



Medicent Electrón 2026;30:e4652

ISSN 1029-3043

Artículo de Revisión

Rehabilitación cardiovascular en América Latina y Cuba: cobertura, impacto clínico y desafíos

Cardiac rehabilitation in Latin America and Cuba:
coverage, clinical impact and challenges

Tomás José Pérez García^{1*}<https://orcid.org/0009-0004-3899-7624>

Gustavo de Jesús Bermúdez Yera¹<https://orcid.org/0000-0001-5313-4086>

Claudia Benítez Nieves¹<https://orcid.org/0009-0001-7256-8864>

Ángel Luis Camacho Gómez²<https://orcid.org/0000-0002-5175-7671>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba.

²Universidad de Holguín. Cuba.

*Autor para la correspondencia: Correo electrónico:

tomasjoseperezgarcia@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La rehabilitación cardiovascular, prevención secundaria eficaz, combina ejercicio, control de factores de riesgo, educación, apoyo psicosocial, optimización terapéutica y tele-rehabilitación.



Objetivo: Analizar la evidencia 2020-2026 sobre beneficios clínicos, implementación latinoamericana, experiencia cubana y perspectivas sobre la rehabilitación cardiovascular.

Métodos: Revisión narrativa en PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO, LILACS y Cochrane Library; incluyó guías, revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios observacionales en español e inglés. Se priorizó calidad y relevancia.

Conclusiones: La rehabilitación cardiovascular es esencial en prevención secundaria. Fortalecer su implementación, integrar innovaciones tecnológicas y adaptar programas a cada sistema sanitario son estrategias clave para mejorar los resultados clínicos y ampliar el acceso.

DeCS: rehabilitación cardíaca; cardiología; prevención secundaria.

ABSTRACT

Introduction: cardiac rehabilitation—an effective form of secondary prevention—combines exercise, risk factor management, education, psychosocial support, therapeutic optimization and telerehabilitation.

Objective: to analyze evidence from 2020 to 2026 regarding clinical benefits, implementation in Latin America, the Cuban experience and perspectives on cardiac rehabilitation.

Methods: a narrative review was conducted using PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO, LILACS and the Cochrane Library; the review included guidelines, systematic reviews, meta-analyses and observational studies in Spanish and English languages, prioritizing quality and relevance.

Conclusions: cardiac rehabilitation is essential for secondary prevention. Strengthening its implementation, integrating technological innovations and adapting programs to specific healthcare systems are key strategies for improving clinical outcomes and expanding access.

MeSH: cardiac rehabilitation; cardiology; secondary prevention.



Recibido: 15/07/2026

Aprobado: 1/08/2026

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbimortalidad a nivel mundial y se encuentran entre los principales desafíos para los sistemas de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁽¹⁾ cada año fallecen aproximadamente 20 millones de personas por esta causa, lo que representa cerca de un tercio de todas las defunciones globales. Aunque los avances en la prevención primaria, el diagnóstico precoz, la terapéutica farmacológica y las técnicas de revascularización contribuyen a disminuir la mortalidad en numerosos países, el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento poblacional y la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares mantienen una elevada carga de enfermedad, discapacidad y utilización de recursos sanitarios.⁽²⁾

En este contexto, la rehabilitación cardiovascular (RCV) se ha consolidado como uno de los pilares fundamentales de la prevención secundaria. La OMS la define como el conjunto de intervenciones coordinadas destinadas a favorecer, que las personas con enfermedad cardiovascular alcancen y mantengan un estado óptimo de salud física, psicológica y social, permitiéndoles reducir el riesgo de nuevos eventos cardiovasculares y reintegrarse a su vida familiar, laboral y comunitaria.⁽³⁾

La preservación de la fuerza muscular ha surgido como un factor pronóstico relevante en pacientes cardiovasculares, lo que refuerza la necesidad de incluir entrenamiento de fuerza en los programas de rehabilitación.^(4,5) Esta concepción supera el enfoque tradicional centrado solo en el ejercicio físico e incorpora estrategias integrales dirigidas al control de los factores de riesgo, la educación



terapéutica, el apoyo psicosocial, la optimización del tratamiento farmacológico y la promoción de estilos de vida saludables.^(6,7)

