

## Aproximación a la práctica clínica del médico fisiatra y su desarrollo en Chile

### Approach to clinical practice for Physiatrists or PM&R physicians and its development in Chile

Isidora M Grez<sup>1</sup>, Francisco J Nally<sup>1</sup>, Bernardita Mackenney<sup>1</sup>, Teresita Risopatrón<sup>2</sup>

#### Resumen

**Introducción:** la actividad médica no acaba cuando la enfermedad remite. Así lo han demostrado las personas con COVID-19 grave, que no hablan de *recuperación* hasta meses después del egreso hospitalario. Bajo esta premisa amerita profundizar en el rol de la Medicina física y Rehabilitación. **Materiales y Métodos:** se realizó una revisión de la literatura en revistas de habla hispana e inglesa indexadas en bases de datos científicas. Los criterios de búsqueda fueron dirigidos a los objetivos: definir fisiatría y su posición dentro del modelo sanitario, conocer sus áreas de desempeño y la realidad nacional. **Resultados:** la fisiatría es la especialidad médica que se encarga de optimizar el funcionamiento de las personas mediante técnicas y estrategias de rehabilitación. Una vez establecido el diagnóstico trimodal, el fisiatra propone objetivos que involucren a todo el equipo rehabilitador, previo acuerdo con el paciente y su familia. Se encuadra bajo el modelo biopsicosocial y su espectro de acción comprende toda condición de salud o patología -congénita o adquirida- que genere una disfunción física, cognitiva o emocional, una limitación en la actividad o algún grado de restricción en la participación. A pesar del desarrollo de casi 60 años de la especialidad en Chile, existe desconocimiento en torno a ella y su alcance clínico. **Discusión:** parece importante contar en Chile con canales y agentes de difusión sobre el papel que juega la fisiatría como un recurso que eficientiza la restitución de las personas; deben promoverse líneas de investigación, desarrollo de subespecialidades y la descentralización de sus atenciones.

**Palabras clave:** fisiatría; rehabilitación; Medicina física y Rehabilitación; funcionamiento; Chile.

#### Abstract

**Introduction:** Medical activity does not end when the disease remits. This has been demonstrated by patients with severe COVID-19, who do not speak of recovery until months after hospital discharge. Under this premise, the role of Physical medicine and rehabilitation deserves to be studied in depth. **Materials and Methods:** A literature review was conducted in Spanish and English language journals indexed in scientific databases. Search criteria were refined with the following objectives: to define Physiatry and its position within the health model, recognize its areas of performance, and describe the national context. **Results:** Physiatry is the medical specialty responsible for optimizing the functionality of people through rehabilitation techniques and strategies. Once the trimodal diagnosis is established, the physiatrist proposes objectives that involve the entire rehabilitation team and prior agreement with the patient and family. It is framed under the biopsychosocial model. Its range of action includes any health condition or pathology -congenital or acquired- that generates a physical, cognitive or emotional dysfunction, a limitation in activities, or any degree of restriction in participation. Despite 60 years of development in Chile, there is a lack of knowledge about this specialty and its potential clinical applicability. **Discussion:** It seems essential to create channels for dissemination of the role played by Physiatry in Chile as a resource that makes people's restitution more efficient, as well as promoting lines of research, development of subspecialties, and decentralization of care.

**Keywords:** physiatry; rehabilitation; physical medicine and rehabilitation; functioning; Chile.

Fecha de envío: 2022-02-02 - Fecha de aceptación: 2022-12-21

(1) Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.  
(2) Programa de Medicina física y Rehabilitación, Red de Salud UC Christus.  
Autor de correspondencia: [imgrez@uc.cl](mailto:imgrez@uc.cl)



## Introducción

En el trasfondo de la especialidad de Medicina física y Rehabilitación yace la premisa de que las terapias médicas no sólo debieran considerar en su horizonte la recuperación “clínica” del paciente, entendido como el cese de síntomas o de las desviaciones al examen físico o analítico, sino que incorporar también el impacto de la patología en su funcionalidad. De este modo, el objetivo es orientar e idealmente acompañar a la persona en todo su proceso de inserción social, familiar, escolar o laboral (Frontera & DeLisa, 2010). Se presume, por tanto, que la actividad médica no acaba cuando la enfermedad remite, ya que un individuo no es solo un paciente, sino la conjunción de su pasado, su historia actual y su futuro en un engranaje social único e irreplicable en el cual él es agente. Paciente y agente como un todo es el foco del médico fisiatra que esta pandemia ha puesto en la palestra, en donde el trabajo en equipo y la conjunción de profesionales médicos y no médicos se sitúa en la base de la especialidad.

Probablemente la pandemia por SARS-CoV-2 se convierta en un hito para la historia universal. Su alcance en la sociedad actual dista mucho de sólo considerar implicancias sanitarias. Apareja importantes efectos económicos, educacionales, culturales y medioambientales (Onyema *et al.*, 2020; Ibn-Mohammed *et al.*, 2021). Las implicancias directas son evidentes de reconocer a nivel país, reflejándose en el porcentaje de utilización de camas críticas, la disponibilidad de ventiladores mecánicos, el impacto en la salud física y emocional del personal sanitario, etc. Los costos indirectos derivados de las largas cuarentenas, el paso de la presencialidad a la virtualidad y el aislamiento social, por ejemplo, se conocerán solo en la perspectiva del tiempo (Barnett *et al.*, 2020; Nicola *et al.*, 2020).

Con el pasar de los meses y las “olas de contagio”, se ha vuelto evidente que las personas que padecen COVID-19 grave o crítico no hablan de *recuperación* hasta meses después del egreso hospitalario, y esto, porque sobrevivir no es sinónimo de sanar. La misma enfermedad por coronavirus y sus complicaciones, sumado a la larga estadía hospitalaria y a los efectos secundarios de los fármacos empleados en el tratamiento, provocan consecuencias físicas, cognitivas y emocionales en la persona -y en su familia- que suponen largos períodos de rehabilitación post contagio, fenómeno que se ha cristalizado en la comunidad científica y en la sociedad bajo el concepto de Síndrome post COVID-19 (Nalbandian *et al.*, 2021).

