

## Revisión narrativa

# Situación de la medicina física y rehabilitación en Argentina

## Situation of physical medicine and rehabilitation in Argentina

 Verónica Silvana Matassa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Máster en Principles and Practice of Scoliosis Conservative Treatment, Instituto Científico Italiano de la Columna Vertebral, Buenos Aires, Argentina.

### Resumen

La formación en medicina física y rehabilitación en Argentina se inició entre los años cincuenta y cuarenta, y su registro formal en el Ministerio de Salud Pública como especialidad se llevó a cabo en los años sesenta.

Los centros de formación en medicina física y rehabilitación en un comienzo fueron instituciones privadas y públicas del ámbito asistencial y posteriormente los títulos de especialista empezaron a ser otorgados por los colegios médicos y por las universidades. Actualmente es posible acceder al título de especialista por medio de residencias, concurrencias y cursos superiores universitarios. Respecto al pregrado, la mayor parte de las facultades de medicina del país carecen de la asignatura Rehabilitación dentro del plan de estudios como materia obligatoria, siendo la excepción y no la regla.

En cuanto a los servicios de rehabilitación, en la mayoría del territorio argentino existe algún tipo de servicio público o privado ambulatorio; sin embargo, hay pocos servicios especializados monovalentes con internación y los que existen se encuentran concentrados en algunas zonas del país. Referente a la producción de artículos de investigación, es escasa por múltiples razones.

**Palabras clave.** Medicina física y rehabilitación, América Latina, especialización, accesibilidad a los servicios de salud, certificación, Argentina.



### Abstract

Training in physical medical and rehabilitation in Argentina started between the 1940s and 1950s, and its formal registration in the Ministry of Public Health as a specialty took place in the 1960s.

The training centers in physical medicine and rehabilitation were initially private and public institutions in the health care setting, and later, the specialist titles began to be granted by the medical colleges and universities. Currently, it is possible to access the title of specialist through residencies, attendances and university advanced courses. Regarding the undergraduate level, most of the medical schools in the country lack the Rehabilitation subject within the curriculum as a compulsory subject, being the exception rather than the rule.

As for the rehabilitation services, in most of the Argentine territory there is some type of public or private outpatient service; however, there are few monovalent specialized inpatient services and those that exist are concentrated in some areas of the country. Regarding the production of research articles, it is scarce for multiple reasons.

**Keywords.** Physical medicine and Rehabilitation, Latin America, specialization, health services accessibility, certification, Argentina.



**Citación:** Matassa VS. Situación de la medicina física y rehabilitación en Argentina. Rev Col Med Fis Rehab. 2023;33 (Suppl.):249-260. <http://doi.org/10.28957/rcmfr.406>

**Correspondencia.** Verónica Silvana Matassa. Correo electrónico: [draveronicamatassa@gmail.com](mailto:draveronicamatassa@gmail.com).

**Recibido.** 17.10.23. - **Aceptado.** 3-12.23. **Publicado:** 27.12.23.

**ISSN impreso.** 0121-0041. **ISSN electrónico.** 2256-5655.

## Introducción

En Argentina, las primeras instituciones de rehabilitación surgieron entre los años cuarenta y cincuenta a partir de sociedades de beneficencia y de iniciativas privadas, y estas se crearon principalmente en respuesta a las consecuencias de la poliomielitis<sup>1,3</sup>.

En 1949 se fundó la Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación (SAMFYR), siendo esta la más antigua de las sociedades científicas de medicina física y rehabilitación (MFR) de América Latina<sup>4,5</sup>. A principio de los años cincuenta comenzó a utilizarse el término "rehabilitación integral" para abarcar el conjunto de actividades de asistencia a los lisiados; así, la rehabilitación se profesionalizó, no quedando restringida al ámbito médico<sup>1</sup>.

La formación en MFR como residencia médica para la obtención del título de especialista se formalizó en Argentina durante los años sesenta con el reconocimiento de esta especialidad por parte del Ministerio de Salud de la Nación. De este modo, en 1969 se creó la primera residencia médica de la especialidad<sup>4</sup>.

La especialidad de MFR ha ido creciendo en el país al igual que los lugares de formación, pasando así de 0,6 fisiatras por cada 100.000 habitantes en 2010<sup>5</sup>, a 1 fisiatra por cada 100.000 habitantes en 2016<sup>4</sup> y 1,2 fisiatras por cada 100.000 habitantes en la actualidad<sup>6</sup>. Sin embargo, el número de especialistas sigue siendo insuficiente para las necesidades y requerimientos de la población argentina, sobre todo porque la demanda de los servicios de rehabilitación va en aumento<sup>7</sup>.

## Prestación de servicios de MFR en Argentina

Como ya se mencionó, la prestación de servicios de rehabilitación en Argentina empezó en los años 40.

Testa<sup>8</sup> refiere que, con el objetivo de reducir y evitar la "invalidez", la kinesiología se consolidó como una especialidad que había logrado un relativo desarrollo en el medio local: en 1934 se creó la Asociación Médica de Kinesiología, la cual fundó en 1937 la Escuela Argentina de Kinesiología, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires; en 1949 esta

asociación pasó a constituirse como la SAMFYR. Testa<sup>8</sup> también resalta que la utilización del término rehabilitación en el título de la asociación evidencia el grado de aceptación relativo a ese conjunto de ideas y prácticas manifestado en escenarios latinoamericanos por parte de la comunidad médica luego de la Segunda Guerra Mundial.