La eficacia de la RCV ha sido demostrada en múltiples ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. La evidencia científica muestra, que los programas estructurados mejoran la capacidad funcional, incrementan la calidad de vida relacionada con la salud, favorecen la adherencia al tratamiento, optimizan el control de los factores de riesgo cardiovascular y disminuyen significativamente las hospitalizaciones por causas cardiovasculares.^(8,9)

En consecuencia, las principales sociedades científicas, entre ellas la *American Heart Association* (AHA), la *American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation* (AACVPR), el *American College of Cardiology* (ACC) y la *European Society of Cardiology* (ESC), recomiendan la RCV como una intervención de Clase I, con el máximo nivel de evidencia para la mayoría de los pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y cirugía cardiovascular.⁽⁶⁾ No obstante, persiste una importante brecha entre la evidencia científica y su implementación en la práctica clínica. Se estima, que menos del 30 % de los pacientes elegibles participan en programas de RCV, cifra que disminuye de manera considerable en países de ingresos bajos y medianos.⁽¹⁰⁾

Entre las principales barreras se encuentran la escasa disponibilidad de programas, las dificultades de acceso, la insuficiente derivación por parte del personal sanitario, las limitaciones económicas y las desigualdades geográficas y sociales.⁽¹⁰⁾

En América Latina, la situación resulta compleja; aunque varios países han desarrollado programas de RCV durante las últimas décadas, la cobertura es insuficiente y heterogénea. Los estudios del *International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* (ICCPR)⁽¹¹⁾ evidencian una distribución desigual de los servicios, con predominio de centros especializados en grandes ciudades y limitada disponibilidad en áreas rurales o de difícil acceso. Esta realidad condiciona importantes diferencias en la atención de los pacientes



con enfermedades cardiovasculares y limita el impacto poblacional de una intervención reconocida por su costo-efectividad.

Cuba dispone de una experiencia relevante en este campo mediante el Programa Nacional de Rehabilitación Cardíaca, desarrollado desde finales de la década de 1980 e integrado al Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, el envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica, el incremento de la supervivencia tras los eventos cardiovasculares agudos y las restricciones económicas actuales plantean nuevos retos relacionados con la cobertura, la actualización tecnológica y la sostenibilidad de los programas. Paralelo, el desarrollo de la salud digital, la tele-rehabilitación y la inteligencia artificial (IA) abren nuevas oportunidades para ampliar el acceso y optimizar la atención en sistemas sanitarios con recursos limitados.

En los últimos cinco años se han publicado nuevas guías de práctica clínica, declaraciones científicas y metaanálisis que han modificado la comprensión de los beneficios de la RCV e incorporado estrategias innovadoras para su implementación.⁽¹²⁾ La integración de esta evidencia resulta de especial interés para los profesionales de la salud involucrados en la prevención secundaria y la RCV, así como, para los responsables de la planificación y organización de los servicios asistenciales.

Por ello, el objetivo de la presente revisión es analizar la evidencia científica publicada entre 2020 y 2026 sobre la RCV, con énfasis en sus fundamentos, beneficios clínicos, situación actual en América Latina y Cuba, así como las perspectivas futuras relacionadas con la salud digital, la tele-rehabilitación y la medicina personalizada.



MÉTODOS

Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica con enfoque crítico, dirigida a identificar, analizar e integrar la evidencia disponible sobre la RCV, con énfasis en sus fundamentos, beneficios clínicos, implementación en América Latina, situación en Cuba y perspectivas futuras. La búsqueda bibliográfica se realizó entre enero 2020 y julio de 2026 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, SciELO y LILACS.

Dicho estudio se complementa con la revisión de documentos institucionales y guías de práctica clínica publicadas por la OMS, AHA, AACVPR, ACC, ESC y el ICCPR. La estrategia de búsqueda combinó términos controlados MeSH y DeCS con operadores booleanos (AND, OR); se emplearon las siguientes palabras clave: cardiac rehabilitation, cardiovascular rehabilitation, secondary prevention, exercise therapy, cardiovascular diseases, heart failure, tele-rehabilitation, digital health, artificial intelligence, Latin America y Cuba, así como sus equivalentes en español.

