











RENACER-CV: Registro Nacional de Centros de Rehabilitación Cardiovascular en Argentina

RENACER-CV: National Registry of Cardiovascular Rehabilitation Centers in Argentina

IGNACIO DÁVOLOS¹, MTSAC, , IVANA PAZ¹, , FACUNDO BALSANO², , DIEGO NOVIELLI², , SOFÍA COHENDOZ³, , DIEGO LLOMPART⁴, , NORBERTO BORNANCINI¹, , DAVID BORGHETTI⁵, GONZALO DÍAZ BABIO¹, MTSAC, , FERNANDO SOKN², MTSAC, , DIEGO IGLESIAS¹, MTSAC, , EN REPRESENTACIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO RENACER-CV (VER APÉNDICE)

RESUMEN

Introducción: La rehabilitación cardíaca (RCV) es una intervención fundamental de la prevención secundaria cardiovascular, con impacto demostrado en la reducción de la mortalidad, las reinternaciones, la mejora de la capacidad funcional y la calidad de vida. Sin embargo, su implementación y disponibilidad presentan una marcada heterogeneidad a nivel global y regional.

Objetivo: El Registro Nacional de Centros de Rehabilitación Cardiovascular (RENACER-CV) tuvo como objetivo describir la situación actual de la RCV en Argentina, caracterizando la distribución geográfica, los recursos disponibles, las modalidades de atención y los aspectos organizacionales de los centros.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante una encuesta estructurada dirigida a los referentes institucionales de centros de RCV de todo el país entre julio y agosto de 2025. El relevamiento incluyó características institucionales, distribución regional, recursos humanos, fases de rehabilitación ofrecidas, modalidades de atención (presencial y remota), volumen de pacientes atendidos, patologías prevalentes, equipamiento y herramientas de evaluación funcional. El análisis se efectuó mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se identificaron 74 centros de RCV, de los cuales 59 respondieron la encuesta. El 69,4 % se concentró en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires. El 84,7 % de los centros contó con supervisión médica permanente y el 59,3 % con kinesiólogos especializados. La mayoría desarrolló programas de fase II (79,6 %) y fase III (93,2 %). El número promedio anual de pacientes fue de 278, con amplia variabilidad entre centros. La telerehabilitación se implementó en el 13,5 % de las instituciones al momento del relevamiento.

Conclusión: El RENACER-CV muestra que Argentina dispone de una red activa de centros de RCV, aunque con importantes desigualdades territoriales, organizacionales y de acceso. La expansión de programas en regiones con menor cobertura y el fortalecimiento de modalidades híbridas y de telerehabilitación representan prioridades estratégicas para mejorar la equidad y la calidad de la atención cardiovascular.

Palabras clave: Rehabilitación cardíaca - Registros de salud - Desigualdades en la atención de la salud

ABSTRACT

Background: Cardiovascular rehabilitation (CVR) is a fundamental intervention in cardiovascular secondary prevention, with a proven impact on reducing mortality and rehospitalizations, as well as improving functional capacity and quality of life. However, its implementation and availability show marked heterogeneity at global and regional levels.

Objective: The National Registry of Cardiovascular Rehabilitation Centers (RENACER-CV) aimed to describe the current status of CVR in Argentina, characterizing the geographic distribution, available resources, care modalities, and organizational aspects of the centers.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted using a structured survey administered to institutional representatives of CVR centers nationwide between July and August 2025. The survey included institutional characteristics, regional distribution, human resources, rehabilitation phases offered, care delivery models (on site and remote), volume

REV ARGENT CARDIOL 2026;94:116-123. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i2.20991>

Recibido: 16/01/2026 - Aceptado: 18/03/2026

Dirección para correspondencia: Ignacio Dávalos. Correo electrónico: ignacio.davolos@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹ Consejo Cardiología del Ejercicio de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC)

² Área Políticas de Salud de la SAC

³ Área Investigación de la SAC

⁴ Lic. en Educación Física con orientación a fisiología del trabajo físico. Departamento de Rehabilitación Cardiovascular (RCV) del Hospital Municipal Pedro Sancholuz, Laprida, Buenos Aires

⁵ Lic. Kinesiología y Fisiatría. Director de CORE, Olavarría. Fisioterapeuta en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Municipal Dr. Héctor Cura, Olavarría

of patients treated, prevalent diseases, equipment, and functional assessment tools. The analysis was performed using descriptive statistics.

Results: Seventy-four CVR centers were identified, of which 59 responded to the survey. The Autonomous City of Buenos Aires and the Province of Buenos Aires concentrated 69.4% of centers. Permanent medical supervision was available in 84.7% of centers, and 59.3 % had specialized kinesiologists. Most centers offered Phase II (79.6%) and Phase III (93.2%) programs. The mean annual number of patients enrolled was 278, with wide inter-center variability. At the time of the survey, 13.5% of centers reported implementing telerehabilitation programs.