En relación a lo anterior, y para entender el carácter mixto de las prestaciones de servicios de fisioterapia en Argentina (pública y privada), hay que tener en cuenta los inicios de las mismas. Cabe destacar que las primeras prestaciones de servicios de MFR se hicieron en 1943 desde el ámbito privado de instituciones como la Asociación para la Lucha Contra la Parálisis Infantil (ALPI), que canalizó sus esfuerzos en la necesidad de encontrar soluciones a los efectos posteriores de la poliomielitis<sup>2</sup>.

El incremento de casos de infectados con el virus de la poliomielitis entre 1953 y 1955 provocó la necesidad de impulsar la creación de centros de rehabilitación de orientación integral. Los centros que surgieron a mediados del siglo XX y que no fueron filiales de la ALPI se crearon a partir de la idea de que debían ser considerados como empresas, tal como lo plantea Torre (citado por Álvarez<sup>3</sup>), "Con todas sus operaciones técnicas, comerciales, financieras, de seguridad, de contabilidad y administrativa, siendo el objetivo de esta empresa capacitar al lisiado para integrarlo o reintegrarlo a la comunidad", pero además, según Tesone (también citado por Álvarez<sup>3</sup>), en estos centros se pensaba que "la rehabilitación no podía pensarse en 'términos de beneficencia', sino como una responsabilidad 'ineludible e impostergable' de los gobiernos los cuales debían aceptar la 'colaboración privada'".

Álvarez<sup>3</sup> también refiere que para esa época, las ideas de Torre y Tesone ya habían comenzado a permear las políticas gubernamentales y la prestación de servicios de rehabilitación integral podía ser pública, privada o, incluso, tener un carácter mixto. Tal es así que como parte de las acciones de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (1956), dependiente del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, se creó el primer centro oficial de ese tipo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el cual posteriormente se transformó en Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado<sup>3</sup>.

La Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado, tal como lo indica Testa<sup>2</sup>, estaba compuesta por nueve integrantes honorarios que habían sido designados por el Poder Ejecutivo a propuesta del Ministerio de Acción Social y Salud Pública (de los cuales cuatro eran representantes de asociaciones civiles especializadas en rehabilitación); tenía un departamento de administración propio que estaba a cargo de su gestión financiera, y fue la primera estructura estatal de carácter mixto constituida para dar respuesta a la necesidad de fortalecer los procesos de atención en rehabilitación<sup>3,9</sup>.

Durante este periodo, en la provincia de Buenos Aires también surgieron varios centros de rehabilitación integral, como la Asociación de Rehabilitación para Niños Lisiados (ARENIL), que se inauguró en Morón en 1956; el Centro Privado de Rehabilitación del Lisiado (CEPRIL), que se inauguró en Nueve de Julio en 1957; el Centro Olavariense de Rehabilitación de la Parálisis Infantil (CORPI), que se inauguró en Olavarría en 1957, y el Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (CERENIL), que se inauguró en Mar del Plata en 1958, aunque este último ya se había creado como asociación civil en 1952. Del mismo modo, se crearon las 12 nuevas filiales de la ALPI, las cuales se inauguraron entre 1956 y 1961 en distintas provincias del país<sup>3,9</sup>.

El Instituto de Rehabilitación Integral IREL, creado en 1956 en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, fue el primer centro de alta complejidad especializado en la rehabilitación de la poliomielitis y en otras afecciones del aparato locomotor. Su puesta en marcha constituyó un modelo de organización a seguir y se convirtió, junto con las organizaciones privadas ALPI y CERENIL, en uno de los centros de referencia en lo relativo a rehabilitación motriz y formación de recursos humanos<sup>3,9</sup>.

La accesibilidad de las prestaciones de servicios de salud en Argentina es de carácter universal y los procesos de adquisición de derechos a estas se fueron afianzando con el tiempo. Fue así como en 1981 se sancionó la Ley 22.431<sup>10</sup> de Protección Integral para los Discapacitados, que abarca varios aspectos en materia de discapacidad, como concepto, clasificación, servicio de asistencia y prevención. Por medio del decreto 1101 de 1987<sup>11</sup> se creó la actual Comisión Nacional Asesora para la Integración

de Personas con Discapacidad (CONADIS). Diez años después se sancionó la Ley 24.901<sup>12</sup> sobre el Sistema de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, que instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

De esta manera, en Argentina las entidades de salud están obligadas por la normativa nacional a cubrir todas las prestaciones básicas que necesiten las personas con discapacidad, incluyendo las prestaciones vinculadas con la salud y las prestaciones de apoyo a la educación en la escuela común, con lo cual se impone la cobertura integral a estos requerimientos, a cargo de las obras sociales y prepagas, sin perjuicio de la responsabilidad subsidiaria que recae en el Estado.