Se incluyeron guías de práctica clínica, declaraciones científicas, revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales publicados entre 2020 y 2026, en idioma español o inglés, que abordaron aspectos relacionados con la organización, indicaciones, componentes, beneficios clínicos, implementación y evolución de la RCV. También se incorporaron algunas publicaciones de años anteriores consideradas fundamentales por su relevancia histórica o metodológica.

Se excluyeron editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos sin publicación completa, estudios con información insuficiente para el análisis crítico y documentos duplicados.

La síntesis de la información se realizó mediante un análisis descriptivo y crítico de la evidencia seleccionada, se identificaron coincidencias, diferencias y áreas



de oportunidad para fortalecer la implementación de los programas de RCV, sobre todo en contextos con recursos limitados.

DESARROLLO

Fundamentos, evolución e indicaciones de la rehabilitación cardiovascular

La RCV ha experimentado una transformación significativa desde su aparición a mediados del siglo XX. Los primeros programas se fundamentaban en períodos prolongados de reposo tras el infarto agudo de miocardio, bajo la creencia de que el esfuerzo físico incrementaba el riesgo de complicaciones. Sin embargo, la evidencia acumulada demostró, que la movilización precoz y el ejercicio físico supervisado favorecían la recuperación funcional, disminuían las complicaciones asociadas al reposo prolongado y facilitaban la reincorporación social y laboral de los pacientes.⁽⁷⁾

Durante las décadas siguientes, el concepto de RCV evolucionó desde un modelo centrado, exclusivamente, en el entrenamiento físico, hacia una estrategia integral de prevención secundaria. En la actualidad, se define como un proceso multidisciplinario que combina evaluación clínica, prescripción individualizada del ejercicio, control de factores de riesgo cardiovascular, educación terapéutica, intervención nutricional, apoyo psicológico y optimización del tratamiento farmacológico, con el propósito de reducir la recurrencia de eventos cardiovasculares, mejorar la supervivencia y la calidad de vida.^(3,7)

Las recomendaciones internacionales más recientes mantienen la RCV como una intervención de Clase I, nivel de evidencia A para pacientes con infarto agudo de miocardio, síndrome coronario agudo, intervención coronaria percutánea, cirugía de revascularización miocárdica, cirugía valvular e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. Asimismo, la evidencia disponible respalda su utilización en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección



preservada, trasplante cardíaco y enfermedad arterial periférica, aunque en algunos de estos escenarios el nivel de evidencia continúa en expansión.⁽⁶⁾

La incorporación temprana del paciente a programas estructurados de rehabilitación constituye uno de los factores que mayor influencia ejerce sobre los resultados clínicos. Por ello, las guías internacionales recomiendan que la derivación a RCV forme parte del proceso asistencial habitual desde el momento del alta hospitalaria y garantizan la continuidad de la atención entre los diferentes niveles del sistema sanitario.⁽⁷⁾

Para ello, la planificación de la intervención debe sustentarse en una evaluación clínica integral que incluya antecedentes personales, examen físico, estratificación del riesgo cardiovascular, capacidad funcional, comorbilidades, estado nutricional, situación psicosocial y grado de adherencia al tratamiento. Esta valoración inicial permite individualizar los objetivos terapéuticos y adaptar la intensidad del entrenamiento a las características y necesidades de cada paciente.⁽¹³⁾

Los programas contemporáneos incluyen como componentes esenciales la evaluación médica inicial, el entrenamiento físico supervisado, la educación para el autocuidado, el asesoramiento nutricional, el control del peso corporal, el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular, el apoyo psicológico, la promoción de hábitos de vida saludables y la evaluación continua de la calidad del programa. La interacción entre estos componentes explica que los beneficios observados no dependan del ejercicio físico, sino de un abordaje integral orientado a modificar el riesgo cardiovascular residual.⁽¹³⁾

Desde el punto de vista fisiológico, el entrenamiento físico produce adaptaciones cardiovasculares, metabólicas y musculares que mejoran la capacidad funcional, incrementan el consumo máximo de oxígeno, favorecen la función endotelial, disminuyen la inflamación sistémica y optimizan la regulación autonómica.⁽¹⁴⁾

