Rev Col Med Fis Rehab 2026;36(1):e543 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.543

Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación

Revisión de la literatura

Perfil profesional del especialista en Medicina Física y Rehabilitación en Colombia

Professional Profile of a Specialist in Physical Medicine and Rehabilitation in Colombia

Luz Helena Lugo Agudelo[1] **Andersson Lufandt Rozo Albarracin**[2]
Rodrigo Castro Rebolledo[3]

[1] Maestría en Epidemiología Clínica, Grupo de Rehabilitación en Salud, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
[2] Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.
[3] Especialista en Medicina Física y Rehabilitación , Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

Resumen

El presente artículo propone los lineamientos de las competencias básicas que componen el perfil del especialista en Medicina Física y Rehabilitación en Colombia, una especialidad que lleva más de 60 años de conformación en el país, con programas de entrenamiento en la especialidad que están consolidados y acreditados, y que son de gran trayectoria. Los desafíos impuestos por los grandes cambios que tiene la sociedad exigen currículos flexibles y adaptables, de acuerdo con la evolución tecnológica y los cambios demográficos. Se trata de currículos que tienen en cuenta componentes no solo teóricos y técnicos de la especialidad, sino también la dimensión humana, por medio de competencias de profesionalismo, ética y comunicación, aspectos explícitos y bien fundamentados.
Palabras clave: medicina física y rehabilitación, capacitación profesional, educación basada en competencias, perfil laboral.

CC BY NC ND

Abstract

This article proposes guidelines for the core competencies that define the profile of a specialist in Physical and Rehabilitation Medicine in Colombia, a specialty that has been established in the country for over sixty years, with well-established and accredited training programs that have a long history. The challenges posed by the major changes taking place in our societies require flexible and adaptable curricula that keep pace with technological advancements and demographic shifts. These curricula must address not only the theoretical and technical aspects of the specialty but also the human dimension through explicit and well-founded competencies in professionalism, ethics, and communication.
Keywords: physical and rehabilitation medicine, professional training, competency-based education, job description.

CC BY NC ND

Citación. Lugo Agudelo LH, Rozo Albarracin AL, Castro Rebolledo R. Perfil profesional del especialista en Medicina Física y Rehabilitación en Colombia. Rev Col Med Fis Rehab. 2026;36(1):e543. http://doi.org/10.28957/rcmfr.543.

Correspondencia. Luz Helena Lugo Agudelo, **Correo electrónico:** grupo.gres@udea.edu
Recibido. 27.10.25. **Aceptado.** 17.06.26. **Publicado.** 30.06.26.
ISSN impreso. 0121-0041. **ISSN electrónico.** 2256-5655.

Introducción

El médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación (MFyR) —o Fisiatra— en Colombia es un profesional del área de la salud con una formación como médico general y luego como especialista, con una duración de 3 años, exceptuando un programa académico existente que es de 4 años.

La formación de médicos especialistas está a cargo de universidades con programas habilitados y la duración depende del énfasis dado en cada institución. Según la Academia Nacional de Medicina en el año 2009, se entiende por perfil profesional al conjunto de los conocimientos, las habilidades, las destrezas, las actitudes, los valores, las motivaciones y los comportamientos que identifican al profesional de la salud y que sintetiza los dominios y las competencias que debe poseer y demostrar.

El objetivo de este artículo fue hacer una revisión narrativa de diferentes aspectos del contexto internacional, así como desarrollos nacionales, que permitieron —con la participación de los coinvestigadores, líderes de la Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación (ACMFR) y de los diferentes programas de formación— proponer las competencias de formación de los médicos especialistas en MFyR en Colombia.

Objeto de la MFyR

La MFyR es una especialidad médica independiente, dedicada a optimizar el funcionamiento físico, mental y cognitivo, así como las actividades (incluido el comportamiento), la participación (incluida la calidad de vida) y la modificación de factores personales y ambientales en personas de todas las edades. Por ende, es responsable de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de la rehabilitación de personas con condiciones de salud que experimentan discapacidad en la actualidad o que probablemente la experimenten sin acceso a una rehabilitación adecuada[1].

Los especialistas en MFyR tienen un enfoque integrador frente a las personas con condiciones de salud agudas y crónicas, tales como trastornos musculoesqueléticos y neurológicos, amputaciones, disfunciones de los órganos pélvicos, enfermedades cardiorrespiratorias y discapacidad debida al dolor crónico y al cáncer, entre otros. Además, trabajan en diferentes escenarios, desde unidades de cuidados intensivos y hasta centros comunitarios. Estos especialistas usan herramientas específicas de evaluación diagnóstica y llevan a cabo tratamientos que incluyen intervenciones farmacológicas, físicas, técnicas, educativas y vocacionales, ya que tienen una formación integral y se desempeñan mejor como responsables de las actividades de equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios para alcanzar resultados óptimos[2].

Contexto internacional

La rehabilitación es uno de los cinco servicios esenciales para la cobertura universal en salud, junto con la promoción, la prevención, la atención y los cuidados paliativos, y debe estar disponible en todos los niveles de atención, desde el básico hasta el especializado. Además, se debe incluir en los servicios de cuidado agudos, posagudos y de largo plazo[3].

De acuerdo con Cieza *et al.*, en el 2019, 1 de cada 3 personas en el mundo podría beneficiarse del acceso a la rehabilitación en algún momento durante el curso de su enfermedad o de una lesión, es decir, alrededor de 2 410 000 000 (IC 95% = 2 340 000 000-2 500 000 000) de personas en 2019 eran potencialmente usuarias de los servicios de rehabilitación[4].

La contribución más alta a las necesidades de rehabilitación en el mundo viene de las condiciones musculoesqueléticas, tanto en los niños como en los adultos, y el dolor lumbar es la principal causa de necesidades de rehabilitación en 134 de 204 países (se incluyen a aquellas naciones de bajos y medianos ingresos) y es la principal razón de pérdida de capacidad laboral de los trabajadores. Los compromisos sensoriales, incluidos la pérdida de la visión y la audición, son la segunda causa que contribuye a las necesidades de rehabilitación en niños menores de 15 años y en adultos mayores. 50 000 000 de personas con parálisis cerebral requieren de cuidados de largo plazo, así como 1 000 000 000

Rev Col Med Fis Rehab 2026;36(1):e543 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.543

de personas con consecuencias de lesiones como fracturas, lesión medular, amputaciones, traumatismo craneoencefálico, entre otros[4].