Los inicios de las prestaciones de servicios de rehabilitación en Argentina, como ya se mencionó, fueron tanto públicos como privados y en la actualidad se identifican dos categorías prestacionales, la de instituciones monovalentes, que son aquellas dedicadas exclusivamente a la rehabilitación, y la de instituciones polivalentes, que son aquellas que junto con otros servicios ofrecen servicios de rehabilitación.

En la actualidad, en Argentina existen varios hospitales e instituciones públicas monovalentes de modalidad internación y/o ambulatoria, dentro de los cuales se encuentran el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca y el Instituto de Rehabilitación Psicofísica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; el Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación "Dr. José María Jorge", el Hospital Zonal de Rehabilitación El Dique, el Centro de Rehabilitación Jorge Barracchia, el Instituto de Rehabilitación Psicofísica de la Municipalidad de San Martín, el Complejo de Rehabilitación Psicofísica y Salud Mental Pichon Riviere de San Martín y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur "Dr. Juan Otimio Tesone" en la Provincia de Buenos Aires; el Hospital de Rehabilitación Integral Dr. Vera Candiotti en Santa Fe; el Centro de Rehabilitación Sierra Chica de Unquillo en Córdoba; el Centro Provincial de Rehabilitación Villaguay en

Entre Ríos, y el Centro de Rehabilitación Física Provincial de Salta en la provincia de Salta.

La mayoría de los servicios de rehabilitación psicofísica públicos se encuentran como servicios de rehabilitación dentro de hospitales o instituciones de detención de pacientes agudos, por ejemplo el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, el Hospital Zonal de Esquel (Chubut), el Hospital Zonal Ramón Carrillo de San Carlos de Bariloche (Río Negro), el Hospital Regional de Ushuaia (Tierra del Fuego), el Hospital Presidente Nicolás Avellaneda (Tucumán), el Hospital de Agudos Ramón Madariaga (Misiones), el Hospital Nuestra Señora de la Misericordia (Córdoba), el Hospital Pediátrico del Niño Jesús (Córdoba), el Hospital de Niños (Córdoba), el Hospital Aurelio Crespo (Cruz del Eje, Córdoba), el Hospital Regional Pasteur (Villa María, Córdoba), el Hospital Regional Ramón J. Cárcamo (Laboulaye, Córdoba), el Hospital San Antonio De Padua (Río Cuarto Córdoba), el Hospital Regional Villa Dolores (Villa Dolores, Córdoba), el Hospital Regional J. Iturraspe (San Francisco, Córdoba), el Hospital Regional de Unquillo (Unquillo, Córdoba), el Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” (La Plata, Provincia de Buenos Aires), el Hospital José Néstor Lencinas (Mendoza, Mendoza), el Hospital Lucio Molas (Santa Rosa, La Pampa), el Hospital Interzonal General de Agudos “General San Martín” (La Plata, Provincia de Buenos Aires), el Hospital de la Madre y del Niño Inmaculada Concepción de María (La Rioja, La Rioja) y el Hospital Regional Dr. Antonio Scanavelli de Tunuyán (Güemes, Mendoza).

Las prestaciones de servicios de rehabilitación privados ambulatorios son las de mayor oferta y se encuentran distribuidas en casi todo el país, habiendo zonas con escasa o nula oferta de equipos interdisciplinarios, lo cual produce migraciones internas de los pacientes y sus familias en busca de acceso a los tratamientos necesarios. Los centros privados de rehabilitación monovalentes con internación son escasos en la mayoría del territorio nacional, encontrándose principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la Provincia de Buenos Aires, en la Provincia de Santa Fe, en la Provincia de Córdoba, en la Provincia de Mendoza y en la Provincia de Neuquén. Así mismo existen centros, institutos y hospitales privados polivalentes

que han asignado camas a la prestación de servicios de rehabilitación.

### Formación en MFR en el pregrado y el posgrado

En Argentina, según informan Falasco & Falasco<sup>13</sup>, cada año egresan entre 4.600 y 5.500 médicos de las facultades de medicina públicas y privadas, y aunque el título por sí mismo habilita para ejercer, las normas de regulación del ejercicio profesional exigen una certificación de la especialidad para aquellos que quieran anunciarse como especialistas.

Para el año 2020, tal como lo establecen Silberman & Silberman<sup>14</sup>, se registraron 183.475 médicos en actividad, lo que equivale a una tasa de 3,88 médicos por cada 1.000 habitantes, siendo el 53,4% especialistas. Cuando se analizan estos datos al interior de las jurisdicciones, los autores encontraron que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene una tasa de 16,5 médicos por cada 1.000 habitantes, y que provincias como Santiago del Estero y Formosa alcanzan tasas de 1,8 y 1,9 médicos por cada 1.000 habitantes, respectivamente<sup>14</sup>.

En Argentina existen 47 programas de medicina, 21 pertenecientes a universidades públicas y 26, a universidades privadas<sup>15</sup>. En el análisis de 34 de estos programas, el cual se presenta a continuación, como dato importante se encontró que solo cuatro tienen dentro de sus planes de estudios como obligatoria la materia de rehabilitación en los últimos años de formación. Cabe hacer una mención especial a la Universidad Católica de Córdoba, que fue la primera en tener rehabilitación de pregrado como materia obligatoria, siendo esta una cátedra creada en 1985 por el Dr. Néstor Gándara.