Conclusions: RENACER-CV shows the availability of an active network of cardiac rehabilitation centers in Argentina, revealing an effective national network but also substantial geographic, organizational and access disparities. Expanding CVR programs in underserved regions and strengthening hybrid and telerehabilitation strategies should be considered key priorities to improve equity and quality of cardiovascular prevention.

Keywords: Cardiac rehabilitation - Health registries - Health care disparities

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación cardiovascular (RCV) es una intervención de eficacia demostrada dentro del continuo asistencial de la prevención secundaria cardiovascular y el control de los factores de riesgo, con impacto en la reducción de la mortalidad y de las reinternaciones. Los pacientes que adhieren a estos programas mejoran su capacidad funcional y su calidad de vida, incrementan su capacidad para trabajar y/o mantenerse activos, alcanzan mayor autonomía y, en consecuencia, reducen la necesidad de cuidados especiales, la discapacidad y la pérdida de productividad social, ello expresado en menor ausentismo laboral, menor costo social y mayor participación económica. (1-5) A pesar de estos beneficios, la implementación de los programas de RCV presenta una marcada heterogeneidad en su desarrollo y disponibilidad a nivel global, condicionada por factores económicos, organizacionales y de acceso a la atención. (6-8)

En este contexto, el Consejo de Cardiología del Ejercicio de la Sociedad Argentina de Cardiología (SAC), en conjunto con el Área de Políticas de Salud y con la coordinación metodológica y el análisis estadístico del Área de Investigación, se propuso realizar un relevamiento actualizado de los centros de RCV del país. Esta iniciativa, denominada Registro Nacional de Centros de Rehabilitación Cardiovascular (RENACER-CV), tuvo como objetivo describir las características organizativas, la cobertura geográfica, los recursos humanos, las modalidades de atención y el equipamiento de los centros de RCV, así como identificar oportunidades de mejora y desarrollo regional.

MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar, se relevó la existencia de centros de RCV en el país, tomando como punto de partida el relevamiento previo realizado por el Consejo de Cardiología del Ejercicio de la SAC en 2019, complementado con la consulta a cardiólogos de cada provincia. A los fines del presente registro, se definió como centro de RCV a

toda institución pública o privada que declarara ofrecer programas estructurados de RCV basados en ejercicio físico supervisado, con la participación de al menos un profesional de la salud, y destinados a pacientes con enfermedad cardiovascular en cualquiera de sus fases evolutivas. En una etapa inicial del relevamiento, se priorizó la identificación de centros que contaran con un referente o director médico responsable del programa. Posteriormente, y con el objetivo de lograr una caracterización más exhaustiva de la oferta real de RCV a nivel nacional, se amplió el criterio de inclusión para incorporar centros coordinados por profesionales de kinesiología u otras disciplinas afines, aunque desarrollaran exclusivamente programas de fase IV. La inclusión en el registro no implicó la verificación externa del cumplimiento de criterios formales de acreditación ni de estándares internacionales, y la información relevada se basó en el autorreporte de los centros participantes.

Posteriormente, se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal mediante una encuesta estructurada enviada a los referentes institucionales de los centros de todo el país entre julio y agosto de 2025. El cuestionario incluyó interrogantes orientados a explorar las características institucionales, la cobertura geográfica y la distribución regional, el recurso humano disponible (profesionales médicos, kinesiólogos, profesores de educación física, técnicos, personal de enfermería, nutricionistas y especialistas en salud mental, entre otros), los tipos de programas ofrecidos (fase I o intrahospitalaria: movilización temprana; fase II: rehabilitación supervisada; fase III: transición o mantenimiento supervisado; fase IV: mantenimiento a largo plazo, que comienza una vez finalizadas las fases supervisadas), las modalidades de atención, el volumen de pacientes atendidos, las patologías prevalentes, así como el equipamiento y las herramientas de evaluación funcional.

Los datos fueron analizados por el Área de Investigación de la SAC mediante estadística descriptiva, incluyendo frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

RESULTADOS

Se identificaron 74 centros en todo el territorio argentino. Se recibieron 59 respuestas completas provenientes de centros públicos y privados, distribuidos de la siguiente manera: Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires 69,4 % (41 centros), Región Centro 10,1 % (6 centros), Región Cuyo 6,7 % (4 centros), Región Patagónica 6,7 % (4 centros), Región NOA (noroeste argentino) 5 % (3 centros) y Región NEA (noreste argentino) 1,7 % (1 centro). (Figura 1)