A la luz de esta pandemia y con el objetivo de visibilizar la importancia de la rehabilitación en la salud global del individuo tanto en su dimensión personal como comunitaria, se aquilata la necesidad de profundizar en el rol de la Medicina física y Rehabilitación en la práctica clínica. Nuestro cometido es entonces presentar a la

comunidad científica esta especialidad conocida como “fisiatría”, de tal forma que sea integrada orgánicamente al ejercicio de la medicina, armonizando con sus diversas especialidades y subespecialidades. Para ello, nos hemos propuesto cuatro objetivos: (1) definir qué es la fisiatría y su método de trabajo, (2) identificar su papel dentro del modelo de salud, (3) establecer sus áreas de desempeño y (4) describir su alcance dentro de la realidad chilena. Una vez resueltos, como meta final intentaremos abordar la problemática de la brecha país de especialistas en medicina física y rehabilitación.

## Materiales y métodos

El presente trabajo corresponde a una revisión bibliográfica de la literatura. Los autores realizaron, de forma independiente, una búsqueda en revistas indexadas en *Epistemonikos*, *PubMed*, *SciELO* y *Google Scholar*, que respondiera a uno o más de los objetivos propuestos. Los términos utilizados para la búsqueda fueron los siguientes: fisiatría, medicina física y rehabilitación, medicina de rehabilitación, funcionamiento y discapacidad, modelo biopsicosocial en rehabilitación, fisiatría en Chile, formación especialista fisiatría en Chile. De un total de 47 artículos revisados, solo se seleccionaron aquellos publicados en los últimos 30 años (1991 – 2021) y escritos en español o inglés resultando en 25 artículos escogidos. Posteriormente, se revisó la bibliografía de los artículos seleccionados, incorporando a la revisión aquellos trabajos que aportaran nueva información a la ya recopilada, siguiendo el mismo criterio inicial. Para precisar algunas cifras nacionales se adicionaron a la revisión informes ministeriales y bases de datos tales como el registro nacional de prestadores individuales de salud de la Superintendencia de Salud. Luego se redactó un primer documento virtual que se repartió entre médicos que se dedican directa o indirectamente a la rehabilitación. Sus aportes se agregaron como opinión de expertos.

## Resultados

### ¿Qué es la fisiatría?

La fisiatría se define como “*la medicina del funcionamiento*», responsable de la rehabilitación que debe aplicarse junto con la estrategia curativa cuando esta no es suficiente para la mejor recuperación de los pacientes; además, la fisiatría se refiere también a la prevención y al mantenimiento del funcionamiento, así como a la formación en rehabilitación de otros profesionales de la salud y a la gestión de los pacientes y cuidadores” (White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, 2018).

Entendemos aquí por funcionamiento el “*aspecto positivo que resulta de la interacción entre una persona con cierta condición de salud y su entorno inmediato*” (Vázquez-Barquero, 2001). En otras palabras, es el modo en que vivimos con la salud que tenemos (White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, 2018). De lo

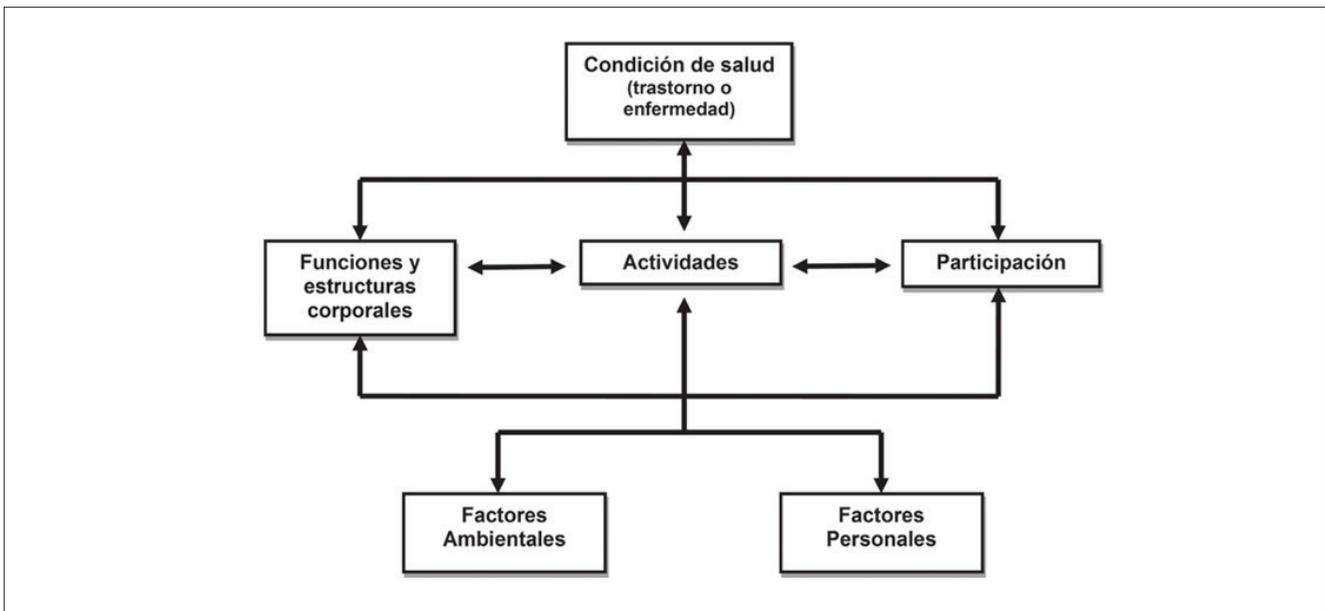
anterior se desprende que detrás de cada persona que atiende el fisiatra existe una doble dimensión a evaluar: su estado de salud y los factores contextuales que lo acompañan. La salud puede verse afectada producto de un trastorno, lesión, condición o enfermedad; el entorno alude a los factores personales y ambientales que rodean dicho estado de salud. Se constituye así un grupo de pacientes muy propios de la especialidad: las personas en situación de discapacidad.