- **Universidades que incluyen la materia rehabilitación dentro del plan de estudio como asignatura obligatoria en el pregrado de medicina:** Universidad Católica de Córdoba, Universidad Abierta Interamericana, Universidad de Mendoza y la Universidad Nacional de Mar del Plata.
- **Universidades que forman en medicina sin rehabilitación como materia obligatoria de pregrado:** institutos universitarios: Centro de

Educación Médica e Investigaciones Clínicas “Norberto Quirno” (CEMIC) e Instituto Universitario Italiano de Rosario; Universidades: Universidad FASTA (Fraternidad de Agrupaciones Santo Tomás de Aquino), Universidad Favaloro, Fundación Barceló, Universidad Adventista del Plata, Universidad del Salvador, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales, Universidad de Morón, Universidad Nacional del Comahue, Universidad Católica Argentina, Universidad Austral, Universidad de Concepción del Uruguay, Universidad del Aconcagua, Universidad Maimónides, Universidad Nacional Arturo Jauretche, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de Cuyo, Universidad Nacional de Entre Ríos, Universidad Nacional de La Matanza, Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional de Rosario, Universidad Nacional de Santiago del Estero, Universidad Nacional de José Clemente Paz, Universidad Nacional de Tucumán, Universidad Nacional de Villa Mercedes, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, Universidad Nacional del Litoral, Universidad Nacional del Nordeste, Universidad Nacional del Sur, Universidad Provincial del Sudoeste y Universidad Nacional de La Rioja.

Respecto de la certificación de especialidades, se encontró que en Argentina existen cinco formas de acceder a la misma:

1. Tener certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas para este efecto por la autoridad de aplicación en las condiciones que se reglamenten, las cuales deben incluir como mínimo acreditación de cinco años de egresado y tres años de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos, antecedentes y trabajos, y examen de competencia.
2. Tener título de especialista o de capacitación especializada otorgado o revalidado por una universidad pública o privada reconocida por el Estado.
3. Ser profesor universitario por concurso de la materia y estar en actividad.
4. Tener certificación otorgada por una entidad científica de la especialidad reconocida para tal efecto por la autoridad de aplicación de acuerdo con las condiciones reglamentarias.
5. Tener certificado de aprobación de residencia profesional completa, no menor de tres años, otorgado por una institución pública o privada reconocida para tal efecto por la autoridad de aplicación y en las condiciones que se reglamenten.

En su estudio, Centeno & Campos<sup>15</sup> reportan que el 70% de los cargos de residencia en Argentina se encuentran en instituciones del Estado en sus diferentes niveles (nacional, provincial o municipal); que el 6% están en universidades, y que el 21% restante corresponden a cargos en hospitales privados.

Centeno & Campos<sup>15</sup> también establecen que los programas de residencia son heterogéneos y tienen diferentes niveles de exigencia y dedicación horaria, lo cual no permite una formación equitativa para todos los graduados. Además, estos autores indican que cada programa tiene su propio sistema de admisión, lo que implica que los candidatos se someten a más de un examen para asegurarse una vacante y si son aceptados en más de una institución, estos elijen la mejor opción de acuerdo con sus intereses. El Ministerio de Salud de la Nación ha tratado de controlar esta situación, para lo cual en 2011 comenzó a aplicar un examen único de admisión que involucra a gran parte de las instituciones estatales; no obstante, los diferentes exámenes siguen coexistiendo<sup>15</sup>.

De igual forma, con el fin de unificar y organizar el sistema de residencias médicas, se buscó la generación de acuerdos y reglamentaciones. Al respecto, Duré & Cadile<sup>16</sup> mencionan:

[...] en el año 2006 se aprueba una reglamentación para la acreditación con procedimientos y estándares comunes, creándose el Sistema Nacional de Acreditación de Residencias del Equipo (SNARES) (Resolución 450/06 Ministerio de Salud de la Nación).

Anteriormente, las Residencias eran evaluadas y acreditadas por las asociaciones profesionales, por delegación del ministerio o por ausencia del

Estado. Para estos procesos estas instituciones utilizaban estándares propios ligados a las prácticas profesionales vigentes o basados en los internacionales. A partir de la creación del SNARES, en sintonía con una recuperación de la presencia del Estado de la última década, se establece que la acreditación de Residencias es responsabilidad del Ministerio de Salud de la Nación. La misma constituye un proceso de armonización de los criterios mínimos para la formación de Residencias del equipo de salud, cuyo objetivo es lograr que todas las Residencias del país ofrezcan oportunidades de formación equivalentes.

Con este fin, se trabaja en el desarrollo y aplicación de estándares a alcanzar por todas las Residencias, según su especialidad y respetando las particularidades locales. Dichos estándares se plasman en los llamados “Marcos de Referencia”, que son los documentos que establecen los rasgos definitorios de la formación en las Residencias para cada especialidad.

[...] Uno de los espacios de vinculación y consenso más importantes se ha dado a partir de la firma de un convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para la creación de la Mesa de Políticas Integradas Salud – Educación [...] <sup>16</sup>.