Paralelamente, las intervenciones educativas y psicosociales mejoran la adherencia terapéutica, reducen la ansiedad y depresión, y fortalecen la participación del paciente en el control de su enfermedad.⁽¹⁵⁾



La actualización de los componentes esenciales publicada por la AHA y AACVPR reafirma, que la calidad de los programas debe evaluarse no solo por la realización de sesiones de entrenamiento, sino también, por su capacidad para alcanzar objetivos clínicos medibles, garantizar la seguridad del paciente e implementar procesos continuos de mejora de la calidad.⁽¹³⁾

En consecuencia, la RCV debe entenderse como un proceso continuo de atención, que comienza durante la hospitalización y se extiende al seguimiento ambulatorio y comunitario. Este enfoque favorece una atención centrada en el paciente y constituye uno de los pilares fundamentales para disminuir la carga de las enfermedades cardiovasculares en los sistemas de salud modernos.

Beneficios clínicos de la rehabilitación cardiovascular: evidencia científica contemporánea

La RCV ha demostrado beneficios consistentes sobre múltiples desenlaces clínicos, consolidándose como una de las intervenciones más eficaces en la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares. La evidencia publicada durante los últimos años confirma que sus efectos trascienden el incremento de la capacidad funcional y se reflejan en una reducción de las hospitalizaciones, una mejor calidad de vida, mayor adherencia al tratamiento y un control más efectivo de los factores de riesgo cardiovascular.^(8,9,15,16)

Uno de los avances más relevantes corresponde al metaanálisis CaReMATCH (Cardiac Rehabilitation Meta-Analysis of Trials using Individual Participant Data), publicado en 2026, que integró datos individuales de pacientes procedentes de ensayos clínicos contemporáneos. Sus resultados demostraron, que la rehabilitación basada en ejercicio redujo significativamente las hospitalizaciones por cualquier causa y las hospitalizaciones de origen cardiovascular, además de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud. Aunque no se observaron diferencias significativas en la mortalidad global, los autores señalan que este hallazgo debe interpretarse en el contexto de los importantes avances



terapéuticos alcanzados por la cardiología moderna, que han disminuido el riesgo basal de estos pacientes.⁽⁸⁾

La mejoría de la capacidad funcional es uno de los beneficios mejor documentados de la RCV. Diversos estudios muestran incrementos significativos del consumo máximo de oxígeno (VO_2 pico), parámetro relacionado con el pronóstico cardiovascular. Estas adaptaciones se acompañan de mejor función endotelial, mayor eficiencia metabólica, reducción de la actividad simpática y mejor control de la presión arterial, la glucemia y el perfil lipídico.^(9,14)

La RCV también ejerce un efecto favorable sobre la esfera psicosocial, la incorporación de intervenciones educativas y apoyo psicológico contribuye a disminuir la ansiedad y la depresión, mejora la percepción del estado de salud y favorece la adherencia al tratamiento farmacológico y a las modificaciones del estilo de vida.⁽¹⁵⁾ Estos beneficios adquieren especial relevancia en pacientes con baja capacidad funcional, comorbilidades múltiples o escaso apoyo social.

Durante los últimos años ha aumentado el interés por los programas de tele-rehabilitación y los modelos híbridos. La evidencia disponible demuestra que, en pacientes seleccionados, estas modalidades alcanzan resultados comparables a los programas presenciales en términos de capacidad funcional, control de los factores de riesgo y calidad de vida.¹⁷ Además, facilitan el acceso de pacientes residentes en zonas alejadas, con limitaciones de movilidad o dificultades para asistir de forma regular a centros especializados.