En 2006, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNCRPD, por su sigla en inglés)[5] hizo un llamado a los Estados para fortalecer y expandir los servicios de habilitación y rehabilitación integrales. En 2014, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó el "Plan de Acción Global de Discapacidad 2014-2021"[6] y, en 2019, publicó las recomendaciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud.

En respuesta a lo anterior, la OMS, los Estados miembros, las organizaciones internacionales y profesionales, las organizaciones no gubernamentales y los expertos en rehabilitación emitieron una declaración bajo el título de "Rehabilitación 2030: un llamado a la acción", la cual describió estrategias clave para fortalecer los servicios de rehabilitación, así como para mejorar la gobernanza y el financiamiento de estos. En 2020, un grupo de trabajo de la International Society for Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) desarrolló la segunda versión de la Clasificación Internacional de la Organización de Servicios de Rehabilitación (ICSO-R 2.0, por su sigla en inglés), la cual proporciona un marco para la organización de los servicios, considerando tanto su modalidad de prestación como los proveedores que los ofrecen[7]. En el 2023, en un momento histórico para la rehabilitación, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó de manera unánime la resolución 76.6 sobre el "Fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud"[8]. Esta fue la primera resolución que invitó a los Estados miembros a encontrar y satisfacer los requerimientos de las personas con necesidades complejas en rehabilitación[8]. Esta invitación confirmó la importancia de contar con especialistas en MFyR, los únicos capacitados para la atención de personas con necesidades de rehabilitación complejas.

Previamente en 2001, otro hito importante en la MFyR fue el desarrollo del concepto del funcionamiento humano como un nuevo paradigma en salud, sustentado en la publicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS[9-10]. La rehabilitación es el único servicio de salud cuyo desenlace principal es la optimización del funcionamiento, por lo que este modelo ha sido fundamental para hacer un mejor análisis de las consecuencias de la enfermedad y para la práctica de la MFyR. La rehabilitación, por consiguiente, empieza con una comprensión completa de los determinantes del funcionamiento y de sus interacciones con factores personales y ambientales, independientemente de la afección de salud. Los componentes del modelo biopsicosocial del funcionamiento y la discapacidad[11], así como la comprensión de las interacciones entre ellos, pueden verse en la figura 1.

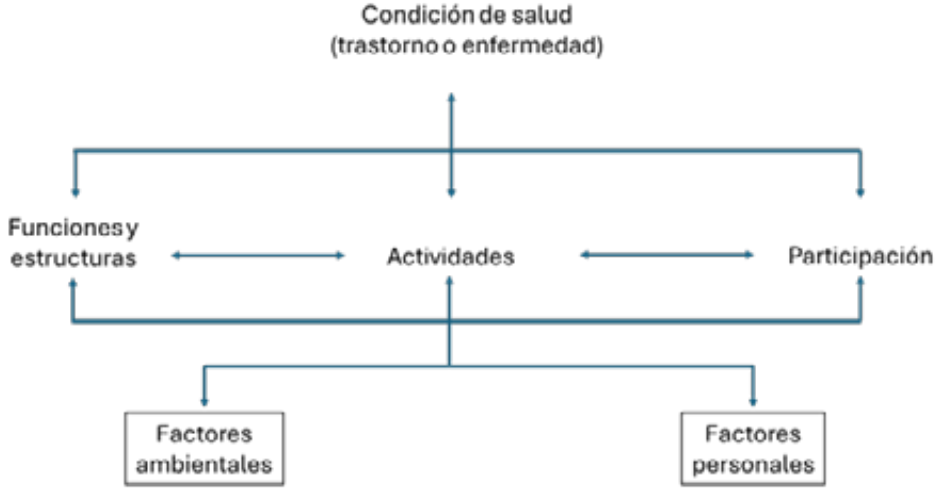


Figura 1. Marco conceptual actual del funcionamiento humano, de acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud
Fuente:[10].

Programas formadores de los médicos especialistas en MFyR en Colombia

En la década de 1960 comenzaron los programas de MFyR en Colombia[12] y actualmente existen 6. Estos programas son sometidos a procesos de acreditación de calidad ante el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) (tabla 1).

Estas 6 universidades son las responsables de la formación de los médicos especialistas en MFyR (fisiatras) en Colombia. Actualmente egresan 22 médicos especialistas por año, y en Colombia hay alrededor de 535 para el año 2026, lo que corresponde aproximadamente a 1 médico fisiatra por cada 100 000 habitantes, de los cuales solo 287 están afiliados a la ACMFR, y la mayoría trabaja en ciudades grandes e intermedias.

Tabla 1. Programas de formación de especialistas en MFyR en Colombia

Universidad	Universidad Militar Nueva Granada	Universidad Nacional de Colombia	Universidad de Antioquia	Universidad del Valle	Universidad del Bosque	Universidad de La Sabana
Duración	3 años	4 años	3 años	3 años	3 años	3 años
Egresados por año	3 egresados	4 egresados	3 egresados	3 egresados	6 egresados	3 egresados

Fuente: elaboración propia

Desarrollo de la investigación y su aporte en la formación de los residentes

Frontera *et al.*, en un documento publicado en 2022, consideraron que la investigación era necesaria para generar conocimiento y que ayudaba a cerrar las brechas fundamentales en cómo se entiende la salud, la enfermedad y el funcionamiento humano[13]. Este y otros argumentos fueron importantes para justificar la introducción del componente investigativo en los programas de formación de residentes. En Colombia se han hecho avances significativos en investigación, que se han transferido a los programas de formación. Estos programas tienen cursos de metodologías y diseños de investigación, y los estudiantes de posgrado deben realizar proyectos de investigación como parte de su currículo. Existen 6 grupos de investigación en MFyR[14] que son reconocidos por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (Minciencias), y los cuales han desarrollado líneas de investigación y proyectos en algunas de estas áreas: accidentes de tránsito[15-16], trauma craneoencefálico[17], trauma raquimedular[18], dolor musculoesquelético[19], espasticidad[20], rehabilitación cardiopulmonar[21], amputados[22-24], y con respecto a los niños, enfermedades neuromusculares[25-28], temas como la inclusión de jóvenes con discapacidad intelectual a la universidad y parálisis cerebral[29]; además, tecnologías de rehabilitación en temas de prótesis[30], validación de escalas de funcionamiento y calidad de vida en adultos[31], y en niños Kidscreen[32-34] y otras en adultos. En la línea de traslación del conocimiento en rehabilitación, se desarrollaron guías de práctica clínica para el Ministerio de Salud y Protección Social para personas amputadas[35-36], sobre distrofia muscular[37] y personas con baja visión[38-39]; por otra parte, se desarrollaron los temas sobre el componente de rehabilitación para las guías de síndrome coronario agudo y falla cardiaca[40] y la identificación de barreras y facilitadores para su implementación[41-42]. También hay experiencia en estudios secundarios, por ejemplo: la producción de revisiones sistemáticas Cochrane[43].