### Procedimiento de acreditación

Residencia	→	1. Solicitud de acreditación a MSAL/DNCHySO
MSAL/DHCHySO	→	2. Informa pedido a autoridad provincial
Entidad evaluadora	→	3. Solicitud evaluación a Entidad evaluadora
	→	4. Visita evaluación a residencia instrumento nacional de evaluación
MSAL/DNCHySO	→	5. Informe evaluación a MSAL/DNCHySO Estándares nacionales / Matriz de valoración
	→	5. Elaboración informe final integrador Programa / Estándares nacionales / Matriz de valoración
Comisión asesora	→	7. Revisión y aprobación del procedimiento
Comité técnico	→	8. Supervisión del proceso / Intervención en conflictos
MSAL/DNCHySO	→	9. Acreditación y categorización (Disposición de la SSPRyF)
	→	10. Incorporación al Registro Único de Residencias Acreditadas / Boletín oficial / Web MSAL

**Figura 1.** Proceso de acreditación de residencias en Argentina.

**Fuente:** Tomado de Duré *et al.* <sup>17</sup>

El sistema de residencias en salud en Argentina es el régimen de posgrado en el cual los especialistas en el área logran avanzar en su formación especializada mediante el ejercicio supervisado con responsabilidad y actividades de dificultad creciente <sup>18</sup>. Sin embargo, a pesar de ser la mejor opción de formación, los bajos salarios, el cambios de paradigmas en la formación médica y el régimen que tiene poca tradición pedagógica ha hecho que en los últimos años queden muchas vacantes de formación en esta modalidad <sup>15,19,20</sup>.

Debido a que por lo general los colegios médicos no jerarquizan las residencias como procesos formativos que habilitan directamente la certificación de la especialidad, los profesionales deben someterse a un proceso de examen que les otorga su certificación. Por tanto, los médicos se desmotivan para obtener la certificación de la especialidad <sup>16</sup>.

Según el exministro de Salud Ginés González García y su grupo de investigadores, cerca de 3.000 médicos graduados desisten de hacer el examen de

residencia y optan por hacer trabajos temporales y guardias médicas alejadas<sup>21</sup>.

En los últimos años se ha observado un incremento progresivo en la demanda de los posgrados universitarios por parte de los profesionales de la salud, incluso cuando estos son arancelados en las universidades públicas. Esto se debe a que en algunos casos muchas sedes de residencia se han ido asociando a los posgrados, coexistiendo en una misma sede dos estructuras académicas con lógicas diferentes<sup>18</sup>.

Por otro lado, es importante mencionar que, según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)<sup>22</sup>, Argentina es el país con más alumnos extranjeros de la región, sobre todo provenientes de Latinoamérica.

A nivel de posgrados, según la Síntesis de Información de Estadísticas Universitarias 2021-2022 de la Secretaría de Políticas Universitarias,<sup>23</sup> el 10% de los alumnos corresponde a extranjeros, siendo la mayoría de Colombia (26%), Ecuador (19%) y Brasil (9%), y en menor medida, Bolivia, Chile y Uruguay. Respecto a los aspirantes a residencias Universitarias, Silberman<sup>24</sup> menciona que el 30% de los mismos provienen de universidades extranjeras.

Las residencias de MFR en Argentina son reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación desde 1969 y tienen una duración de entre 3 y 4 años. Para acceder a estas residencias es necesario presentar un examen de competencias cuyos resultados se compilan y organizan en un listado por mérito, siendo los primeros puestos los que acceden a los cargos disponibles. Las vacantes dentro de los concursos públicos no suelen tener ningún tipo de entrevista que se promedie con el examen dado, contrario a lo que sucede en los concursos del ámbito privado.

Como ya se mencionó, los programas de MFR no están unificados para ninguna de las residencias médicas en el país y hay diferencias entre ellos, aunque mantienen un eje de conocimientos mínimos común requeridos. De esta forma, para algunos

lugares de formación, la especialización en MFR puede considerarse una residencia básica o de primer nivel que no requiere un año de formación previo en clínica médica o pediatría, siendo su duración de tres años, mientras que en otros lugares la consideran como de segundo nivel, por lo que se suma el año de clínica y, por tanto, su duración es de cuatro años. De igual forma, existen modalidades mixtas con seis meses de clínica médica y dos años y medio de formación específica en rehabilitación.

Las residencias establecen un pago de honorarios para el residente y una carga horaria que generalmente es de 40 horas semanales. Así mismo, algunas exigen guardias de 24 horas en la semana, sobre todo aquellas que requieren cursar el año o los seis meses de clínica o que exigen hacer rotaciones por diferentes servicios durante el último año de formación, rotaciones en las cuales se realiza el mismo régimen de asistencia que en el servicio en el cual se realiza dicha rotación.

