹⁷.

Materiales y métodos

Se realizó un análisis secundario del estudio RENACER-CV, un registro nacional, descriptivo y transversal basado en una encuesta estructurada dirigida a centros de RCV de todo el país entre julio y agosto de 2025. Para la identificación de los centros elegibles se tomó como punto de partida el relevamiento nacional realizado por el Consejo de Cardiología del Ejercicio de la Sociedad Argentina de Cardiología en 2019, complementado mediante la consulta a cardiólogos referentes de cada provincia con el objetivo de actualizar y ampliar el listado de instituciones. Se definió como centro de RCV a toda institución pública o privada que declarara ofrecer programas estructurados de RCV basados en ejercicio físico supervisado, con participación de al menos un profesional de la salud y destinados a pacientes con enfermedad cardiovascular en cualquiera de sus fases evolutivas. Inicialmente se priorizó la identificación de centros con dirección o coordinación médica; posteriormente, se amplió el criterio de inclusión para incorporar centros coordinados por profesionales de kinesiólogía u otras disciplinas afines, incluyendo aquellos que desarrollaban exclusivamente programas de fase IV. Mediante esta estrategia se identificaron 73 centros potencialmente elegibles para participar del registro. Dado que la identificación de instituciones se basó en registros previos y en informantes clave provinciales, no puede descartarse la existencia de centros no detectados, especialmente en regiones con menor desarrollo de programas formales de RCV. Asimismo, la inclusión en el registro se basó en el autorreporte de los centros y no implicó la verificación externa de criterios de acreditación ni de estándares internacionales.

Para el presente subanálisis, el acceso a la RCV se definió como un proceso multidimensional que incluye tanto la disponibilidad de servicios como la posibilidad efectiva de su utilización por parte de la población objetivo.

Las barreras para el acceso y la adherencia a los programas de rehabilitación cardiovascular fueron evaluadas

mediante un cuestionario estructurado administrado a los referentes de cada centro participante. El instrumento incluyó una lista predefinida de ocho barreras potenciales, elaborada a partir de la literatura disponible y de la experiencia de expertos en rehabilitación cardiovascular. Se solicitó a los encuestados jerarquizar dichas barreras según su relevancia percibida, asignando un orden de importancia de 1 a 8. Las categorías consideradas fueron: falta de derivación a rehabilitación cardiovascular por parte de los médicos tratantes, distancia o dificultades de traslado al centro, falta de cobertura médica, escasez de horarios disponibles, insuficiente contención de grupos especiales (mujeres, pacientes jóvenes y adultos mayores frágiles), retorno a la actividad laboral, inexistencia de centros de rehabilitación cardiovascular en la ciudad de residencia del paciente y falta de conocimiento sobre la eficacia y seguridad de la rehabilitación cardiovascular por parte del equipo médico. No se incorporaron preguntas abiertas ni se utilizaron metodologías cualitativas formales, como entrevistas en profundidad, grupos focales o análisis temático. En consecuencia, los resultados reflejan la percepción institucional de los referentes de los centros respecto de las principales dificultades para la implementación y utilización de estos programas, y podrían diferir de las barreras reportadas directamente por los pacientes.

Siguiendo marcos conceptuales previos^{18,19}, se evaluaron variables vinculadas a inequidades en el acceso a la RCV, incluyendo la distribución geográfica de los centros, el volumen de pacientes asistidos como aproximación al uso de los programas, los modelos de financiamiento, la disponibilidad de recursos humanos y de distintas modalidades de atención, así como las barreras reportadas para la implementación y el acceso. Estas variables fueron consideradas como aproximación a la accesibilidad potencial a los programas de RCV a nivel nacional, sin evaluar de manera directa el acceso individual o la utilización efectiva.

La tasa de respuesta fue del 80.8% (59/73), dado que 59 centros invitados completaron la encuesta, mientras que 14 no respondieron.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, utilizando frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central, según correspondiera. El análisis se realizó con el software R, versión 4.5.1 (R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria).

Resultados

Se incluyeron 59 centros de RCV. La distribución mostró una marcada concentración de los mismos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

y la provincia de Buenos Aires (69.4%), con representación mínima en regiones como noreste argentino (NEA) (1.7%) y noroeste argentino (NOA) (5%). La mayoría de los centros se ubicó en áreas urbanas de más de 100 000 habitantes (84.7%), mientras que la presencia en localidades de menor tamaño fue limitada (<12% en poblaciones <50 000 habitantes).