Asociación Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación y su papel en la formación médica continua

La ACMFR fue constituida en 1963 y se ha encargado de manera ininterrumpida de las actividades de formación médica continua, y que en los últimos años ha tenido una participación muy amplia[12]. Hasta el año 2024 contaba con 12 grupos de trabajo y 2 comités, consolidados en áreas de: rehabilitación cardiopulmonar, rehabilitación infantil, rehabilitación geriátrica, ortesis y prótesis, rehabilitación oncológica, dolor y cuidados paliativos, rehabilitación neurológica, terapia con ondas de choque, enfermedades profesionales y laborales, bioética, ecografía, electrodiagnóstico,

Rev Col Med Fis Rehab 2026;36(1):e543 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.543

comité de educación e investigación, y comité de acreditación profesional. Además, la ACMFR fundó y participa en la Asociación Colombiana de Medicina Electrodiagnóstica.

La ACMFR también hace parte de la Sociedad Latinoamericana de Rehabilitación (SOCILAR) y, por muchos años, hizo parte de la Asociación Médica Latinoamericana de Rehabilitación (AMLAR). Además, cuenta con vínculos gremiales y académicos con la International Society of Physical and Rehabilitación Medicine (ISPRM), con quienes realizaron el Congreso Mundial de MFyR en el año 2023. La ACMFR es una asociación consolidada de gran prestigio a nivel mundial, que continúa con una labor que va más allá de lo gremial, convirtiéndose en una entidad de conocimiento, formación continua en América Latina y de acreditación para los especialistas en el área en el país.

Competencias profesionales de los especialistas en MFyR

Las competencias en MFyR presentadas en este artículo son el resultado del análisis de las propuestas hechas por la ISPRM[44], de los requisitos del programa del Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado (ACGME, por su sigla en inglés) de Estados Unidos[45], de las competencias definidas por los 6 programas de formación en MFyR en Colombia, de los coordinadores de los diferentes grupos de trabajo de la ACMFR y de varias reuniones hechas en los diferentes congresos nacionales e internacionales.

De acuerdo con el ACGME, se han definido 6 niveles de competencias a lo largo del proceso de las residencias médicas, y en 2001 fueron categorizadas de la siguiente manera[46]: 1. Conocimiento médico, 2. Cuidado del paciente, 3. Habilidades de comunicación interpersonal, 4. Profesionalismo, 5. Práctica basada en sistemas y 6. Aprendizaje basado en la práctica y el mejoramiento. Cada una de estas categorías de competencias tiene su nombre equivalente en los sistemas canadiense, australiano y europeo, entre otros[47].

El ACGME, adicionalmente, durante el proceso formativo de la adquisición de competencias en los residentes de todas las especialidades, evalúa la adquisición de estas mediante un método conocido como los milestones (hitos). De acuerdo con el ACGME: "los hitos son conocimientos, habilidades, actitudes y otros atributos para cada una de las competencias del ACGME, organizados en un marco de desarrollo de menos a más avanzado". Dichos hitos son, a la vez, descriptores y objetivos del rendimiento del residente a medida que avanza desde su ingreso en la residencia hasta su graduación[48]. Estos hitos se evalúan y se clasifican de 1 a 5, de acuerdo con el nivel de experiencia del residente a lo largo de su proceso de formación, siendo 1 el nivel del residente que apenas ingresa y 5 el nivel de aquel que está a punto de graduarse. De acuerdo con la clasificación estandarizada de las competencias, en Colombia se propone una versión propia (tablas 2, 3 y 4).

En la tabla 2 se presentan las competencias trasversales, es decir, a largo de todos los años de formación.

Tabla 2. Competencias trasversales en la formación de los profesionales médicos que serán especialistas en Medicina Física y Rehabilitación

Competencias trasversales	Elementos de competencia
Formación ética y profesionalismo	• Compasión, integridad y respeto por los otros. • Respuesta a las necesidades del paciente. • Responsabilidad ante los pacientes, la sociedad y la profesión. • Respeto y respuesta a las necesidades de las poblaciones de pacientes diversos en edad, género, cultura, raza, religión, discapacidad, nacionalidad, estado socioeconómico y orientación sexual. • Capacidad para revelar y abordar adecuadamente los conflictos o la dualidad de intereses. • Práctica basada en la calidad efectiva, oportuna, equitativa, eficiente, centrada en el paciente, diseñada para mejorar la salud de las poblaciones y con costos razonables. • Intervenciones seguras. • Implementación de prácticas basadas en la mejora continua y los resultados en salud.

Competencias trasversales	Elementos de competencia
Habilidades de comunicación interpersonal	• Comunicación asertiva con el equipo de rehabilitación. • Comunicación efectiva con médicos de otras especialidades, necesarias para el tratamiento de los pacientes. • Comunicación clara y empática con los pacientes. • Comunicación efectiva con los cuidadores. • Documentación y registro clínico. • Comunicación en conversaciones difíciles (diagnóstico y pronóstico). • Comunicación adaptada a pacientes con déficit de comunicación.
Aspectos legales de la Medicina Física y Rehabilitación	• Conocimiento y aplicación de los aspectos legales relacionados con la práctica de la MFyR, incluyendo normas de ética, confidencialidad y derechos del paciente. • Conocimiento sobre la legislación que incide en la discapacidad, la salud pública y la accesibilidad. • Conocimiento y comprensión de la legislación acerca de las intervenciones al final de la vida. • Participación en la gestión de la salud basada en sistemas, incluyendo la organización y mejora de los servicios de salud. • Colaboración interdisciplinaria en los sistemas de salud, teniendo en cuenta los aspectos económicos, sociales y culturales de los pacientes. • Aspectos legales que regulen las profesiones de salud en Colombia.
Gestión y liderazgo	• Coordinar efectiva y eficientemente los equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios de rehabilitación, para lograr el máximo beneficio del paciente. • Habilidad para la gestión y administración de los servicios de rehabilitación con calidad, eficiencia, efectividad y seguridad, y el uso ético, legal, responsable y rentable de los recursos a su cargo. • Capacidad para desarrollar programas de prevención de discapacidades en la comunidad, mediante el diagnóstico precoz, la promoción de hábitos saludables y la educación en salud. • Prevención de discapacidad: implementación de programas de prevención primaria (evitar la aparición de discapacidades) y secundaria (minimizar el impacto de condiciones que ya afectan al paciente). • Estrategias de inclusión social: promover la inclusión social y laboral de personas con discapacidad, trabajando en políticas de accesibilidad, educación inclusiva y diseño de entornos accesibles. • Rehabilitación en desastres y emergencias: desarrollar protocolos y estrategias de intervención en situaciones de emergencia y desastres (terremotos, pandemias, accidentes masivos, etc.) para la atención de pacientes con discapacidad y la rehabilitación de sobrevivientes.
Educación en salud	• Los estudiantes de posgrado de MFyR deben participar y formarse como educadores de los médicos generales y otros profesionales del área de la salud. • Tener capacidades para la educación en salud de los pacientes y sus cuidadores.
Investigación en rehabilitación	• Entrenamiento para la lectura crítica de los principales diseños metodológicos en la investigación clínica y de rehabilitación. • Elaboración de un proyecto de investigación desde el protocolo hasta la publicación de un artículo final. • Formación en los principales métodos de investigación clínica, estudios descriptivos, observacionales (casos y controles, cohorte y de corte trasversal), ensayos clínicos y sus diferentes modalidades. • Estudios secundarios (revisiones de alcance, sistemáticas) y guías de práctica clínica. • Conocimiento de los elementos que constituyen la investigación cualitativa. • Las herramientas para el análisis estadístico se aprenden dentro de la elaboración de los proyectos.