Los beneficios clínicos de la RCV son el resultado de la interacción de múltiples intervenciones desarrolladas por un equipo multidisciplinario. El ejercicio físico constituye el eje central del programa, pero su eficacia aumenta cuando se integra con el control de los factores de riesgo, la educación sanitaria, el apoyo nutricional y la atención psicológica. Este enfoque explica por qué las guías internacionales continúan recomendando la RCV como parte esencial del tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida.^(6,7)



La evidencia contemporánea confirma que el impacto de la RCV debe valorarse mediante una perspectiva integral. Aunque la disminución de la mortalidad resulta menos evidente en los estudios más recientes debido a los avances del tratamiento cardiovascular, la reducción de las hospitalizaciones, la mejoría de la capacidad funcional y el incremento de la calidad de vida representan desenlaces clínicos relevantes para los pacientes y los sistemas de salud. Estos resultados respaldan la necesidad de fortalecer la derivación sistemática a programas de RCV e incorporar modelos innovadores que permitan ampliar su cobertura sin comprometer la calidad asistencial.^(8,15,16,17)

Situación actual de la rehabilitación cardiovascular en América Latina y en Cuba

A pesar de que la RCV constituye una intervención recomendada con el máximo nivel de evidencia por las principales sociedades científicas internacionales, su implementación es limitada en América Latina. Estudios promovidos por el ICCPR muestran, que la región presenta una de las coberturas más bajas a nivel mundial, con una distribución desigual de los programas y una capacidad insuficiente para atender a la población que reúne criterios de inclusión.^(11,18,19)

Las principales barreras identificadas incluyen la escasa disponibilidad de programas especializados, la concentración de los servicios en hospitales de alta complejidad, la insuficiente derivación de pacientes desde los servicios de cardiología, las limitaciones económicas y la falta de equipos multidisciplinarios completos.^(18,19) A ello se añaden factores relacionados con el transporte, la distancia geográfica y las dificultades para mantener la adherencia a programas presenciales prolongados, sobre todo en poblaciones rurales y de menor nivel socioeconómico.

En respuesta a estas limitaciones, varios países latinoamericanos han comenzado a incorporar modalidades híbridas y programas de tele-rehabilitación, con resultados alentadores en términos de adherencia, satisfacción de los pacientes y



mejoría funcional.^(17,20) Aunque estas estrategias aún presentan diferencias en su grado de implementación, representan una alternativa viable para ampliar la cobertura sin incrementar de forma significativa los costos de infraestructura.

En Cuba, la RCV posee una trayectoria consolidada dentro del Sistema Nacional de Salud. El desarrollo del Programa Nacional de Rehabilitación Cardíaca permitió extender esta modalidad terapéutica a diferentes instituciones hospitalarias, lo que favorece la atención integral de pacientes con infarto agudo de miocardio, cirugía cardiovascular e insuficiencia cardíaca.⁽¹²⁾

No obstante, las transformaciones demográficas y epidemiológicas ocurridas durante las últimas décadas han generado nuevos desafíos. El envejecimiento poblacional, el incremento de la supervivencia tras eventos cardiovasculares agudos y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas han incrementado la demanda de programas de RCV; mientras, las limitaciones de recursos humanos y tecnológicos dificultan su expansión. En consecuencia, resulta necesario fortalecer la integración entre la atención hospitalaria y la atención primaria, optimizar los sistemas de derivación y promover modelos organizativos que garanticen una mayor continuidad asistencial.⁽¹²⁾

La estructura del sistema sanitario cubano ofrece fortalezas para este propósito, entre ellas, la amplia cobertura de la atención primaria, la experiencia acumulada en prevención y promoción de salud, y la existencia de equipos multidisciplinarios constituyen una base favorable para el desarrollo de programas comunitarios de RCV.⁽²¹⁾

La incorporación gradual de herramientas digitales, sistemas de monitorización remota y estrategias de tele-rehabilitación podría contribuir a incrementar la accesibilidad y mejorar la continuidad del seguimiento, en pacientes con dificultades para asistir a centros especializados. Desde la perspectiva de la salud pública, fortalecer la RCV representa una oportunidad para disminuir las rehospitalizaciones, optimizar la utilización de los recursos sanitarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.



Para ello, será necesario impulsar políticas que favorezcan la derivación sistemática de los pacientes elegibles, la capacitación continua de los profesionales, la evaluación de indicadores de calidad y el desarrollo de investigaciones nacionales que permitan generar evidencia propia sobre la efectividad y costo-efectividad de estos programas en el contexto cubano.⁽²²⁾

La implementación de la RCV es uno de los principales retos de la prevención secundaria en América Latina. La evidencia demuestra, que las limitaciones actuales no obedecen a la falta de eficacia de la intervención, sino a dificultades relacionadas con la organización de los servicios, la disponibilidad de recursos y la accesibilidad de los pacientes.