En general, la medicina suele detener su mirada en las estructuras y funciones corporales afectadas por una enfermedad, que se traducen -la mayor parte de las veces- en deficiencias o síntomas evidentes tanto para el paciente como para el examinador. Los exámenes diagnósticos y las terapias farmacológicas o quirúrgicas suelen ir dirigidas a este punto, buscando el motivo de su génesis y la posterior erradicación del problema. Sin embargo, no siempre se indaga con suficiente detalle en la limitación de las actividades que dicha disfunción o déficit provoca en la vida del paciente, postergando parte importante de su realidad personal. Además, estos déficits y/o limitaciones de la actividad conllevan o no, a una restricción de la participación, ya sea en el ámbito familiar, social, escolar, académico o laboral. Todo esto y como ya se ha dicho previamente, se enmarca en una conjunción de factores contextuales que determinan una mayor inserción o restricción social según se comporten como facilitadores o barreras respectivamente (Ver Fig. 1) (Vázquez-Barquero, 2001).

Dadas las características que circunscriben la especialidad, su población objetivo y el paradigma de funcionamiento que la sustenta, es esperable que el fisiatra no se centre exclusivamente en los diagnósticos del paciente, sino también y primordialmente, en cómo estos repercuten en su vida. Para quien consulta, el diagnóstico médico resulta tan relevante como el nuevo sello que este le otorga a su identidad, pues la "persona" antecede al "paciente" (Roman, 2019).

**¿Cuál es el método de trabajo de un fisiatra?**

El especialista en medicina física y rehabilitación recaba en su anamnesis, además de las características propias de cada enfermedad, toda la historia social y funcional del paciente que le permitan alcanzar su cometido: potenciar el funcionamiento del individuo que solicita su asistencia médica. Tras la anamnesis y un examen físico dirigido a los posibles componentes que merman el pleno desempeño funcional, se propone un diagnóstico trimodal según la estructura propuesta por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): diagnósticos médicos, deficiencias en estructuras y funciones corporales, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación (Ver Figura 1. Modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Tomada y adaptada de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001; Vázquez-Barquero, 2001). Una vez establecido el diagnóstico trimodal se proponen objetivos



**Figura 1:** Modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Tomada y adaptada de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001; Vázquez-Barquero, 2001).

El especialista en Medicina Física y Rehabilitación recaba en su anamnesis, además de las características propias de cada enfermedad, toda la historia social y funcional del paciente que le permitan alcanzar su cometido: potenciar la funcionalidad del individuo que solicita su asistencia médica. Tras la anamnesis y un examen físico dirigido a los posibles componentes que merman el pleno desempeño funcional, se propone un diagnóstico trimodal según la estructura propuesta por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): diagnósticos médicos, déficits en estructuras y funciones corporales, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación (Ver Fig 1).

que involucren a todo el equipo de rehabilitación, previo acuerdo con el paciente y su familia, cuidador o tutor legal. Cabe destacar que cada objetivo consensuado conlleva acciones específicas de dos o más agentes involucrados en el proceso de rehabilitación. Estos incluyen al médico fisiatra, médico tratante u otro especialista, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, enfermera, nutricionista, ortesista, trabajador social, agente pastoral, familia, etc. A su vez, estas acciones de rehabilitación involucran diferentes aspectos del paciente (por ejemplo: dolor, fuerza muscular, comunicación, funcionalidad manual, etc.) que son abordados mediante escalas específicas, validadas y globalmente conocidas, a fin de obtener un lenguaje común dentro del equipo y una visión objetiva de su evolución en el tiempo.

La valoración crítica de las dimensiones propuestas mediante escalas o pruebas específicas permite tener una trayectoria de la evolución del paciente más allá del cumplimiento de objetivos clínicos, a fin de detectar a tiempo un incremento o decremento funcional y tomar acciones acordes según sea el caso (White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, 2018). El funcionamiento de una persona siempre puede mejorar y el contar con puntajes o medidas objetivas resulta de utilidad tanto para el equipo tratante como para el paciente y su familia, ya que cuantifica los cambios y la brecha por sortear en base a un valor de referencia.

### **Papel de la fisiatría dentro del modelo de salud**

El modelo biomédico, cuyo origen se remonta a las ciencias básicas al servicio del método científico, conceptualiza la enfermedad como un “funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos o químicos” (Baeta, 2015). Y si bien esta mirada es fundamental en la medicina, si se transforma en absoluta, corre el riesgo de desintegrar al ser humano en sus diferentes estructuras, sistemas o procesos, restándole valor al individuo como tal y a la comunidad en la cual se inserta. De ser así, la atención se desplaza hacia la fisiopatología de la enfermedad, la técnica y los avances biomédicos a fin de reparar o reorientar lo “defectuoso”.

En cambio, el modelo biopsicosocial incorpora a la medicina la dimensión social, cultural, espiritual y psicológica de la persona, otorgándole un lugar predominante en la concepción del proceso de salud y enfermedad, pero sin dejar de considerar el aspecto biomédico (Montaner *et al.*, 2012). Las desviaciones a la normalidad no siempre se traducen en enfermedad, así como tampoco el conocer el nombre de dicha desviación se traduce siempre en una comprensión acabada de la experiencia de enfermedad de cada paciente. Este modelo, entonces, acoge las variables personales y los determinantes sociales de la salud como parte del problema y les adjudica un rol central al

momento de definir el curso de la enfermedad, así como también el contexto y las expectativas de cada paciente definen el éxito -o fracaso- del tratamiento. Durante los últimos años, esta concepción y despliegue de la ciencia ha hecho reorientar la mirada hacia una medicina más centrada en la persona, propiciando la humanización de la misma en cuanto pone al paciente y su contexto en el centro de la atención (Montaner *et al.*, 2012).