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se describen competencias de la formación de medicina física y rehabilitación que se desarrollan como formación básica o se involucran en los diferentes cursos a lo largo del proceso curricular. Son específicas de la MFyR.

Rev Col Med Fis Rehab 2026;36(1):e543 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.543

Tabla 3. Competencias de conocimientos, habilidades y destrezas básicas en la formación de los profesionales médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación

Principios generales de la rehabilitación
Hay principios que se tuvieron en cuenta al plantear las competencias:
1. La clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud[10].
2. El trabajo en equipo, usualmente conformado por diferentes profesionales en fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, enfermería, trabajo social y psicología, entre otros.
3. Los derechos de las personas con discapacidad.
Áreas de formación básica y clínica
• Anatomía, fisiología y biomecánica osteomuscular.
• Fisiología del ejercicio.
• Realización correcta de un examen sensorial, muscular, articular, neurológico y del aparato locomotor.
• Semiología neurológica y del aparato locomotor.
• Formación en ortopedia, enfermedades reumatológicas y neurología de adultos y niños.
Diagnóstico
• Radiografía simple.
• Tomografía computarizada.
• Resonancia nuclear magnética.
• Osteodensitometría.
• Urodinamia.
• Pruebas de esfuerzo, ecocardiografía y espirometría.
• Holter de frecuencia cardiaca y presión arterial, caminata de seis minutos, ergoespirometría y perfusión del miocárdico.
• Pruebas de laboratorio de las enfermedades neurológicas y reumatológicas.
Competencias de diagnóstico, específicas en MFyR
• Exámenes de electrodiagnóstico, velocidades de conducción, electromiografía y estudios de fibra única.
• Potenciales evocados auditivos, visuales, somatosensoriales y motores.
• Monitoreo intraoperatorio.
Evaluación funcional y medidas de desenlace
• Evaluación del funcionamiento por medio de la CIF.
• Evaluación del funcionamiento con otras escalas.
• Evaluación de la calidad de vida.
• Evaluación de la marcha.
• Evaluación del dolor y aspectos psicosociales.
Intervenciones
• Conocimiento de fundamentos en terapéuticas farmacológicas, terapia con ondas de choque, terapia manual, prescripción y adaptación de ortesis y prótesis, ayudas para la marcha, sillas de ruedas y sus adaptaciones, tecnología de asistencia, educación, soporte psicológico y consideraciones ergonómicas.
• Conocimiento y habilidades de prescripción de modalidades físicas y de ejercicio terapéutico; independencia funcional; técnicas para el manejo de patologías del lenguaje, el habla y la voz, la audición y la deglución; favorecimiento de la adherencia al tratamiento.
• Cuidados a largo plazo y apoyo a los cuidadores.
• Reconocimiento y atención a personas con riesgo de desacondicionamiento físico por inmovilidad.
Procedimientos intervencionistas
• Conocimiento y dominio de la técnica para la realización de terapia con ondas de choque radiales y focales, con o sin guía ecográfica.
• Infiltraciones musculoesqueléticas (musculares, articulares, bursas, tendones...) guiadas o no con ecografía.
• Procedimientos de radiofrecuencia y bloqueos.
• Quimiodenervación con toxina botulínica y neurolisis con fenol, en lo posible bajo guía ecográfica o guía con electromiografía.

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 4 se describen las competencias de acuerdo con cada condición clínica y de rehabilitación. Se tuvo en cuenta: la fisiopatología; la evaluación clínica; la rehabilitación integral con base en el funcionamiento humano; la prevención de las complicaciones; los factores pronósticos; las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, y las de largo plazo; los cuidados para los pacientes; y la información para la familia y los cuidadores.

Tabla 4. Competencias de conocimientos, habilidades y destrezas en condiciones y situaciones específicas en la formación de los profesionales médicos, especialistas en Medicina Física y Rehabilitación