En Cuba, la experiencia acumulada constituye una fortaleza importante; sin embargo, la actualización de los modelos organizativos, el aprovechamiento de las tecnologías digitales y la integración con la atención primaria serán determinantes para responder a las necesidades asistenciales de una población cada vez más envejecida y con mayor carga de enfermedad cardiovascular.

Perspectivas futuras de la rehabilitación cardiovascular

La RCV atraviesa una etapa de transformación impulsada por los avances tecnológicos, la digitalización de los servicios sanitarios y el desarrollo de modelos de atención centrados en el paciente. Estas innovaciones buscan responder a uno de los principales retos de la prevención secundaria: incrementar la cobertura y garantizar la continuidad asistencial sin comprometer la calidad de la atención.⁽¹⁶⁾

Entre las estrategias con mayor crecimiento se encuentra la tele-rehabilitación cardiovascular, definida como la prestación de programas de rehabilitación mediante tecnologías de la información y las comunicaciones. La evidencia reciente demuestra que esta modalidad puede alcanzar resultados comparables a los programas presenciales en pacientes seleccionados de manera adecuada, con mejorías similares en la capacidad funcional, el control de los factores de riesgo cardiovascular, la adherencia terapéutica y la calidad de vida.^(17,23)



Además, reduce barreras relacionadas con la distancia geográfica, las limitaciones de movilidad y los costos asociados a los desplazamientos.

El desarrollo de aplicaciones móviles, relojes inteligentes, sensores portátiles y plataformas digitales ha permitido una monitorización más estrecha de la actividad física, frecuencia cardíaca, presión arterial y otros parámetros clínicos. Estas herramientas favorecen la retroalimentación continua entre el paciente y el equipo de salud, facilitan el ajuste individualizado del entrenamiento y fortalecen la participación del paciente en el autocuidado.⁽¹⁷⁾

Otro campo de creciente interés es la incorporación de la inteligencia artificial (IA) a la RCV. Los algoritmos de aprendizaje automático permiten analizar grandes volúmenes de información clínica para identificar perfiles de riesgo, estimar la probabilidad de eventos cardiovasculares y apoyar la personalización de las intervenciones. Aunque su aplicación clínica aún se encuentra en desarrollo, los resultados preliminares indican que la IA puede contribuir a optimizar la toma de decisiones y mejorar la eficiencia de los programas de rehabilitación.⁽²⁴⁾

La medicina personalizada constituye una línea de evolución de la RCV, este enfoque propone adaptar las intervenciones no solo al diagnóstico cardiovascular, sino también a las características funcionales, psicológicas, sociales y culturales de cada paciente. La integración de información clínica, pruebas funcionales, biomarcadores y tecnologías digitales permitirá diseñar programas más individualizados y con mayor eficacia.⁽²⁴⁾

En América Latina y en Cuba, la incorporación de estas innovaciones deberá realizarse de forma progresiva y adaptada a las posibilidades de cada sistema sanitario. La expansión de modelos híbridos, el fortalecimiento de la atención primaria, la capacitación de los profesionales y el desarrollo de proyectos de investigación multicéntricos serán elementos esenciales para garantizar una implementación segura, equitativa y costo-efectiva.^(21,25)

Del mismo modo, será necesario fortalecer los sistemas de evaluación de la calidad, la protección de los datos personales y la interoperabilidad de las



plataformas digitales, aspectos indispensables para la consolidación de estas nuevas modalidades asistenciales.⁽²⁶⁾ En este escenario, la RCV evoluciona desde un modelo centrado solo en la recuperación física hacia un proceso continuo de atención, apoyado por tecnologías digitales y orientado hacia una prevención secundaria personalizada, accesible y eficiente.

La evidencia analizada demuestra, que su implementación mejora la capacidad funcional, la calidad de vida, el control de los factores de riesgo cardiovascular y disminuye las hospitalizaciones, por lo que debe integrarse de forma sistemática al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular. El futuro de la RC estará determinado por la integración de estrategias personalizadas, equipos multidisciplinarios, tecnologías digitales e investigación clínica de calidad, orientadas a incrementar la accesibilidad, la eficiencia y la continuidad asistencial.