La fisiatría se enmarca bajo este último modelo, puesto que la rehabilitación contempla todo el proceso mediante el cual una persona intenta restituir su funcionalidad perdida (o nunca adquirida en el caso de los niños), a razón de las más diversas causas. Es así que para el médico fisiatra es imperativo incorporar el contexto social y emocional de cada paciente en su atención, teniendo en consideración su experiencia de enfermedad, sus propios objetivos y expectativas de recuperación (Vanegas & Gil, 2007). Basado en la evidencia disponible, orienta y da herramientas a la persona para que pueda recuperar o compensar sus déficits, a fin de que encuentre la mejor manera de desempeñar sus actividades de la vida diaria y desenvolverse en la sociedad.

Según los principios del modelo biomédico, el fin del proceso patológico se establece con el control de la enfermedad, sin embargo y volviendo al ejemplo con el cual se introduce este artículo, la pandemia por coronavirus nos ha demostrado que esto no siempre es así: hay pacientes en quienes la enfermedad se logra detener, pero el deterioro en el funcionamiento permanece (Nalbandian *et al.*, 2021).

Tal como el modelo biopsicosocial, la medicina física y rehabilitación no tiene la patología como meta a vencer, sino al paciente como agente a rehabilitar.

### **Áreas de desempeño**

La definición de la especialidad y su método de trabajo orientan sobre el campo de acción del fisiatra, que comprende toda condición de salud o patología -congénita o adquirida-, que genere una disfunción física, cognitiva o emocional, una limitación en la actividad o algún grado de restricción en la participación del individuo que la porta. De ello se deriva un amplio espectro de funciones y supone un aún más amplio abanico de pacientes subsidiarios de intervención fisiátrica, con variados diagnósticos y en diferentes momentos de su curso de vida. Como se mencionó anteriormente, los objetivos propuestos para cada uno de estos pacientes conllevan acciones específicas de dos o más agentes involucrados en el proceso de rehabilitación, incluyendo entre otros a kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, médico fisiatra, donde este último actúa como un director de orquesta.

Para facilitar la comprensión de las áreas de desempeño del fisiatra, se presentan algunos ejemplos a continuación (White Book on Physical and Rehabilitation Medicine in Europe, 2018):

- Personas con trastornos neuromotores que producen debilidad, temblor, rigidez o espasticidad, con trastornos sensitivos y/o sensoriales -visuales o auditivos-, vejiga e intestino neurogénicos, con alteraciones cognitivas, deglutorias, de la comunicación, del comportamiento o de la esfera de la salud mental;
- Personas con enfermedades genéticas, deficiencias nutricionales o metabólicas importantes, que afectan su movilidad y/o desempeño cognitivo;
- Personas multideficientes a causa de una enfermedad reumatólogica, un trasplante, una cirugía compleja, un cáncer o producto de su tratamiento (quimio y radioterapia principalmente);
- Personas en cuidados paliativos o con dolor crónico no oncológico de diversas etiologías;
- Personas con quemaduras, amputaciones o politraumatismo;
- Personas descondicionadas tras su paso por una Unidad de Cuidados Intensivos, una inmovilización prolongada o una enfermedad común con presentación grave;
- Personas con una declinación funcional a raíz de afecciones en el sistema nervioso, respiratorio, musculoesquelético, mucocutáneo, cardíaco, genitourinario, gastrointestinal, sexual;
- Personas portadoras de otras deficiencias que aparecen no necesariamente en contexto de enfermedad: embarazo, premenstrual, deporte, envejecimiento, etc.

La rehabilitación no debe comprenderse como el último eslabón de una cadena precedida por la promoción, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, sino como un continuo que atraviesa todas esas etapas y que fue concatenada allí por la OMS junto a los cuidados paliativos, en virtud de la iniciativa denominada "cobertura sanitaria universal" (OMS, 2021).

En cuanto a la promoción y prevención en salud, el fisiatra tiene un rol educativo en lo referente a hábitos saludables, sobre todo

cuando hay factores de riesgo presentes. Es interesante cómo la pandemia ha puesto de manifiesto que la nutrición deficiente, el tabaquismo y la ausencia de actividad física, pueden agravar una enfermedad a tal punto de requerir de cuidados en una Unidad de Paciente Crítico. Siguiendo el ejemplo, en la atención de pacientes obesos e inactivos, el fisiatra intenta promover un plan de nutrición balanceada y actividad física libre de riesgos de lesión; en la de pacientes con COVID-19 crítico, busca más bien intervenir tempranamente para prevenir que desarrolle deficiencias (o secuelas en caso de persistir) tras un largo período de inmovilización, de enfermedad y de exposición a fármacos o tratamientos invasivos.

Respecto al proceso diagnóstico, el médico fisiatra se distingue por su anamnesis y examen físico orientados hacia el funcionamiento y estructurados bajo el modelo de la CIF. Además, tiene formación en electrodiagnóstico y en los usos del laboratorio de análisis del movimiento. A nivel nacional, este último se utiliza para fines clínicos principalmente en el Instituto Teletón, pero está disponible en muchas otras instituciones. Pacientes con parálisis cerebral, espina bífida o enfermedades neuromusculares, por mencionar algunos ejemplos, se benefician de este recurso para definir el mejor tratamiento a su trastorno motor, que puede ir desde un ejercicio u órtesis específica hasta el manejo intervencional o quirúrgico como sería la cirugía multinivel.