Enfermedades neurológicas en adultos
• Conocimiento, habilidades y destrezas en personas con presencia y secuelas asociadas a lesión medular, enfermedad cerebrovascular, trauma craneoencefálico, enfermedades neurológicas autoinmunes, enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington o esclerosis lateral amiotrófica), trastornos del movimiento, enfermedades de la unión neuromuscular, neuropatías, neuronopatías, miopatías congénitas y adquiridas, distonías y lesiones de nervio periférico.
• Identificación, tratamiento y seguimiento a pacientes con vejiga e intestino neurogénico, espasticidad y alteraciones de la deglución.
• Rehabilitación en neuroplasticidad: comprensión y aplicación de principios de neuroplasticidad para la rehabilitación de pacientes con daño cerebral, lesiones medulares o neurodegenerativas.
• Tecnologías emergentes en neurorrehabilitación: uso de tecnologías como la estimulación cerebral no invasiva, la realidad virtual y la robótica en el tratamiento de trastornos neurológicos.
• Estrategias de comunicación aumentativa y alternativa.
• Tratamiento integral de la espasticidad: farmacológicos, intervencionistas con toxina botulínica, fenol y tratamientos no farmacológicos.
Enfermedades osteomusculares en adultos
• Conocimientos y habilidades en el diagnóstico y el tratamiento de osteoartrosis, rehabilitación posfractura y pos-artroplastias, lesiones musculoesqueléticas, lesiones de mano, quemaduras, enfermedades de la columna cervical, dorsal, lumbar, osteoporosis y escoliosis, amputaciones congénitas y adquiridas, y lesiones deportivas.
• Enfermedades reumatológicas inflamatorias y autoinmunes.
Dolor agudo y crónico
• Incluye el uso de medicamentos, inyecciones diagnósticas y terapéuticas, manejo multidisciplinario, educación al paciente en el origen de su enfermedad y su tratamiento, así como medidas preventivas, funcionales, dietéticas y su pronóstico funcional, asesoría psicológica y vocacional.
• Habilidades de diagnóstico de la patología del sistema musculoesquelético y del nervio periférico, conocimiento y aplicación de las diferentes escalas del dolor y los principios básicos para el uso de analgésicos en niños, adultos jóvenes y adultos mayores, y tratamiento del dolor en personas con capacidad limitada para comunicarse por deterioro cognitivo.
Rehabilitación geriátrica
• Rehabilitación en pacientes geriátricos con múltiples patologías: diseño de programas de rehabilitación adaptados a las necesidades de los adultos mayores con varias condiciones crónicas y de discapacidad.
• Osteoartrosis de columna y grandes articulaciones.
• Prevención y tratamiento de las caídas.
• Intervenciones para evitar la fragilidad y la sarcopenia.
Rehabilitación cardiovascular
• En pacientes con enfermedad cardiovascular en prevención secundaria, así como con factores de riesgo en prevención primaria.
• Liderazgo del equipo interdisciplinario y de las sesiones de intervención, así como la interpretación de exámenes de laboratorio, imagenología y pruebas funcionales cardiopulmonares.
• Diagnóstico funcional e interpretación de pruebas cardiovasculares-pulmonares, prescripción del programa integral de rehabilitación que incluye ejercicio y modificación de estilo de vida, desde la fase de hospitalización, la fase II y en las fases ambulatorias en enfermedades cardiopulmonares, como infarto del miocardio, falla cardiaca, enfermedad vascular periférica, entre otras.
• Capacidad para toma de decisiones basadas en el estado clínico y los hallazgos de ayudas diagnósticas para la prescripción y el monitoreo del ejercicio, y la educación en la modificación de factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida saludable, tanto en hospitalización como en fases ambulatorias con acompañamiento a cuidadores y familiares.
• Rehabilitación en pacientes geriátricos con múltiples patologías: diseño de programas de rehabilitación adaptados a las necesidades de los adultos mayores con varias condiciones crónicas y discapacidad.
Rehabilitación pulmonar
• En las enfermedades respiratorias crónicas como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis pulmonar, asma, neumoconiosis, entre otras.
Rehabilitación en enfermedades infecciosas
• Tratamiento de rehabilitación en pacientes con COVID-19, COVID prolongado, VIH, dengue, chikungunya, Zika, polio y síndrome pospolio, tuberculosis pulmonar, lepra, entre otras que causen consecuencias en el funcionamiento.

Rehabilitación oncológica

- Conocimientos de la patología oncológica en los diferentes grupos poblacionales y etarios.
- Características de los tratamientos específicos y la toxicidad aguda, subaguda y tardía, así como la identificación de riesgos inherentes a la enfermedad, el tratamiento y las condiciones personales de los pacientes para mantener su calidad de vida y prevenir la discapacidad.
- Conocimiento de fundamentos teórico-prácticos de cuidados paliativos.

Rehabilitación del piso pélvico

- Incontinencia urinaria o fecal, hiperactividad vesical, posoperatorio de cirugías de próstata, vejiga y recto.

Alteraciones en la sexualidad

- En diferentes condiciones que comprometan la funcionalidad, especialmente en las lesiones de la médula espinal.

Quemaduras y tratamiento de heridas

- En niños y adultos: tratamiento de la cicatrización de las quemaduras, mantenimiento de la función, uso del ferulaje, intervenciones psicológicas y sociales e integración ocupacional.
- Conocimiento y habilidades en determinación de riesgo, prevención y manejo interdisciplinario de úlceras por presión.

Rehabilitación infantil

- Conocimiento y manejo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud de niños y adolescentes, y las diferentes dimensiones del funcionamiento en los niños.
- Teorías del desarrollo infantil y el enfoque ecológico del desarrollo humano.
- Conceptos de condición de discapacidad en el desarrollo infantil y sobre el enfoque de la diversidad funcional.
- Modelos de atención en rehabilitación infantil y diferentes enfoques de habilitación-rehabilitación.
- Habilidades para detección y manejo temprano de trastornos de movimiento y postura.
- Habilidades para evaluación de los movimientos generales del recién nacido y otras pruebas para predicción y diagnóstico temprano de las alteraciones del desarrollo.
- Estrategias de intervención temprana en niños con alteraciones del desarrollo o en riesgo de presentarlas.
- Conocimientos y habilidades para el abordaje interdisciplinario de las alteraciones del desarrollo en los niños: trastorno del desarrollo de la comunicación, del desarrollo de la coordinación, déficit de atención e hiperactividad, trastornos del espectro autista, trastornos del aprendizaje y de las habilidades académicas y discapacidad intelectual.
- Conocimiento de herramientas diagnósticas para la detección de alteraciones sensoriales y cognitivas.
- Identificación, conocimiento y manejo de parálisis cerebral, enfermedades congénitas, enfermedades degenerativas neuromusculares, distrofia muscular, mielomeningocele, trastornos adquiridos musculoesqueléticos, trauma, otros trastornos neurológicos y reumatológicos.
- Reconocimiento de las necesidades específicas de niños con enfermedad oncológica.
- Tratamiento del lactante prematuro y determinación del riesgo neurológico.
- Conocimiento y destreza en la aplicación de escalas de desarrollo infantil e instrumentos para seguimiento del desarrollo en los niños.
- Conocimiento de fundamentos y técnicas de aplicación de toxina botulínica.
- Liderazgo y vinculación con otras especialidades y profesiones en manejo de patologías discapacitantes de la niñez.
- Conocimiento e involucramiento en procesos de inclusión escolar.

Rehabilitación profesional y de medicina laboral

- Prevención, evaluación y rehabilitación de enfermedades y lesiones relacionadas con el ambiente de trabajo, las condiciones psicosociales y los factores de riesgo ocupacional.
- Asesoría y diseño de programas en la reincorporación laboral.
- Evaluación de la capacidad laboral y ocupacional en enfermedades de origen laboral, enfermedades ocupacionales y accidentes laborales.
- Participación en los equipos multidisciplinarios.