CONCLUSIONES

La RC constituye un componente esencial de la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares y una de las intervenciones no farmacológicas con mayor respaldo científico. A pesar de los avances alcanzados, persisten importantes desigualdades en el acceso y la cobertura de los programas, en América Latina. En Cuba, la experiencia acumulada y las fortalezas del Sistema Nacional de Salud ofrecen condiciones favorables para consolidar y ampliar la rehabilitación cardiovascular; resulta necesario fortalecer la derivación oportuna de los pacientes, optimizar la organización de los servicios e incorporar progresivamente modelos de tele-rehabilitación y herramientas de salud digital adaptadas a las posibilidades del contexto nacional. El fortalecimiento de las acciones propuestas contribuirá a disminuir la carga de las enfermedades cardiovasculares, y a mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: WHO; [Internet]. 2025 [citado 2026 jul. 07]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol [Internet]. 2020 [citado 2026 jul. 07];76(25):2982-3021. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7755038/>
3. Negrini S. The World Health Organization Rehabilitation 2030: a call for action. Eur J Phys Rehabil Med [Internet]. 2017 [citado 2026 jul. 07];53:155-68. Disponible en: <https://air.unimi.it/bitstream/2434/721384/2/R33Y2017N02A0169.pdf>
4. Zhang Y, Chen X, Wang Y, et al. Association between relative muscle strength and cardiovascular disease among middle-aged and older adults in China. BMC Public Health [Internet]. 2024 [citado 2026 jul. 8];24:1928. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11256373/>
5. Silva-Filho JZ, Costa-Pereira JP, Fortunato WSL, Pinho Ramiro CPS, Soldado Filho DC. Different approaches of strength-to-muscle mass ratio: impact on 24-month outcomes in patients with acute coronary syndrome. Nutrition [Internet]. 2026 [citado 2026 jul. 8];151:113328. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900726002364?via%3Dihub>
6. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J [Internet]. 2021 [citado 2026 jul. 8];42(34):3227-3337. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/42/34/3227/6358713?login=false>



7. Khadanga S, Savage PD, Ades PA, Toth MJ, Gaalema DE, Mahoney K, et al. Cardiac rehabilitation: the gateway for secondary prevention. Heart [Internet] 2024 [citado 2026 jul. 08];110(24):1427-36. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9119375/>
8. Stens NA, Buckley BJR, CaReMATCH Collaboration, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: the CaReMATCH individual participant data meta-analysis. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2026 [citado 2026 jul. 9];33(6):841-53. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/33/6/841/8283776?login=false>
9. Dibben G, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler AD, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021 [citado 2026 jul. 9];11:CD001800. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9902155/>
10. Turk-Adawi KI, Supervia M, López-Jiménez F, Pesah E, Ding R, Britto RR, et al. Cardiac rehabilitation availability and density around the globe. EClinicalMedicine [Internet]. 2019 [citado 2026 jul. 09];13:31-45. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6737209/>
11. Chacin-Suárez A, Grace SL, Anchique-Santos C, Supervia M, Turk-Adawi K, Britto RR, et al. Cardiac rehabilitation availability and characteristics in Latin America and the Caribbean: a global comparison. Prog Cardiovasc Dis [Internet]. 2024 [citado 2026 jul. 10];82:101-10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002870321001393?via%3Dihub>



12. Taylor RS, Fredericks S, Jones I, Buckley E, Cotie J, Tulloch K, et al. Global perspectives on heart disease rehabilitation and secondary prevention: a scientific statement from the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions, the European Association of Preventive Cardiology, and the International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur Heart J [Internet]. 2023 [citado 2026 jul. 10];44(28):2515-25. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/394388222_Cardiac_Rehabilitation_in_the_Modern_Era_Evidence_Equity_and_Evolving_Delivery_Models_Across_the_Cardiovascular_Spectrum

13. Brown TM, Pack QR, Aberegg E, Brewer LC, Ford YR, Forman DE, et al. Core components of cardiac rehabilitation programs: 2024 update: a scientific statement from the American Heart Association and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation: endorsed by the American College of Cardiology. J Cardiopulm Rehabil Prev [Internet]. 2025 [citado 2026 jul. 10];45(2):E6-E25. Disponible en:

<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001289>

14. Mas-Llado C, Rossello X, González-Del-Hoyo M, Pocock S, Van de Werf F, Chin CT, et al. Secondary prevention therapies in real-world patients with myocardial infarction: eligibility based on randomized trials supporting European and American guidelines. Am J Med [Internet]. 2024 [citado 2026 jul. 10];137(2):137-146.e10. Disponible en: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(23\)00613-7/abstract](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(23)00613-7/abstract)

15. Höchsmann C, Dorling JL, Lavie CJ, Katzmarzyk PT. Healthy lifestyle and cardiac rehabilitation for weight loss. Curr Cardiol Rep [Internet]. 2024 [citado 2026 jul. 11];26(11):1321-27. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12023757/>



16. Frederix I, Caiani EG, Dendale P, Anker S, Bax J, Böhm A, et al. ESC e-Cardiology Working Group position paper: overcoming challenges in digital health implementation in cardiovascular medicine. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2019 [citado 2026 jul. 11];26(11):1166-77. Disponible en: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/26/11/1166/5925151?login=false>
17. Ramachandran HJ, Jiang Y, Tam WWS, Yeo TJ, Wang W. Effectiveness of home-based cardiac telerehabilitation as an alternative to Phase 2 cardiac rehabilitation of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis. Eur J Prev Cardiol [Internet]. 2022 [citado 2026 jul. 11];29(7):1017-43. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8344786/>
18. Babu AS, Grace SL, Candelaria D, Gallagher R, Contractor A, O'Neill C, et al. Fifteen Years of Advancing Cardiovascular Rehabilitation in Low-Resource Settings through the International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (ICCPR) and a Look Ahead. Glob Heart [Internet]. 2025 [citado 2026 jul. 11];20(1):91. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12513366/>
19. Thomas RJ, Beatty AL, Beckie TM, Brewer LC, Brown TM, Forman DE, et al. Home-based cardiac rehabilitation: a scientific statement from the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, the American Heart Association, and the American College of Cardiology. J Cardiopulm Rehabil Prev [Internet]. 2019 [citado 2026 jul. 11];39(4):208-25. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7341112/>
20. Hernández Orobio OM, Hernández NL, González Cabanach R, González Doníz L. Implementación de telerehabilitación en Latinoamérica: revisión sistemática exploratoria. Fisioterapia: Revista de salud, discapacidad y terapéutica física [Internet]. 2024 [citado 2026 jul. 11];46(5):282-91. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563824000592>



21. World Heart Federation. World Heart Federation roadmap for secondary prevention of cardiovascular disease: 2023 update. Glob Heart [Internet]. 2024 [citado 2026 jul. 12];19(1):8. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10809857/>
22. World Health Organization. Implementation roadmap 2023–2030 for the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2030. Geneva: WHO [Internet]. 2022 [citado 2026 jul. 12]. Disponible en:
<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/governance/roadmap>
23. Shields GE, Rowlandson A, Dalal G, Nickerson S, Cranmer H, Capobianco L, et al. Cost-effectiveness of home-based cardiac rehabilitation: a systematic review. Heart [Internet]. 2023 [citado 2026 jul. 13];109(12):913-20. Disponible en:
<https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/198489/>
24. Myers J, Cárdenas-Sánchez C, Ross R, Kokkinos P. The critical role of cardiorespiratory fitness in disease prevention. J Sports Med Phys Fitness [Internet]. 2024 [citado 2026 jul. 13];64(12):1361-71. Disponible en:
<https://www.frontiersin.org/journals/cardiovascular-medicine/articles/10.3389/fcvm.2025.1577931/full>
25. Martin SS, Aday AW, Allen NB, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, et al. 2025 Heart Disease and Stroke Statistics: a report of US and global data from the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2025 [citado 2026 jul. 14];151(8):e41-e660. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12256702/>
26. Bustos-Viviescas BJ, García-Yerena CE, Díaz Fragozo S. Tecnologías sanitarias digitales y envejecimiento. Rev Cuba Med Mil [Internet]. [citado 2026 jul. 14];54(4):e025076573. Disponible en:
<https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/76573/3260>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