La concurrencia es otra manera de acceso al título de especialista en MFR; se trata de la asistencia, al menos cuatro días a la semana por la mañana, durante cinco años, a un servicio de rehabilitación. Este es un régimen ad honorem, en el cual el aspirante a especialista no puede realizar legalmente las tareas que realiza un residente por no tener la cobertura legal dentro del hospital. Esto último no suele cumplirse y el régimen de actividades durante el horario, mencionado anteriormente, en el que los médicos están en el hospital suele ser similar al del residente. Del mismo modo, el ingreso es igual al de los residentes, es decir por examen para concurso. El sistema ofrece un número de vacantes en esta modalidad para aquellos aspirantes que dentro del orden de mérito no hayan llegado con el puntaje para ingreso a residencia o que elijan esta modalidad, la cual, además, requiere un examen de la especialidad al finalizar la misma para otorgar el título de especialista.

Las residencias en MFR pueden realizarse en diferentes centros formativos de Argentina; la Tabla 1 muestra estos centros, así como la modalidad de enseñanza y la duración del programa.

**Tabla 1.** Residencias y concurrencias en medicina física y rehabilitación en Argentina y su duración.

Provincia	Centro formativo (modalidad, duración)
Córdoba	Hospital Pediátrico del Niño Jesús (residencia, 4 años)
	Hospital Misericordia (residencia, 4 años)
	Asociación para la Lucha Contra la Parálisis Infantil (concurrancia, 5 años)
Mendoza	Hospital José Néstor Lencinas (residencia, 4 años)
	Fundación San Andrés (residencia, 4 años)
Santa Fe	Hospital Provincial de Rosario (concurrancia, 5 años)
	Pilares del Rosario (residencia, 3 años)
	Plus Vita (residencia, 3 años)
	Centro Integral de Rehabilitación A.P.R.E.P.A (residencia, 3 años)
Buenos Aires	Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) "General San Martín" (residencia, 3 años)
	Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica" (residencia, 3 años)
	INAREPS - Instituto Nacional de Rehabilitación psicofísica del Sur (residencia, 4 años)
	Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas (residencia, 4 años)
Neuquén	Clínica Pasteur (concurrancia, 5 años)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	IREP - Instituto de Rehabilitación Psicofísica (residencia, 3 años)
	Hospital de rehabilitación Manuel Rocca (residencia, 3 años)
	Hospital Churruca Vista (residencia, 4 años)
Tucumán	Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda (residencia, 3 años)
Chaco	Hospital Dr. Julio Cecilio Perrando (concurrancia, 5 años)

**Fuente:** elaboración propia.

Otra forma de acceder al título de especialista en Argentina es a través del ingreso a los cursos superiores universitarios. Se trata de programas de diferentes universidades públicas y privadas que establecen un régimen de tres años de formación en asociación con una unidad hospitalaria o una clínica donde se realizan los cursos y las prácticas. Para esta modalidad, aunque se requiere inscripción, no es necesario presentar exámenes de competencias para el acceso, sino que se debe acudir a una entrevista de ingreso, siendo un régimen pago a la universidad. Los cursantes acuden a las instituciones durante la mañana, similar al régimen de concurrancia, y para la obtención del título en esta modalidad, los aspirantes deben aprobar exámenes anuales y un examen final.

En Argentina, cada profesional del área de la salud debe estar registrado por la autoridad competente en la respectiva jurisdicción de ejercicio de la misma. Dicha autoridad entrega una matrícula que habilita el ejercicio profesional. La matriculación en el caso de los médicos es potestad de los ministerios

de salud provincial en 13 jurisdicciones y de los colegios profesionales de ley en 11 jurisdicciones. Los médicos pueden estar matriculados en más de una jurisdicción si desean hacer ejercicio de su profesión en diferentes lugares.

Con el fin de tener información sobre el número de especialistas en el país, en 2005 se conformó, mediante la Resolución Ministerial 604<sup>25</sup>, la Red Federal de Registros de Profesionales de la Salud, una base de datos cuyo datos son suministrados por los responsables de las áreas de fiscalización y regulación de los ministerios de salud provinciales o los colegios de ley. La elaboración de esta base de datos hizo necesario que se creara un sistema de registro de profesionales de alcance nacional que comenzó a gestarse en el año 2008 a partir de la firma de convenios con las diferentes provincias<sup>26</sup>. Sin embargo, aún con estos sistemas vigentes, en la actualidad solo se cuenta con un estimativo realizado por la SAMFYR de aproximadamente 700 médicos especialistas en MFR en Argentina<sup>7</sup>.

## Investigación en MFR en Argentina

En Argentina, la investigación es promovida y gestionada desde el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva y la mayoría de investigadores dependen del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y financian sus investigaciones principalmente con fondos provenientes del Estado y, en menor medida con fondos privados. El presupuesto nacional para investigación en todas las áreas (incluidas las no relacionadas con salud) es del 0,66% del producto interior bruto<sup>15</sup>.

La mayoría de médicos especialistas en rehabilitación trabajan en el área asistencial, por lo que la producción en el área de investigación es muy baja. Al respecto, Testa,<sup>27</sup> en una revisión bibliográfica sobre los aportes del CONICET en la temática de discapacidad, mostró que el mayor desarrollo de investigación corresponde a las áreas de sociología y psicología (Tabla 2).

**Tabla 2.** Publicaciones sobre discapacidad registradas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas según área de investigación.