Rehabilitación psicosocial y prescripción de tecnologías de asistencia

- Integración a procesos de evaluación, atención y consejería para favorecer la inclusión laboral y la educación de personas en situación de discapacidad.
- Acompañamiento a las personas con necesidades de rehabilitación y a sus cuidadores para la aceptación de la discapacidad.
- Prescripción de cualquier equipamiento de órtesis, prótesis y tecnología de asistencia, desde la evaluación clínica de un especialista en MFyR. En algunos casos se requerirán juntas transdiciplinarias entre ortoprotesistas, terapia física o terapia ocupacional, psicología, trabajo social y otras especialidades médicas.

Rehabilitación en condiciones complejas y crónicas

- Tratamiento de rehabilitación de enfermedades crónicas: rehabilitación integral en enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, insuficiencia renal e hipertensión, y su impacto en la movilidad y funcionalidad del paciente.
- Rehabilitación en enfermedades complejas: rehabilitación en pacientes con comorbilidades complejas, como aquellos con enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas o patologías múltiples, y el enfoque multidisciplinario necesario.

Fuente: elaboración propia

Conclusiones

La MFyR es una especialidad médica con una trayectoria de más de 60 años en Colombia. La formación de posgrado se realiza en 6 programas acreditados con estándares de alta calidad académica, definidos por el CNA. Por motivos de prevención del intrusismo desde otras disciplinas afines es necesario definir un perfil genérico de la especialidad, teniendo en cuenta que los currículos actuales deben ser flexibles y adaptables según el enfoque de cada programa e institución, así como de las necesidades que requiere un mundo que cambia con rapidez, por lo que serán necesarias adaptaciones permanentes al perfil profesional. La ACMFR y los programas académicos de las distintas universidades están comprometidos con la excelencia académica de los egresados, de sus especializaciones y futuras subespecialidades o segundas especialidades.

Es importante, de acuerdo con la opinión de los líderes de la ACMFR, desarrollar segundas especialidades médicas en áreas como rehabilitación infantil, neurológica, del dolor e intervencionismo, electrodiagnóstico y monitoreo intraoperatorio, rehabilitación cardiaca y en enfermedades profesionales.

Además, se debe aumentar el número de profesionales formados en MFyR. En África, Asia y América Latina se requieren más de 180 000 profesionales de MFyR para atender las necesidades de las personas con discapacidad[49]. La brecha entre la demanda y la oferta es particularmente notoria en países de bajos y medianos ingresos (LMIC, por su sigla en inglés), donde la proporción de profesionales de rehabilitación cae por debajo de 10 por cada 1 000 000 de personas. Como resultado, solo el 3 % de las personas en LMIC que necesitan servicios de rehabilitación los reciben[50].

Así, es necesario continuar fortaleciendo la ACMFR como asociación gremial para el encuentro de pares académicos, la acreditación de los especialistas en MFyR en Colombia y mantener las actividades de educación médica continua que mantienen y mejoran las competencias de los médicos fisiatras en Colombia.

Además, es importante contar con escenarios adecuados de formación de residentes, por ello es significativo en primer lugar, participar en un plan nacional de rehabilitación para mejorar la atención de las personas con necesidades de rehabilitación, desarrollar el nivel de atención primaria y conectar con los niveles de mayor complejidad. Los escenarios de formación deben tener una atención en rehabilitación interdisciplinaria e integral en el mismo sitio, con base en recomendaciones o guías basadas en la evidencia, centradas en el paciente y con participación de sus cuidadores[7].

En segundo lugar, promover la implementación en Colombia de la resolución de la OMS del 2023, para fortalecer los servicios de rehabilitación en el sistema nacional de salud[8] y, de esta manera, tener escenarios de práctica reales y de alta calidad para la formación de los estudiantes de posgrado y pregrado en Colombia.

Contribución de los autores

Luz Helena Lugo Agudelo: búsqueda de información, síntesis y redacción final; Andersson Lufandt Rozo Albarracín: recolección de información, redacción del borrador y del manuscrito final; Rodrigo Castro Rebolledo: recopilación de información, redacción del borrador y del manuscrito final.

Implicaciones éticas

Los autores declaran que han reconocido a todas las fuentes de información y las autorías de gráficos y referencias. Además, indican que el presente artículo no tiene implicaciones éticas para los pacientes.

Financiación

Los autores declaran que no recibieron financiación para la redacción o publicación del presente artículo.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés relacionados con el presente artículo.

Rev Col Med Fis Rehab 2026;36(1):e543 - http://revistacmfr.org
http://doi.org/10.28957/rcmfr.543

Uso de inteligencia artificial (IA)

Los autores declaran que no han utilizado IA en el presente artículo.

Declaración de datos

Los autores declaran que no hubo recolección de datos.

Agradecimientos

A los profesores y directores de programa que revisaron este documento: Ana María Posada, Liliana María Rodríguez, Liliana García, Jesús Alberto Plata, Hilda Wilches, Yudy Rodríguez, Sandra Milena Castellar, José Mauricio Tolosa y Mónica Rincón.

Referencias

1. Negrini S, Selb M, Kiekens C, Todhunter-Brown A, Arienti C, Stucki G, *et al*. Rehabilitation definition for research purposes. A global stakeholders' initiative by Cochrane Rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2022;58(3):333-41. Disponible en: *https://doi.org/10.23736/s1973-9087.22.07509-8*

2. PRM Section and Board of UEMS. UEMS PRM Section and Board [internet]. 2020. [citado 2024 ag. 20]. Disponible en: Disponible en: *https://uems-prm.eu/*

3. Organización Mundial de la Salud. Cobertura Universal de Salud [internet]. Ginebra: OMS; 2019. [citado 2023 nov. 22]. Disponible en: Disponible en: *https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)*

4. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Hanson SW, 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*

5. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [internet]. NU; 2006. [citado 2023 nov. 22]. Disponible en: Disponible en: *https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf*

6. Organización Mundial de la Salud. Discapacidad: proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con discapacidad [internet]. Ginebra: OMS; 2014. [citado 2023 nov. 22]. Disponible en: Disponible en: *https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_16-sp.pdf*

7. Gutenbrunner C, Nugraha B, Gimigliano F, Meyer T, Kiekens C. International Classification of Service Organization in Rehabilitation: an updated set of categories (ICSO-R 2.0). J Rehabil Med. 2020;25(1):jrm00004. Disponible en: *https://doi.org/10.2340/16501977-2627*

8. Seijas V, Kiekens C, Gimigliano F. Advancing the World Health Assembly's landmark Resolution on Strengthening Rehabilitation in Health Systems: unlocking the future of rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2023;59(4):447-51. Disponible en: *https://doi.org/10.23736/s1973-9087.23.08160-1*

9. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disabil Rehabil. 2002;24(17):932-8. Disponible en: *https://doi.org/10.1080/09638280210148594*

10. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Ginebra: WHO; 2001.

11. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun BT, Stucki G. Identification of candidate categories of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) for a Generic ICF Core Set based on regression modelling. BMC Med Res Methodol. 2006;6:36. Disponible en: *https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-36*

12. Castro Rebolledo R. Doctor Napoleón Rojas, toda una vida dedicada a la especialidad. Rev Col Med Fis Rehab. 2009;19(1):64-7.

13. Frontera WR, Stucki G, Engkasan JP, Francisco GE, Gutenbrunner C, Hasnan N, *et al*. Advancing academic capacity in physical and rehabilitation medicine to strengthen rehabilitation in health systems worldwide: a joint effort by the European Academy of Rehabilitation Medicine, the Association of Academic Physiatrists, and the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. Am J Phys Med Rehabil. 2022;101(9):897-904. Disponible en: *https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002067*

14. Lugo Agudelo LH, Seijas Bermúdez VA, Spir Brunal MA, Posada Borrero AM. Situación de la medicina física y rehabilitación en Colombia: descripción desde la perspectiva de los profesionales. Rev Col Med Fis Rehab. 2023;33(supl.): 221-36. Disponible en: *https://doi.org/10.28957/rcmfr.399*

15. Seijas-Bermúdez V, Payares-Álvarez K, Cano-Restrepo B, Hernández-Herrera G, Salinas-Durán F, García-García HI, *et al*. Lesiones graves y moderadas por accidentes de tránsito en mayores de 60 años. Medellín, Colombia. Rev Fac Med. 2019;67(2):201-8. Disponible en: *https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.69549*

16. Velez-Jaramillo DA, Lugo-Agudelo LH, Cano-Restrepo BC, Castro-García PA, García-García HI. Costos de atención y rehabilitación de pacientes con lesiones por accidentes de tránsito en el mundo. Rev Fac Nac Salud Pública. 2016;34(2):220-9. Disponible en: *https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n2a11*

17. Salinas Durán FA, Cano Restrepo BC, Payares Álvarez K, Plata Contreras JA, Posada Borrero AM, Vallejo Bocanumen CE, *et al*. Discapacidad, funcionamiento, depresión, ansiedad y calidad de vida en pacientes con traumatismo craneoencefálico moderado o grave de Medellín (Colombia). Rev Col Med Fis Rehab. 2024;34(1):e410. Disponible en: *http://doi.org/10.28957/rcmfr.410*

18. Giraldo YA, Castro JL, Tovar-Sánchez MA, Kumar AA, Pacichana-Quinayáz SG, Bonilla-Escobar FJ. Epidemiology of traumatic spinal cord injuries in Colombia. Spinal Cord Ser Cases. 2021;7(1):42. Disponible en: *https://doi.org/10.1038/s41394-021-00408-3*

19. Lugo LH, García HI, Rogers HL, Plata JA. Treatment of myofascial pain syndrome with lidocaine injection and physical therapy, alone or in combination: a single blind, randomized, controlled clinical trial. BMC Musculosketel Disord. 2016;17:101. Disponible en: *https://doi.org/10.1186/s12891-016-0949-3*

20. Benavides J, Castro OE. Validation of a semiological maneuver for the evaluation of spastic dynamic clubfoot: an approach based on the judgment of experts in physical medicine and rehabilitation. Eur J Phys Rehabil Med. 2022;58(4):575-83. Disponible en: *https://doi.org/10.23736/s1973-9087.22.07355-5*

21. Velásquez Gómez GI, Posada Borrero AM, Velásquez Correa JC. Factores relacionados con la adherencia al ejercicio durante la Fase III de un programa de rehabilitación cardiaca implementado en pacientes con falla cardiaca. Rev Col Med Fis Rehab. 2025;35(2):e509. Disponible en: *https://doi.org/10.28957/rcmfr.509*

22. Gaviria Moreno JP, Gutiérrez Ramirez MA. Caracterización de los cambios en el volumen del muñón en pacientes con amputación transtibial. Rev Col Med Fis Rehab. 2025;35(1):e441. Disponible en: *http://doi.org/10.28957/rcmfr.441*

23. Realpe Cisneros LG, Plata Contreras JA, Lugo-Agudelo LH, Osorno Arroyave V, Velasquez Correa JC. Características sociodemográficas, clínicas y barreras del sistema de salud en pacientes amputados con o sin prótesis. Rev Col Med Fis Rehab. 2024;34(2):e443. Disponible en: *https://doi.org/10.28957/rcmfr.443*

24. Giraldo Castaño L, Pinto Maquilon JK, Lugo Agudelo LH, Velásquez Correa JC, Pastor MP, Posada Borrero AM, *et al*. Ruta integral de atención en salud para personas con amputaciones de miembro inferior, para mejorar el funcionamiento y la calidad de vida. Rev Fac Nac Salud Pública. 2022;40(1):e342981. Disponible en: *https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e3422981*

25. Castellar-Leones S, Ruiz-Ospina E, Correa-Arrieta C, Ortiz-Corredor F. Perceived impact on the daily lives of patients with spinal muscular atrophy treated with nusinersen: a natural language processing approach. Am J Phys Med Rehabil. 2026:10.1097/PHM.0000000000002979. Disponible en: *https://doi.org/10.1097/phm.0000000000002979*

26. Correa-Arrieta C, Castellar-Leones S, Ruiz-Ospina E, Diaz-Ruiz J, Sanchez-Peñarete D, Rodriguez-Cruz W, *et al*. Amyotrophic lateral sclerosis in Colombia: a population-based study of incidence and socioeconomic determinants. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener. 2026;27(3-4):412-21. Disponible en: *https://doi.org/10.1080/21678421.2025.2597944*

27. Correa-Arrieta C, Castellar-Leones S, Ruiz-Ospina E, Villamil-Osorio M, Bobadilla-Quesada EJ, Ortiz-Corredor F. Friedreich's ataxia in Colombia: a population-based study of incidence and socioeconomic determinants. Mov Disord. 2025;40(12):2782-91. Disponible en: *https://doi.org/10.1002/mds.70033*

28. Castellar Leones SM, Correa Arrieta CA, Ruiz Ospina E. Clinimetría en polineuropatías. Rev Col Med Fis Rehab. 2025;35(supl. 1):e512. Disponible en: *http://doi.org/10.28957/rcmfr.512*