En el ámbito terapéutico, la especialidad puede intervenir a través de la indicación de terapias físicas, ejercicios y técnicas de rehabilitación, o bien, de la prescripción de órtesis, prótesis y ayudas técnicas, aunque sin olvidar el manejo farmacológico e intervencional de algunas condiciones específicas cuando está indicado, favoreciendo así el desempeño de la persona. Los procedimientos suelen ir dirigidos al control del dolor, la espasticidad, distonía y sialorrea, también a liberar cicatrices adheridas o a favorecer la regeneración tisular, mediante infiltraciones intraarticulares, subcutáneas o musculares bajo guía anatómica, ecográfica (*gold standard*) o por electroestimulación. Las soluciones inyectables más frecuentemente utilizadas en estos procedimientos son aquellas que incluyen corticoides, anestésicos locales, ácido hialurónico, fenol, toxina botulínica, plasma rico en plaquetas o medicamentos homeopáticos como Traumeel®, Arthrozeel®, entre otros (Frontera & DeLisa, 2010; Climent *et al.*, 2012).

**Tabla 1:** procedimientos diagnósticos y terapéuticos de resorte del Fisiatra (Climent et al., 2012) (Frontera & DeLisa, 2010).

TIPO DE PROCEDIMIENTO	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	UTILIDAD
<b>Diagnóstico</b>	Prueba de Lidocaína	Evaluar los músculos que se beneficiarían de Toxina Botulínica
	Electrodiagnóstico	Apoyar en el diagnóstico de enfermedades neuromusculares
	Laboratorio de análisis del movimiento	Analizar las alteraciones biomecánicas en los diferentes movimientos a fin de proponer alternativas terapéuticas
	Ecografía	Localizar estructuras anatómicas a infiltrar.
	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	EJEMPLO DE USO
<b>Terapéutico</b>	Infiltración con Toxina Botulínica o Fenol.	Manejo de espasticidad, distonías y dolor.
	Infiltración con anestésicos locales o corticoides sobre partes blandas (músculo, nervio, entesis, bursa, etc)	Control del dolor mediante bloqueos nerviosos, de puntos gatillo o zonas dolorosas
	Infiltración de cicatriz	Liberación de adhesión a planos profundos.
	Infiltración intraarticular	Control del dolor o liberación de adherencias
	Ondas de choque	Manejo de dolor, eventualmente de la espasticidad

En el ámbito terapéutico, la especialidad puede intervenir a través de la indicación de terapias físicas, ejercicios y técnicas de rehabilitación, o bien por la prescripción de órtesis, prótesis y ayudas técnicas, aunque sin olvidar el manejo farmacológico e intervencional de algunas condiciones específicas cuando este está indicado, favoreciendo así el desempeño funcional del paciente. Los procedimientos suelen ir dirigidos al control del dolor, la espasticidad, distonías y sialorrea, también a liberar cicatrices adheridas o favorecer la regeneración tisular, mediante infiltraciones intraarticulares, subcutáneas o musculares bajo guía anatómica, ecográfica (*gold standard*) o por electroestimulación. Las soluciones inyectables más frecuentemente utilizadas en estos procedimientos son aquellas que incluyen corticoides, anestésicos locales, ácido hialurónico, fenol, toxina botulínica, plasma rico en plaquetas o medicamentos homeopáticos como Traumeel®, Arthrozeel®, entre otros. En la Tabla 1 se mencionan los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de resorte del médico Fisiatra.

Para finalizar este apartado, cabe destacar el rol de facilitador y la orientación que otorga el fisiatra a las personas en situación de discapacidad respecto a las gestiones necesarias para acceder a los beneficios que le proporciona la sociedad: servicios municipales que se canalizan a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), servicios gubernamentales estructurados u organizados en programas específicos (Ley Ricarte Soto, Chile Crece Contigo, GES, Senadis, etc), pensión de invalidez, credencial de discapacidad, establecimientos educativos con proyecto de integración, fondos concursables, entre otros. En esta misma línea, la reunión de familia, con o sin el paciente presente, es una herramienta de la cual se vale el fisiatra con regularidad: es una instancia educativa para la díada paciente / familia en que se les proporciona información y orientación sobre aspectos clínicos y administrativos referentes a la discapacidad. En definitiva, contribuye a una comprensión más acabada de la experiencia de discapacidad por ambas partes y con ello, a reducir la sobrecarga del cuidador.

### Historia, desarrollo e impacto dentro de la realidad chilena

Así como es importante conocer la fisiatría desde sus diversas áreas de desempeño, resulta también fundamental entender la realidad local a la luz del desarrollo de la especialidad a nivel global.

La fisiatría surge como especialidad médica en Estados Unidos (E.E.U.U.) a principios del siglo XX, con la figura del Dr. Frank Krusen hacia el año 1921. Él comprendió la relevancia del desacondicionamiento físico y su impacto en la recuperación integral de la salud estudiando a los enfermos de tuberculosis. Emprendió entonces un camino que buscaba generar y otorgar sustento científico al conocimiento adquirido con el fin de convertirlo en una nueva especialidad médica. Es así que en el año 1929 nace el primer departamento de medicina física con el respaldo de la escuela de medicina de Temple, que rápidamente

evoluciona hacia un primer programa de residencia de Medicina física en el año 1936, que luego pasó a llamarse medicina física y rehabilitación.

Durante la Segunda Guerra Mundial la especialidad adquirió una gran preponderancia, alcanzando su apogeo con la rehabilitación de los veteranos de guerra, soldados que volvían a su país con diversas formas de discapacidad. La especialidad siguió su camino, logrando el reconocimiento por parte de la Organización Mundial de la Salud en 1968 y creándose ese mismo año la Sociedad Internacional de medicina de rehabilitación como soporte científico a esta nueva entidad (Vergara, 2010). Para ese entonces ya había médicos fisiatras ejerciendo su profesión, oficialmente instruidos y con exámenes validados por juntas nacionales que promovían el desarrollo de la medicina de rehabilitación.