Disciplinas científicas que han abordado el tema en Discapacidad	
Sociología	12
Ciencias de la Educación	8
Ciencias Económicas	2
Ciencias Biológicas	2
Geografía y Demografía	5
Abogacía	9
Historia	2
Psicología	12
Filosofía	6
Fonoaudiología	1
Letras	1
Ciencias de la Comunicación	7
Bioquímica	2
Ingeniería	7
Química	2
Bibliotecología y documentación	1
Relaciones Internacionales	1
Ciencias Políticas	2

Fuente: tomado de Testa<sup>27</sup>.

La carrera de investigador dentro del CONICET está vinculada principalmente a la actividad académica universitaria y en menor medida al área asistencial en medicina, con excepción probablemente de los hospitales universitarios. La falta de presencia de la rehabilitación en la formación de pregrado y la escasa inserción de médicos de la especialidad en el ámbito universitario no ha favorecido el involucramiento del área en la carrera de investigación. Además, la escasa formación en investigación (tanto en el pregrado, como en la especialidad), la falta de financiamiento y soporte económico y la amplia demanda en lo asistencial de los médicos especialistas son factores que no han permitido el desarrollo de la investigación por parte de los médicos fisiatras. En este sentido, se requieren políticas que incentiven la formación en investigación y la sustentabilidad de proyectos que permitan el desarrollo de las mismas.

## Conclusiones

La formación de médicos especialistas en MFR ha ido en aumento, al igual que la cantidad de lugares de formación en esta área en las últimas décadas. A pesar de esto, la demanda de fisiatras supera la oferta y no se llega a tener médicos especialistas suficientes que cubran las necesidades de todo el territorio nacional. Así mismo, la falta de desarrollo de conocimientos sobre rehabilitación en el pregrado hace que la especialidad sea desconocida para muchos médicos ya formados.

Por otro lado, se observa un cambio de paradigma en la formación médica, con un menor número de postulantes a las residencias y un incremento de los posgrados universitarios, lo cual, según varios autores, puede deberse a distintos factores como la elección de forma de vida, la falta de incentivo económico de las residencias y la falta de pedagogía en la formación. Finalmente, la desarticulación entre las universidades dependientes de educación y los ámbitos laborales dependientes de salud ha contribuido, junto con los bajos incentivos económicos, al escaso desarrollo de la investigación en el área de la MFR por parte de los médicos especialistas.

## Consideraciones éticas

El desarrollo de esta revisión narrativa de la literatura no presenta conflictos, pues es una

investigación sin riesgo en la que no se incluyen pacientes y tiene un objeto educativo.

### **Contribución de la autora**

La elaboración total del presente artículo estuvo a cargo de Verónica Silvana Matassa, quien fue motivada para desarrollo del artículo por el Dr. Rodrigo Castro Rebolledo, la Dra. Luz Helena Lugo Agudelo y el Dr. Andersson Rozo Albarracín.

### **Conflicto de intereses**

Ninguno declarado por la autora.

### **Financiación**

Ninguna declarada por la autora.

### **Agradecimientos**

A la Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación; a su presidente el Dr. Andersson Rozo Albarracín; a la Dra. Luz Helena Lugo Agudelo, que es una referente invaluable en desarrollo de la investigación para todos los médicos fisiatras de Latinoamérica, y al Equipo Editorial de la revista de la Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación, especialmente al Dr. Rodrigo Castro Rebolledo, editor en jefe, quien abre generosamente la puerta a la investigación en el área en América Latina.

## Referencias

1. Bregain G. Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974). En: Pantano L, compiladora. Discapacidad e investigación. Aportes desde la práctica. Buenos Aires: Educa; 2012.
2. Testa DE. La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico social, Buenos Aires, 1943. *Salud Colectiva*. 2012;8(3):299-314.
3. Alvarez A. Los desafíos médicos, sociales e institucionales que dejó la poliomielitis: la rehabilitación integral en la Argentina de mediados del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. 2015;22(3):941-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000300017>.
4. Sotelano F. History of rehabilitation in Latin America. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012;91(4):368-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31823caf4a>.
5. Schiappacasse C, Guzmán JM, Herrera-Dean M, Corletto S, Rizzo-Batistella L, Imamura M, et al. Physical Medicine and Rehabilitation in Latin America: Development and Current Status. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2019;30(4):749-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2019.07.001>.
6. Poudel MK, De Sire A, Johnson CL, De la Rosa-Morillo F, Delgado-Martínez JR, Neira-Lázaro JA, et al. Impact of COVID-19 pandemic on physical and rehabilitation medicine residents in the Americas. *The Journal of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2021;4(3):113-8. <https://doi.org/10.4103/JISPRM-000112>.
7. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Wulf-Hanson S, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;396(10267):2006-17. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0).
8. Testa DE. La poliomielitis y el «surgimiento» de la rehabilitación en Argentina: Un análisis sociohistórico. *Apuntes. Revista De Ciencias Sociales*. 2018;45(83):123-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.21678/apuntes.83.919>.
9. Alvarez AC. El impacto de los brotes de poliomielitis en las formas de organización ciudadana. *Revista de Historia de la Medicina y Epistemología Médica*. 2013;1(2):1-17.
10. Argentina. Congreso de la República. Ley 22.431 de 1981 (marzo 16): Sistema de Protección integral de los discapacitados. Buenos Aires: Boletín Oficial 24632; marzo 20 de 1981 [citado diciembre 23 de 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=20620>.
11. Argentina. Congreso de la República. Decreto 1101 de 1987 (julio 10): Créase la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas. *Funciones. Integración*. Buenos Aires; julio 10 de 1987 [citado diciembre 23 de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1101-1987-183546/texto>.
12. Argentina. Congreso de la República. Ley 24.901 de 1997 (noviembre 5): Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Buenos Aires; diciembre 2 de 1997 [citado diciembre 23 de 2023]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/textact.htm>.
13. Falasco SI, Falasco MA Formación de especialistas en Latinoamérica: Argentina. *Educ Méd*. 2018;19(Suplemento 1):4-11 Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.002>.
14. Silberman P, Silberman M. ¿Cómo evolucionó la distribución de médicas y médicos especialistas en Argentina?: un análisis demográfico de la profesión médica al 2020. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2022;19(3):5-16.