29. Ramírez Salazar DA, Soto Ossa PA, Rúgeles López MT, Lugo Agudel LH, Ocampo Agudelo MC, Ruiz Yepes M, *et al*. Propuesta didáctica con enfoque ecológico e interdisciplinar: una apuesta por la educación superior inclusiva. Siglo Cero. 2021;52(3):163-84. Disponible en: *https://doi.org/10.14201/scero2021523163184*

30. Ortega Bedoya Y, Mejía Londoño V, Rendón Vélez E, Valencia Legarda F, Plata-Contreras JA. Mobility and postural limitations perceived by transtibial amputees undertaking agricultural activities: a qualitative study. Ann Med. 2023;55(2):2258915. Disponible en: *https://doi.org/10.1080/07853890.2023.2258915*

31. García HI, Vera CY, Lugo LH. Calidad de vida relacionada con la salud en Medellín y su área metropolitana, con aplicación del SF-36. Rev Fac Nac Salud Pública. 2014;32(1):26-39. Disponible en: *https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.15225*

32. Vélez CM, Lugo-Agudelo LH, Hernández-Herrera GN, García-García HI. Colombian Rasch validation of KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. Health Qual Life Outcomes. 2016;14:67. Disponible en: *https://doi.org/10.1186/s12955-016-0472-0*

33. Vélez CM, Lugo LH, García HI. Validez y confiabilidad del 'Cuestionario de calidad de vida KIDSCREEN-27' versión padres, en Medellín, Colombia. Rev Colomb Psiquiat. 2012;41(3):588-605. Disponible en: *https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60031-7*

34. Quintero Valencia CA, Lugo Agudelo LH, García García HI, Sánchez Ávila AM. Validación del cuestionario KIDSCREEN-27 de calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes de Medellín, Colombia. Rev Colomb Psiquiat. 2011;40(3):470-87. Disponible en: *https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60141-4*

35. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral: guía completa 2015. Guía No. 55 [internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. [citado 2023 ag. 26]. Disponible en: Disponible en: *https://www.iets.org.co/Archivos/41/GPC_AMP_completa.pdf*

36. Posada-Borrero AM, Patiño-Lugo DF, Plata-Contreras JA, Velasquez-Correa JC, Lugo-Agudelo LH. Development of a clinical practice guideline for lower limb amputees. A knowledge translation process in a middle income country. Front Rehabil Sci. 2022;3:873436. Disponible en: *https://doi.org/10.3389/fresc.2022.873436*

37. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de distrofia muscular: guía completa 2014-guía No. 37 [internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. [citado 2023 ag. 26]. Disponible en: *https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-diagnostico-distrofia-muscular.pdf*

38. Oviedo-Cáceres MP, Lugo-Agudelo LH, Vélez CM, Suárez-Escudero JC, Posada-Borrero AM, Hernández-Padilla ML, *et al*. Recomendaciones basadas en la evidencia para el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento de personas mayores de 7 años con baja visión. Rev Mex Oftalmol. 2023;96(5):191-204. Disponible en: *https://doi.org/10.24875/rmo.m22000244*

39. Vélez CM, Bernal Ramírez P, Oviedo-Cáceres MP, Lugo Agudelo LH, Posada AM, Hernández-Padilla ML, *et al*. Psychometric properties of scales for assessing the vision-related quality of life of people with low vision: a systematic review. Ophthalmic Epidemiol. 2023;30(3):239-48. Disponible en: *https://doi.org/10.1080/09286586.2022.2093919*

40. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardiaca en población mayor de 18 años, clasificación B, C y D: guía completa 2016. Guía No. 53 [internet]. Ministerio de Salud y Protección Social: Bogotá; 2016. [citado 2023 ag. 26]. Disponible en: *https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-rehabilitacion-falla-cardiaca-poblacion-mayor-18-anos-b-c-d.pdf*

41. Patiño-Lugo DF, Pastor Durango MP, Lugo-Agudelo LH, Posada Borrero AM, Ciro Correa V, Plata Contreras JA, *et al*. Implementation of the clinical practice guideline for individuals with amputations in Colombia: a qualitative study on perceived barriers and facilitators. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):538. Disponible en: *https://doi.org/10.1186/s12913-020-05406-z*

42. Ciro Correa V, Lugo-Agudelo LH, Aguirre-Acevedo DC, Plata Contreras JA, Posada Borrero AM, Patiño-Lugo DF, et al. Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the imple-

mentation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. Health Res Policy Syst. 2020;18(1):74. Disponible en: *https://doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8*

43. Vélez M, Lugo-Agudelo LH, Patiño Lugo DF, Glenton C, Posada AM, Mesa Franco LF, *et al.* Factors that influence the provision of home-based rehabilitation services for people needing rehabilitation: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023;2:CD014823. Disponible en: *https://doi.org/10.1002/14651858.CD014823*

44. International Society of Physical Medicine and Rehabilitation. Core curriculum & competencies for the professional practice of physical and rehabilitation medicine [internet]. ISPRM; 2019. [citado 2025 abr. 03]. Disponible en: *PRM-Core-curriculum-Competency_Final-11.29.19.pdf*

45. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Physical Medicine and Rehabilitation [internet]. ACGME. [citado 2025 febr. 10]. Disponible en: *https://www.acgme.org/specialties/physical-medicine-and-rehabilitation/overview/*

46. Leach DC. Changing education to improve patient care. Qual Health Care. 2001;10 (supl. 2):ii54-8. Disponible en: *https://doi.org/10.1136/qhc.0100054*

47. Castro-Rebolledo R. Evaluación de competencias clínicas en los contextos médicos curriculares actuales. Rev Salud Bosque. 2018;8(1):64-8. Disponible en: *https://doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2375*

48. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Physical Medicine and Rehabilitation Milestones [internet]. ACGME; 2021. [citado 2023 my. 20]. Disponible en: *https://www.acgme.org/globalassets/pdfs/milestones/physicalmedicineandrehabilitationmilestones.pdf*

49. Khan F, Owolabi MO, Amatya B, Hamzat TK, Ogunniyi A, Oshinowo H, *et al.* Challenges and barriers for implementation of the World Health Organization Global Disability Action Plan in low- and middle- income countries. J Rehabil Med. 2018;50(4):367-76. Disponible en: *https://doi.org/10.2340/16501977-2276*

50. Leite VF, Boltes Cecatto R, Rizzo Battistella L, Moran de Brito CM. Establishing a cancer rehabilitation service in a middle-income country: an experience from Brazil. Curr Phys Med Rehabil Rep. 2022;10(4):339-44. Disponible en: *https://doi.org/10.1007/s40141-022-00373-4*