Dada la tasa de respuesta, la ausencia de centros de RCV en las provincias de Chubut, San Juan y La Pampa debe interpretarse con cautela, ya que podría reflejar falta de respuesta más que ausencia real de programas (Fig. 1).

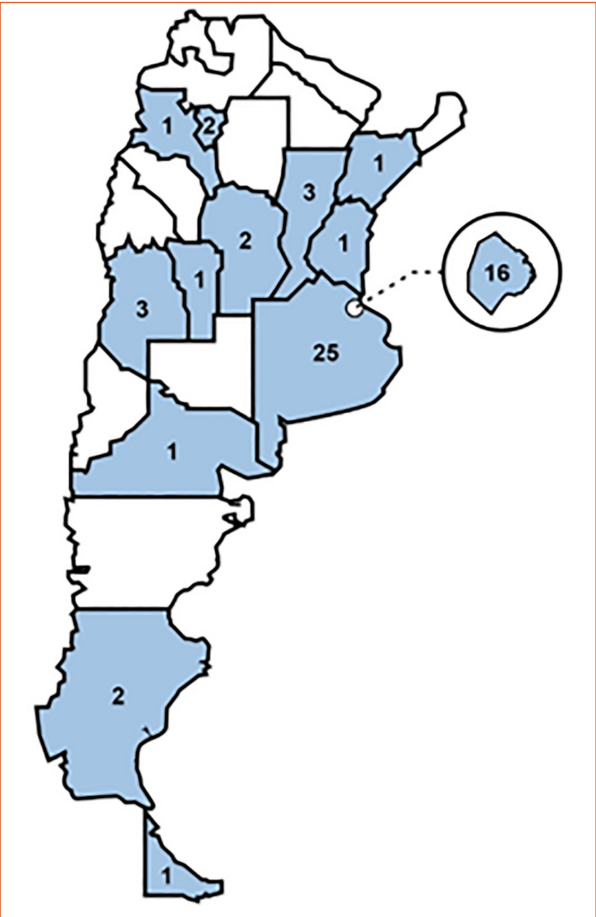
El volumen anual de pacientes presentó una amplia variabilidad (media 278; rango 4-4500), lo que refleja una marcada heterogeneidad en la capacidad operativa y sugiere posible subutilización en un subgrupo de centros.

En relación con el financiamiento, el 54.2% de los centros reportó un modelo mixto. Dentro de este grupo, el 44.0% son centros privados, financiados mediante obras sociales, medicina prepaga y aportes particulares, mientras que el 10.2% corresponde a centros públicos que, además del financiamiento estatal, reciben aportes de obras sociales y prepagas. Además, el 18.6% de los centros depende, exclusivamente, del sistema de salud pública, otro 18.6% recibe, únicamente, aportes particulares de los pacientes; el 5.1% corresponde a instituciones pertenecientes a obras sociales sindicales; y el 3.4% de los centros no aportó información al respecto (Tabla 1).

En la Tabla 2 se resumen las principales barreras para la implementación y el acceso a programas de RCV en Argentina. En conjunto, se observa el predominio de barreras vinculadas a la derivación, la cobertura y el financiamiento, junto con dificultades logísticas y limitaciones en recursos humanos e infraestructura. Estos hallazgos refuerzan la existencia de barreras tanto en la organización del sistema como en el acceso de los pacientes, contribuyendo a la subutilización de la RCV previamente señalada.

Durante la pandemia de COVID-19, el 35.6% de los centros implementó modalidades remotas de RCV; sin embargo, al momento del relevamiento, solo el 13.5% mantenía estas estrategias, lo que evidencia una baja adopción sostenida (Tabla 3).