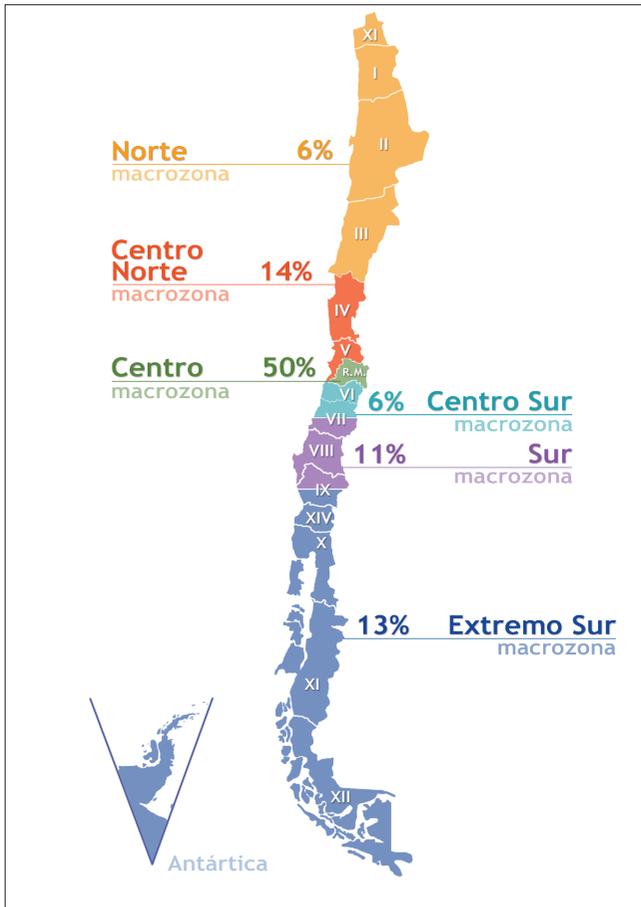
El Dr. Krusen fue uno de los que con su trabajo impulsó este proceso de oficialización de la especialidad y es considerado el padre de la Medicina física, aunque hay quienes postulan a Howard Rusk como su fundador. Fue Krusen quien acuñó el término “fisiatría” (1939) por las palabras griegas “*physis*” (naturaleza, fenómenos físicos) y “*iatreia*” (curación, medicina) (Pava-Ripili & Granada-Echeverry, 2016). Cabe destacar que la fisiatría es una de las ramas más jóvenes de la medicina, lo cual supone un desafío en términos de desarrollo interno, generación de conocimiento y de difusión a los diferentes niveles de la sociedad.

La fisiatría en Chile nace en torno al año 1958 bajo la figura del Dr. Livio Paolinelli Monti, quien luego de graduarse de medicina en la Universidad de Chile, fue a la Universidad de Colorado – E.E.U.U. a formarse en la especialidad. Al regresar a Chile en el año 1961 forma el servicio de Medicina física y Rehabilitación en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Ya en 1964, esta casa de estudios inicia una larga trayectoria de formación de médicos para la especialidad; al principio con uno al año, y a la fecha, del orden de siete residentes anualmente (Vergara, 2010). Recién el año 2011 se conformó un segundo programa de formación de especialistas adscrito a una universidad diferente, esta vez, privada.

A pesar del desarrollo de casi 60 años de la especialidad en Chile, el desconocimiento en torno a ella existe y su alcance clínico parece insuficiente, más aún bajo la premisa de que el país cuenta con un 16,7% de población en situación de discapacidad (Senadis, 2016). Los números son contundentes al momento de objetivar esta realidad, y prueba de ello es que pacientes y médicos no tienen absoluta claridad de cuándo consultar o derivar a un fisiatra. Así lo objetiva un estudio realizado el año 2016 sobre el conocimiento que tenían los médicos que trabajaban para ese entonces en el sistema público de la Región Metropolitana sobre la medicina física y rehabilitación. El 74,8% de los 134 encuestados no se sentía lo suficientemente interiorizado con las áreas de desempeño del fisiatra como para derivarle algún paciente, siendo que el 24,1% de su población atendida se encontraba en situación de discapacidad. Incluso, un 39,7% afirmó nunca haber derivado al médico fisiatra (Salgado & Berna, 2016).

Además, tras un análisis de las interconsultas hospitalarias realizadas en el Hospital Clínico Universidad de Chile, se estableció que sólo un 7% de los pacientes con patologías potencialmente discapacitantes eran evaluados por un fisiatra (Hofmann *et al.*, 2017). Por su parte, el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile cuenta con un equipo formal de fisiatría hospitalaria recién desde el año 2020. A la fecha, Chile cuenta con 297 especialistas en Medicina física y Rehabilitación inscritos en la Superintendencia de Salud y con cuatro universidades que imparten la especialidad, con un número de cupos que varía de año a año según criterios institucionales. Los fisiatras se distribuyen desde Arica a Punta Arenas, tanto en el sistema público como privado, pero la brecha sigue latente.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales de Chile publicó el 2017 un documento en que identificaba un promedio de 7,6 cupos anuales de formación para la especialidad a nivel nacional entre los años 2014 y 2016. Mostraba una distribución no homogénea de los especialistas en medicina física y rehabilitación a lo largo del país: sobre el total de horas trabajadas por aquellos vinculados al sistema público, el 50% correspondía a la macrozona centro (incluye a la Región Metropolitana) el 14% a la macrozona centro norte, 13% al extremo sur, 11% a la macrozona sur y 6% a las macrozonas norte y centro sur (ver Figura 2)



**Figura 2:** Distribución del porcentaje de horas médicas ofrecidas en el sistema público en Medicina física y Rehabilitación según localización geográfica en Chile. Generado en base a “Estudio de determinación de brechas” según macrozona en Chile (dado por distribución de Servicios de Salud a nivel nacional) (Bachelet *et al.*, 2017).