15. Centeno ÁM, Campos S. La educación médica en Argentina. FEM. 2017;20(6):265-71. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.33588/fem.206.924>.
16. Duré MI, Cadile MDC, compiladoras. La gestión de recursos humanos en Argentina. Una estrategia de consensos. 2007-2015. Buenos Aires: Ministerio de Salud de Argentina; 2015 [consultado septiembre de 2023]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904960/2015\\_ms\\_arg\\_gestion\\_rhs\\_arg-1.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904960/2015_ms_arg_gestion_rhs_arg-1.pdf).
17. Duré I, Daverio D, Dursi C. Planificación y Gestión del Sistema Nacional de Residencias (SNR) en Argentina. Buenos Aires: - Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de Argentina; 2013 [citado diciembre 11 de 2023]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dure-daverio-dursi-observatrhuss\\_planif\\_gestion\\_sistresid-2013.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dure-daverio-dursi-observatrhuss_planif_gestion_sistresid-2013.pdf).
18. Nardi M, Arceo D, Ladenheim R. Análisis del sistema de residencias argentino desde el paradigma de las Ciencias de la Complejidad. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2023;80(2):163-7. Disponible en: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n2.39843>.
19. Reboiras F. Condiciones de formación en las residencias médicas: el maltrato como práctica educativa legitimada [tesis de maestría]. Buenos Aires: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Argentina; 2020 [citada diciembre 11 de 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10469/16408>.
20. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi MR, Lasala F Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. Medicina (Buenos Aires). 2005;65(4):366-8.
21. González-García G. médicos, la salud de una profesión (Spanish Edition). Buenos Aires: Ed IROJO; 2012.
22. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Informe Migración, desplazamiento y educación: Construyendo puentes, no muros. Paris: UNESCO; 2019 [citado diciembre 23 de 2023]. Disponible en: <https://es.unesco.org/gem-report/node/1878>.
23. Argentina. Ministerio de Educación de la Nación. Síntesis de Información Estadísticas Universitarias 2021-2022. Buenos Aires: Secretaría de Políticas Universitarias; 2022 [citado diciembre 23 de 2023]. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/04/sintesis\\_2021-2022\\_sistema\\_universitario\\_argentino\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/04/sintesis_2021-2022_sistema_universitario_argentino_0.pdf).
24. Silberman P. Residencias médicas en Argentina: características y desempeño de aspirantes en el examen único y en la adjudicación de plazas durante los años 2020-2022 en Argentina [tesis doctoral]. La plata: Facultad de Medicina, Universidad de La Plata; 2023 [citado diciembre 23 de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.35537/10915/160090>.
25. Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente. Resolución 604 de 2005 (febrero 6): Incorporase al ordenamiento jurídico nacional la Resolución Grupo Mercado Común N° 27/2004 'Matriz Mínima de Registro de Profesionales de Salud en el Mercosur'. Buenos Aires; febrero 6 de 2005 [citado diciembre 23 de 2023]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-604-2005-106729/texto>.
26. Williams G, Duré I, Dursi C, Pereyra JL. Médicos en Argentina: red federal de registros de profesionales de la salud. Revista Argentina de Medicina. 2015 [citado diciembre 11 de 2013];3(6):43-6. Disponible en: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/40>.
27. Testa G. El Aporte del CONICET al temática de Discapacidad. Revisión Bibliográfica. En: Slavin PE, García L, compiladores. Avances de investigación en Ciencias Jurídicas y Sociales. Mar del plata: EUDEM; 2018 [citado diciembre 23 de 2023]. Disponible en: [https://www.academia.edu/37285251/El\\_aporte\\_del\\_CONICET\\_a\\_la\\_tem%C3%A1tica\\_de\\_la\\_Discapacidad\\_Revisi%C3%B3n\\_Bibliogr%C3%A1fica&nav\\_from=4add9a4b-4e37-4580-b0ac-b6c2c11\\_79f71&rw\\_pos=0](https://www.academia.edu/37285251/El_aporte_del_CONICET_a_la_tem%C3%A1tica_de_la_Discapacidad_Revisi%C3%B3n_Bibliogr%C3%A1fica&nav_from=4add9a4b-4e37-4580-b0ac-b6c2c11_79f71&rw_pos=0).