Figura 1 | Distribución del número de centros de rehabilitación cardiovascular por provincia



Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Villa del parque, Recoleta (3), Parque Chas, Caballito (3), Monserrat, Palermo (4), Balvanera, Belgrano (2); **Provincia de Buenos Aires:** Cañuelas, Ramos Mejía, El Palomar, Lomas de Zamora, Pergamino, Tigre, San Nicolás, Adrogué, Bahía Blanca (2), San Bernardo, Morón, Quilmes, La Matanza, Luján, Chivilcoy, Lanús, La Plata (2), Villa Bosch, Laprida, Ensenada, Berisso, Olavarría, San Justo; **Tucumán:** San Miguel de Tucumán; **Córdoba:** Villa María y Córdoba capital; **Mendoza:** San Rafael; **Santa Fe:** Rafaela, Rosario (2); **Corrientes:** Ciudad de Corrientes; **San Luis:** Merlo; **Catamarca:** San Fernando del Valle de Catamarca; **Tierra del Fuego:** Ushuaia; **Santa Cruz:** El Calafate; **Entre Ríos:** Paraná; **Río Negro:** Bariloche.

Tabla 1 | Modalidades de cobertura de salud en centros de rehabilitación cardiovascular en Argentina

	n	%
Pública	11	18.6
Privada (obras sociales y prepagas)	26	44.6
Obra social exclusivamente	3	5
Mixta	32	54.2
Pagos particulares	11	18.6

Nota: Las categorías no son mutuamente excluyentes; un mismo centro pudo reportar más de una modalidad de cobertura.

Tabla 2 | Barreras para la rehabilitación cardiovascular en Argentina

	n	%
Falta de derivación por parte de colegas	45	76.3
Distancia/traslado al centro de rehabilitación cardiovascular	24	40.7
Falta de cobertura	26	44
Escasez de horarios	14	23.7
Falta de contención de grupos especiales (pacientes: mujeres, jóvenes, tercera edad frágil)	1	1.7
Retorno laboral	1	1.7
Falta de centros en la ciudad	21	35.6
Falta de conocimiento científico por parte del grupo médico sobre la eficacia y seguridad de la RCV	12	20.3

RCV: rehabilitación cardiovascular

Tabla 3 | Modalidades virtuales de rehabilitación cardiovascular en Argentina

	n	%
Centros que realizaron RCV virtual en pandemia	21	35.6
Youtube asincrónico	2	3.4
Youtube sincrónico	2	3.4
Envío de videos por e-mail/WhatsApp	12	20.3
Envío de rutinas por e-mail/WhatsApp	11	18.6
Plataformas digitales	20	33.9
Centros que realizan RCV virtual actualmente	8	13.5

RCV: rehabilitación cardiovascular

Discusión

Los resultados de este subestudio del registro RENACER-CV sugieren la existencia de marcadas desigualdades geográficas y estructurales en el acceso a la RCV en Argentina. La fuerte concentración de centros en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, junto con la escasa representación en regiones como el NEA y NOA, refleja una distribución inequitativa de recursos sanitarios que probablemente condiciona el acceso oportuno a esta intervención. Este patrón es consistente con la organización histórica del sistema de salud argentino, caracterizado por una alta fragmentación y una marcada centralización de servicios especializados en grandes centros urbanos. En este sentido, la ausencia en Argentina de un directorio nacional sistematizado y actualizado de centros de RCV, generado o avalado por sociedades científicas, constituye una limitación estructural adicional. Esta carencia no solo dificulta la identificación exhaustiva de la oferta existente, sino que también restringe

la planificación sanitaria y la articulación de redes asistenciales.

Desde una perspectiva de sistemas de salud, el acceso a la RCV puede entenderse como el resultado de múltiples determinantes interrelacionados, incluyendo factores geográficos, económicos, organizacionales y socioculturales²⁰. La concentración urbana de los centros y su limitada presencia en localidades de menor tamaño evidencian la relevancia de las barreras geográficas, que condicionan la accesibilidad física a los programas. A su vez, la heterogeneidad en el volumen de pacientes sugiere diferencias en la capacidad instalada y en la eficiencia de utilización, posiblemente vinculadas a limitaciones en la derivación, baja adherencia o escaso conocimiento por parte de pacientes y profesionales.

Estos hallazgos pueden interpretarse a la luz de modelos conceptuales ampliamente utilizados para analizar el acceso a los servicios de salud, como el modelo de Ronald Andersen y el marco centrado en el paciente propuesto por Jean-Frédéric Levesque, que integran dimensio-

nes de oferta y demanda en la utilización efectiva de servicios^{21,22}.