La Subsecretaría de Redes Asistenciales de Chile publicó el 2017 un documento en que identificaba un promedio de 7,6 cupos anuales de formación para la especialidad a nivel nacional entre los años 2014 y 2016. Mostraba una distribución no homogénea de los especialistas en Medicina Física y Rehabilitación a lo largo del país: sobre el total de horas trabajadas por aquellos vinculados al sistema público, el 50% correspondía a la macrozona centro (incluye a la Región Metropolitana) el 14% a la macrozona centro norte, 13% al extremo sur, 11% a la macrozona sur y 6% a las macrozonas norte y centro sur (ver Fig 3). Puntualizaba además que la tasa anual de uso de consultas médicas para Fisiatría variaba entre 4,17 y 4,95 por cada 1000 beneficiarios, número considerablemente menor a la mayoría de las otras especialidades primarias.

### Discusión

A pesar de que la rehabilitación ha sido uno de los agentes protagonistas en la pandemia por COVID-19, es también cierto que a causa de ella hemos debido enfrentar un sinnúmero de interrogantes en torno a la especialidad médica que la acoge como objeto de estudio (Chaler *et al.*, 2020). El motivo de aquello probablemente se sustenta en variables multifactoriales que intentaremos

profundizar a continuación y que resultan ser necesarias de comprender para así poder esbozar un plan nacional de formación que permita cubrir la brecha de especialistas en medicina física y rehabilitación.

Algunos postulan que la demanda de médicos especialistas en rehabilitación está cubierta actualmente en Chile, aseveración influenciada en parte por los resultados de las encuestas nacionales que arrojan un determinado porcentaje de personas en situación de discapacidad (Senadis, 2016). Sin embargo, este valor no refleja la totalidad del universo potencial a atender por el fisiatra, que incluye también a personas sin situación de discapacidad o con discapacidad temporal. Es así que existe, por ahora, un número incierto de personas que requieren de la medicina de rehabilitación.

Sumado a lo anterior, creemos que podría existir un número significativo de personas que no están recibiendo la óptima atención que requiere su condición discapacitante. Esto, bajo el supuesto de que existe conocimiento parcial o velado sobre la fisiatría, tanto en la población general como en los mismos profesionales de la salud. Parece evidente que en la medida en que el personal sanitario comprenda el rol del fisiatra y su espectro de acción, mayor será la derivación hacia ellos, más pertinentes los motivos de consulta, más vasto el conocimiento de las personas sobre el alcance de la especialidad -y lo que pueden exigir de ella- y más oportuno su acceso a una rehabilitación integral, coordinada y de alta complejidad.

Esto alerta sobre la importancia de contar en Chile con canales y agentes de difusión sobre el papel que juega la fisiatría en la medicina y en la sociedad, de modo que pueda ser integrada en el sistema de salud, público y privado, como un recurso necesario que eficientiza la restitución de las personas a sus roles previos (Salgado & Berna, 2016). Así lo han demostrado los pacientes recuperados de COVID-19. Ellos, con su sola experiencia por testigo y testimonio, se han transformado hoy en día en los principales voceros de la especialidad.

En esta misma línea, pero un paso más adelante, resulta atractivo e imprescindible para el crecimiento orgánico de la especialidad que los mismos fisiatras generen más y nuevas líneas de investigación conforme avanza el conocimiento científico (Carter *et al.*, 2015), ajustándose a la realidad del país. De este modo, la evidencia actuaría como combustible para despertar el interés de futuros especialistas y el despliegue de nuevos polos de desarrollo en rehabilitación. El producto de la investigación iría con certeza en favor de las personas en cuanto enriquece a todo aquel que se vincula de una u otra manera al mundo de la rehabilitación a lo largo del país.

Debemos reparar entonces no sólo en el número sino también en la distribución que tienen los especialistas en medicina física y rehabilitación en Chile. Las cifras ponen de manifiesto la importante centralización de sus atenciones, al menos de aquellas derivadas de los pacientes vinculados al sistema público de salud. Las horas asociadas al ejercicio de la profesión se centran en la Región Metropolitana, en desmedro de los requerimientos que se puedan tener en las demás regiones del país (Bachelet *et al.*, 2017). Parece razonable pensar en incentivos que promuevan la formación de nuevos especialistas y su distribución proporcional a las demandas de cada lugar. En este punto reconocemos la tenacidad de algunas instituciones nacionales en su esfuerzo por llevar la rehabilitación de alta complejidad a todo el país, tales como Teletón y las mutualidades (García *et al.*, 2015).

Otra propuesta concreta para promover el crecimiento de la fisioterapia sería financiar la formación de profesionales chilenos en el extranjero, tanto en la especialidad primaria como en sus subespecialidades, aún no desarrolladas ni reconocidas oficialmente en Chile. A nivel internacional existen diversos programas de subespecialidad: manejo del dolor, rehabilitación en oncología, rehabilitación infantil, rehabilitación intervencional, medicina deportiva, medicina neuromuscular, neurorrehabilitación, entre otras (Petriceks *et al.*, 2019). Estos profesionales, al regresar, se integrarían al sistema de salud nacional con el conocimiento adquirido, aportando tanto en la clínica como en la investigación, así como también en la formación de nuevos especialistas y subespecialistas.

Por último, para optimizar el proceso de rehabilitación de las personas que atiende el fisiatra, cabe reconocer la alianza terapéutica que hace con otros especialistas que han adquirido conocimientos en el área, en programas oficiales dentro y fuera del país, a saber: internistas, deportólogos, neurólogos, pediatras, cardiólogos, traumatólogos, neurocirujanos, cirujanos vasculares, anesthesiólogos, etc. El aporte de ellos, sumado al del fisiatra y al de todo el equipo de rehabilitación, permite obtener resultados más favorables para el paciente y su familia.