Un aspecto central que subyace a las desigualdades observadas es la limitada instalación de la RCV como una prioridad dentro de la agenda sanitaria. A diferencia de otras condiciones cardiovasculares tiempo-dependientes, como el infarto agudo de miocardio o el accidente cerebrovascular, donde se han desarrollado redes asistenciales organizadas y protocolos bien establecidos, el período post-evento cardiovascular carece de una estructuración equivalente. Esta asimetría refleja una visión fragmentada del continuo de cuidados, en la cual la fase aguda ha sido jerarquizada, mientras que la prevención secundaria –y en particular la RCV– permanece subrepresentada en términos de planificación, financiamiento y organización.

En este escenario, la ausencia de una línea de cuidado formalmente establecida constituye un determinante crítico. La derivación a programas de RCV suele depender de la iniciativa individual de los profesionales tratantes, más que de mecanismos sistematizados e institucionalizados. Esta lógica introduce una variabilidad significativa en el acceso y contribuye a reproducir inequidades, incluso cuando los servicios están disponibles.

Mientras la derivación continúe dependiendo de decisiones individuales, su impacto poblacional seguirá siendo necesariamente limitado^{15,16}. Esta brecha entre evidencia y práctica refleja el denominado *Know-Do Gap*, ampliamente descrito en la ciencia de la implementación^{23,24}.

La falta de institucionalización de la RCV como etapa integrada dentro del continuo de cuidados cardiovasculares se traduce en una débil articulación entre niveles asistenciales. En particular, la limitada vinculación entre centros con internación y programas de RCV podría interrumpir la continuidad asistencial en una etapa crítica del proceso de recuperación. En este sentido, evaluar el grado de integración estructural entre estos niveles podría aportar información clave sobre las barreras organizacionales que condicionan el acceso efectivo.

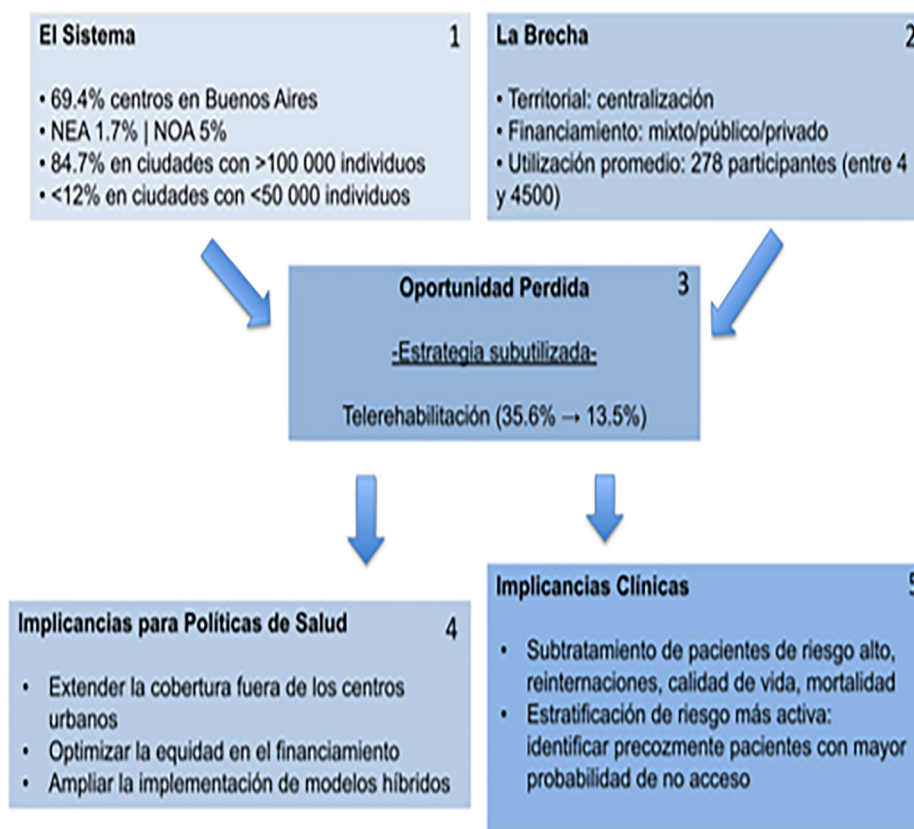
En relación con los modelos de financiamiento, la predominancia de esquemas mixtos y la proporción de centros dependientes del sistema público o del financiamiento directo por parte de los pacientes ponen de manifiesto barreras eco-

nómicas relevantes. Estas limitaciones podrían restringir el acceso equitativo, especialmente en poblaciones con menor cobertura o capacidad de pago. Este fenómeno se alinea con la ley de cuidados inversos descrita por Julian Tudor Hart, según la cual la disponibilidad de servicios tiende a ser menor en las poblaciones con mayor necesidad²⁵.