## Conclusiones

La medicina física y rehabilitación se ha convertido de manera progresiva en un promotor del pleno despliegue de la medicina actual, tan marcado por la pandemia. La fisioterapia, de manera transversal a las etapas de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, ofrece un plan de apoyo integral y estructurado a los pacientes, priorizando las acciones médicas y terapéuticas según las necesidades de cada uno. Junto a un equipo multidisciplinario promueve el máximo nivel funcional de las personas acorde a su contexto personal.

Pese a la relevancia de la rehabilitación y considerando los años de existencia de la fisioterapia en nuestro país, es escasa la familiaridad que se tiene con ella tanto a nivel médico como poblacional. Es así que resulta fundamental generar canales de difusión y un espacio más amplio dentro del modelo de salud chileno, a fin de alcanzar la medicina de rehabilitación a todos sus potenciales pacientes. Con ello veremos cumplido el anhelo de reinserción que comparten tantos chilenos en situación de discapacidad y nuestro país se verá profundamente enriquecido con su valioso aporte.

## Contribuciones y reconocimientos

**Agradecimientos:** los autores quisieran reconocer y agradecer el trabajo de aquellos médicos que, tras el envío del documento preliminar, entregaron con su experiencia y conocimientos de rehabilitación, nueva información o mayor precisión a la existente: Dra. M. Lorena Oyanadel, Dra. Soledad Contreras, Dr. Rodrigo Guerrero y Dr. Mauricio Velásquez.

Los autores no declaran conflictos de intereses con los revisores. El trabajo no recibió ningún tipo de financiamiento.

## Referencias

- Bachelet V, Becerra C, Vázquez F, Villarroel S, Ramírez J. & Bustos L. (2017). Estudio determinación de brecha de médicos generales y especialistas según metodología de tasas de uso de prestaciones médicas y especializadas en Chile. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión y Desarrollo de las Personas.
- Baeta SM. (2015). Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud enfermedad. *Comunidad y Salud* **13**, 81-84.
- Barnett M, Mehrotra A. & Landon B. (2020). Covid-19 and the Upcoming Financial Crisis in Health Care. *NEJM CATALYST INNOVATIONS IN CARE DELIVERY* **1**.
- Carter R. & Lubinsky J. (2015). Rehabilitation research: principles and applications. *Elsevier Health Sciences* 1-10
- Chaler J, Gil Fraguas L, Gómez García A, Laxe S, Luna Cabrera F, Llavona R, Miangolarra Page JC, Del Pino Algarrada R, Salaverría Izaguirre N, Sánchez Tarifa P, Santandr Eu ME & Garreta Figueroa R. (2020). Impact of Coronavirus disease 2019 outbreak on rehabilitation services and physical rehabilitation medicine and rehabilitation physicians' activities: perspectives from the Spanish experience. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* **56**, 369-71.
- Climent J, Fenollosa P. & Del Rosario F. (2012). *Rehabilitación intervencionista*. Ergon, Madrid.

- Frontera W. & DeLisa J. (2010). *Physical medicine & rehabilitation*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health, Philadelphia.
- García D. & San Martín P (2015). Caracterización sociodemográfica y clínica de la población atendida en el Instituto Teletón de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría* **86**, 161-167.
- Hofmann N, Paolinelli C. & Castro A. (2017). Características de la población y las atenciones de rehabilitación que recibe en un hospital general. *Revista médica de Chile* **145**, 1541-1550.
- Ibn-Mohammed T, Mustapha K, Godsell J, Adamu Z, Babatunde K, Akintade D, Acquaye A, Fujiii H, Ndiaye M., Yamoah F. & Koh S. (2021). A critical analysis of the impacts of COVID-19 on the global economy and ecosystems and opportunities for circular economy strategies. *Resources, Conservation and Recycling* **164**, 105169.
- Montaner I, Foz G. & Pasarin M. (2012). La salud: ¿un asunto individual...?. *AMF* **8**, 374-382.
- Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan M, McGroder C, Stevens J, et al. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature Medicine* **27**, 601-615.
- Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, Agha M. & Agha R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery* **78**, 185-193.
- Onyema E, Chika N, Ayobamidele F, Sen S, Grace F, Sharma A. & Alsayed O. (2020). Impact of Coronavirus Pandemic on Education. *Journal of Education and Practice* **11**.
- Pava-Ripoll N. & Granada-Echeverry P. (2016). El surgimiento de las profesiones médicas [re]habilitadoras y la infancia: historia entretejida de tensiones teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva* **21**, 833-842.
- Petriceks A, Hales H. & Srivastava S. (2019). Physical Medicine and Rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* **98**, 931-936.
- Roman S (2019). The real p(atient) value. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* **90**, 371.
- Salgado D. & Berna L. (2016). Conocimiento sobre Medicina física y Rehabilitación de los médicos del sistema público de salud de la Región Metropolitana de Chile. *Revista Chilena de Salud Pública* **20**, 7-18.
- Santander S, Neculhueque X. (2021). Plan Nacional de Rehabilitación 2021-2030. Gobierno de Chile, Subsecretaría de Salud Pública, Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. Santiago de Chile.
- Senadis. (2016). ENDISC II: Estudio Nacional de La Discapacidad, Santiago de Chile.
- Vanegas J. & Gil L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* **12**, 51-61.
- Vázquez-Barquero J. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) pp 1-30.
- Vergara L. (2010). Desarrollo de la Medicina física y Rehabilitación como especialidad médica. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* **21**, 281-8.
- White Book on Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) in Europe. (2018). Chapter 7: The clinical field of competence: PRM in practice. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine* **54**, 230-60.
- World Health Organization. (2021). *Universal health coverage (UHC)*.