Desde una perspectiva socioeconómica, el impacto de la RCV trasciende el sistema de salud. La enfermedad cardiovascular constituye la principal causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD/DALYs) a nivel global, y la rehabilitación cardiovascular puede contribuir a reducir la progresión hacia estados de discapacidad y dependencia funcional. Esto tiene implicancias relevantes en términos de costos indirectos, al disminuir la necesidad de certificaciones de discapacidad, pensiones no contributivas y asistencia social sostenida. En este sentido, su implementación podría traducirse en una reducción del gasto estatal destinado a políticas de sostén económico de personas con discapacidad, como ha sido señalado en análisis provenientes del contexto europeo²⁶.

Un hallazgo relevante es la baja adopción sostenida de modalidades remotas de rehabilitación cardiovascular (incluyendo telerrehabilitación). Si bien más de un tercio de los centros implementó estas estrategias durante la pandemia de COVID-19, solo una minoría las mantuvo en el tiempo. Esto sugiere que, pese a la factibilidad demostrada durante la emergencia sanitaria, persisten barreras para su incorporación sistemática. Considerando la evidencia creciente sobre su efectividad, estas modalidades representan una oportunidad no aprovechada para ampliar la cobertura, particularmente en regiones con escasa disponibilidad de programas presenciales^{2,27,28}.

Estos hallazgos adquieren especial relevancia en el contexto de América Latina, donde diversos estudios han documentado una disponibilidad limitada y una distribución inequitativa de programas de RCV, con fuerte concentración en áreas urbanas y en el subsector privado. En la región, la fragmentación de los sistemas de salud, la limitada financiación específica y las barreras socioeconómicas contribuyen a una baja tasa de derivación y participación^{14,15}. En este sentido, la situación observada en Argentina refleja un patrón regional más amplio (Fig. 2).

Figura 2 | Desigualdades en el acceso a la rehabilitación cardiovascular en Argentina[

NOA: *noroeste argentino*

Asimismo, la evidencia internacional resulta ilustrativa para interpretar nuestros hallazgos. Las innovaciones recientes como la telerrehabilitación integrada al continuo de prevención cardiometabólica, han demostrado mejorar tanto la adherencia como los resultados clínicos, y, además, ser al menos equivalentes a los programas presenciales en términos de capacidad funcional, control de factores de riesgo y calidad de vida, con la ventaja adicional de ampliar el acceso, especialmente en poblaciones con barreras para la participación presencial^{29,30}.

A pesar de esto, la subutilización de la RCV es una realidad persistente, incluso en países de altos ingresos. Las desigualdades observadas pueden interpretarse como parte de un fenómeno global en el que múltiples determinantes –incluyendo la organización del sistema de salud y la ausencia de trayectorias asistenciales estructuradas– limitan el acceso a una intervención altamente costo-efectiva^{31,32}. En este marco, la

integración efectiva de la RCV en los sistemas de salud no solo representa una mejora en la calidad asistencial, sino también una estrategia clave para optimizar resultados clínicos y eficiencia sanitaria.

Este estudio presenta limitaciones. Su diseño transversal basado en una encuesta impide establecer relaciones causales y puede estar sujeto a sesgos de información. La falta de respuesta de algunos centros podría haber afectado la representatividad, especialmente a nivel regional. Además, las variables analizadas reflejan accesibilidad potencial, sin evaluar acceso individual, derivación ni adherencia. Finalmente, la información se basa en el autorreporte de los centros participantes.

En conclusión, este subestudio del registro RENACER-CV evidencia profundas desigualdades en el acceso a la RCV en nuestro país, reflejadas en una marcada concentración geográfica de los programas, heterogeneidad en la capacidad operativa y persistentes barreras estruc-

turales vinculadas al financiamiento. La baja adopción sostenida de estrategias de telerrehabilitación pone de manifiesto una oportunidad crítica no aprovechada para ampliar la cobertura, particularmente en regiones históricamente desatendidas. Estos hallazgos se inscriben en un patrón más amplio de inequidades en el acceso a la RCV observado en América Latina y otros entornos de ingresos bajos y medios, donde la fragmentación de los sistemas de salud y las limitaciones en el financiamiento condicionan la implementación efectiva de intervenciones costo-efectivas en prevención secundaria.

Frente a esta realidad, la expansión de la RCV requiere un abordaje sistémico que priorice la equidad en salud, mediante políticas públicas orientadas a la redistribución territorial de recursos, la garantía de cobertura financiera y la integración de modelos innovadores, incluyendo la telerrehabilitación y esquemas híbridos de atención. En sistemas fragmentados como el argentino, donde la RCV se encuentra nominalmente incluida en el Programa Médico Obligatorio, pero carece de una definición operativa clara en términos de duración, intensidad y continuidad, la ausencia de cobertura efectiva podría estar contribuyendo a perpetuar un modelo de atención centrado en la enfermedad y la discapacidad, en lugar de la recuperación funcional y la reinserción social.

Desde esta perspectiva, la expansión de la RCV no debería ser interpretada exclusivamente como una inversión en salud, sino como una estrategia de optimización del gasto público, con potencial para reducir la carga económica asociada a la discapacidad cardiovascular y sus comorbilidades, particularmente en población

en edad productiva. Desde una perspectiva de salud pública, no garantizar el acceso equitativo a la RCV no constituye una estrategia de ahorro, sino que contribuye a sostener un modelo sanitario ineficiente basado en la enfermedad, la discapacidad y el gasto evitable. La reducción de estas brechas no solo constituye una prioridad sanitaria a nivel nacional, sino también un imperativo de salud global para maximizar el impacto poblacional de la RCV y reducir la carga de enfermedad cardiovascular.

Agradecimientos: Expresamos nuestro profundo agradecimiento a todos los programas y equipos de rehabilitación cardiovascular de Argentina que participaron en el registro RENACER-CV.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Investigadores colaboradores del Grupo de Trabajo RENACER-CV:

Mabel García Dianda; Jorge Giordano; Daniel B. Olivieri; Felipe D. Olivieri; Tabatha Rivas Giovannini; Flavia Améndola; Cecilia Inés Reyna; Esteban Mendioroz; Soledad Lucena; Bruno Bocci; Sofía Dean; Leonardo Dángelo; Juan Manuel López; Tomás Materan; Graciela Bríón Barreiro; Roberto Peidro; Sergio Mauro; Esteban de Mingo; Enrique González Naya; Julieta Iglesias; Pablo Pelegri; Osvaldo Jarast; Miguel Resnik; Diego Alarcón; Juan Ignacio Corte; Maricel Cillo; Federico Villamayor; Roque Daniel González; Julieta Lardies; Alberto Marani; Soraya Kerbage; Adrián Hrabar; Alberto Fernández; Martín Bruzzese; Carolina Díaz Fucilli; Juan Guevara; Walter Rosales; Ana Chiesa; Fernando Oyarzún; Emilia Olguin; Verónica Heredia; María Emilia Saavedra; Rodrigo De la Faba; Melina Gallardo; Daniel Ferreiro; Nicolás Chichizola; Pía Maturano; Luis Zárate; German Fido; Hernán Alvarenga; Ana Grassani; Alejandro Amarilla; Fabiola Lapigna; Florencia Fernández; Gonzalo Veiga; Alejandro Serra Lynch; Christian Mastantuono; Leonardo Pilon; Mildren Del Sueldo; Daniel Núñez; José Robles; Mariela Ricciardelli; Noemí Saldeña; Gustavo Giunta; Natalia Salcedo; Mercedes Abregú.

Bibliografía

1. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2016; 67: 1-12.
2. Thomas RJ, Beatty AL, Beckie TM, et al. Home-based cardiac rehabilitation: a scientific statement from the American Heart Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology. *Circulation* 2019; 140: e69-e89.
3. Lawler PR, Filion KB, Eisenberg MJ. Efficacy of exercise-based cardiac rehabilitation post-myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am Heart J* 2011; 162: 571-84.
4. Dalal HM, Doherty P, Taylor RS. Cardiac rehabilitation. *BMJ* 2015; 351: h5000.
5. Brown TM, Pack QR, Bereggi EA, et al. Core components of cardiac rehabilitation programs: 2024 update: a scientific statement from the American Heart Association and the American Association

- of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: endorsed by the American College of Cardiology. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2025;45: E6-E25.
6. Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum 2011.
 7. Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med* 2004; 46: 398-412.
 8. Shields GE, Wells A, Doherty P, Heagerty A, Buck D, Davies LM. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Heart* 2018; 104: 1403-10.
 9. Turk-Adawi K, Supervia M, Lopez-Jimenez F, et al. Cardiac rehabilitation availability and density around the globe. *EClinicalMedicine* 2019; 13: 31-45.
 10. Supervia M, Turk-Adawi K, Lopez-Jimenez F, et al. Nature of cardiac rehabilitation around the globe. *EClinicalMedicine* 2019; 13: 46-56.
 11. Suaya JA, Shepard DS, Normand SLT, Ades PA, Prottas J, Stason WB. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. *Circulation* 2007; 116: 1653-62.
 12. Pesah E, Turk-Adawi K, Supervia M, et al. Cardiac rehabilitation delivery in low/middle-income countries. *Heart* 2019; 105: 1806-12.
 13. World Health Organization. Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report. Geneva: WHO; 2021.
 14. Britto RR, Supervia M, Turk-Adawi K, et al. Cardiac rehabilitation availability and delivery in Latin America: a cross-sectional study. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2019; 39: E7-E13.
 15. Grace SL, Turk-Adawi KI, Contractor A, et al. Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings: An International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation consensus statement. *Prog Cardiovasc Dis* 2016; 59: 303-22.
 16. Lopez-Jimenez F, Thomas RJ, Balady GJ, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2019 update (adapted and implemented in Latin America). *Rev Esp Cardiol* 2020; 73: 843-52.
 17. Dávalos I, Paz I, Balsano F, et al. RENACER-CV: Registro Nacional de Centros de Rehabilitación Cardiovascular en Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2026; 94: 116-23.
 18. Comes Y, Solitario R, Garbus P, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones* 2007; 14: 201-9.
 19. Solitario R, Comes Y, Garbus P, Mauro M, Stolkiner A. Accesibilidad al sistema de salud de una población de adultos mayores: una experiencia participativa en investigación en sistemas y servicios de salud. *Rev Asoc Med Bahía Blanca* 2006; 16: 97-102.
 20. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981; 19: 127-40.
 21. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013; 12: 18.
 22. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36: 1-10.
 23. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225-30.
 24. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implement Sci* 2006; 1: 1.
 25. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405-12.
 26. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Cardiovascular disease and economic burden. Paris: OECD; 2019.
 27. Ramachandran HJ, Jiang Y, Tam WWS, Yeo TJ, Wang W. Effectiveness of home-based cardiac telerehabilitation as an alternative to phase 2 cardiac rehabilitation of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol* 2022; 29: 1017-43.
 28. Neubeck L, Lowres N, Benjamin EJ, Freedman SB, Coorey G, Redfern J. The mobile revolution: using smartphone apps to prevent cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol* 2015; 12: 350-60.
 29. Houben V, Rikken AOF, Castro Conde A, et al. Participation in cardiac telerehabilitation. *Eur J Prev Cardiol* 2022; 29(Suppl 1): i363-i4.
 30. Severo Sanchez A, Rivero Santana B, Arbas Redondo E, et al. Impact of an online cardiac rehabilitation program after an acute coronary syndrome during SARS-CoV-2 pandemic. *Eur J Prev Cardiol* 2021; 28(Suppl 1): zwab061.331.
 31. Bugiardini R, Manfrini O, Cenko E. Unequal access to cardiovascular care: learning from European experience. *Eur Heart J* 2026; 47: 1757-9.
 32. Bugiardini R. Tackling cardiovascular health inequalities in European countries. *Lancet Reg Health Eur* 2023; 33: 100730.