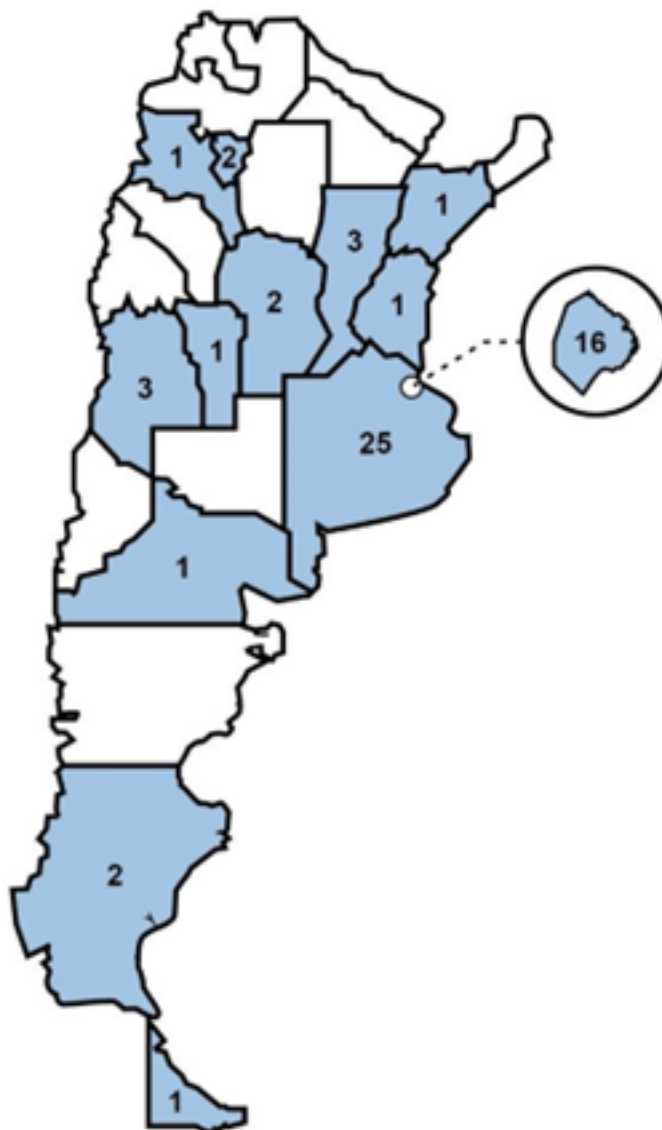
El 84,7 % de los centros contaba con supervisión médica permanente durante las sesiones y el 59,3 %

disponía de kinesiólogos especializados en RCV. Entre otros profesionales frecuentemente integrados a los equipos se incluyeron profesores de educación física (61 %), nutricionistas (55,9 %), psicólogos (37,2 %), personal de enfermería (22 %) y técnicos en prácticas cardiológicas (22 %).

En relación con las fases de rehabilitación, el 79,6 % de los centros (n=47) desarrollan programas de fase II, el 93,2 % (n=55) de fase III, y de los centros que poseen internación (n=30), el 56 % (n=17) realiza programas de fase I hospitalaria.

Durante el período de aislamiento por COVID-19, el 35,6 % de los centros (n=21) implementó sesiones

Fig. 1. Distribución del número de centros de RCV por provincia. **Ciudad Autónoma de Buenos Aires:** barrios de Villa del Parque, Recoleta (3), Parque Chas, Caballito (3), Monserrat, Palermo (4), Balvanera, Belgrano (2); **Provincia de Buenos Aires:** Cañuelas, Ramos Mejía, El Palomar, Lomas de Zamora, Pergamino, Tigre, San Nicolás, Adrogué, Bahía Blanca (2), San Bernardo, Morón, Quilmes, La Matanza, Luján, Chivilcoy, Lanús, La Plata (2), Villa Bosch, Laprida, Ensenada, Berisso, Olavarría, San Justo; **Catamarca:** San Fernando del Valle; **Córdoba:** Villa María y Córdoba capital; **Corrientes:** Ciudad de Corrientes; **Entre Ríos:** Paraná; **Mendoza:** San Rafael; **Río Negro:** Bariloche; **San Luis:** Merlo; **Santa Cruz:** El Calafate; **Santa Fe:** Rafaela, Rosario (2); **Tucumán:** San Miguel de Tucumán; **Tierra del Fuego:** Ushuaia.



de RCV en modalidad virtual. Al momento del relevamiento, el 13,5 % (n=8) de los centros reportó la implementación de modalidades de tele-rehabilitación.

El número promedio anual de pacientes ingresados a programas de RCV fue de 278, con una marcada variabilidad entre centros (rango: 4-4500).

Las patologías más frecuentemente atendidas, expresadas como porcentaje de centros que reportaron incluirlas dentro de sus programas, fueron la enfermedad coronaria (96,6 %), la insuficiencia cardíaca (94,9 %), el posoperatorio de cirugías valvulares (89,8 %), los pacientes con dispositivos implantables (72,8 %) y la enfermedad vascular periférica (69,4 %).

En relación con la cobertura del servicio, de los 59 centros relevados, el 54,2 % presenta un sistema de cobertura mixto. Dentro de este grupo, el 44,1 % son centros privados, financiados mediante obras sociales, medicina prepaga y aportes particulares, mientras que el 10,2 % corresponde a centros públicos que, además del financiamiento estatal, reciben aportes de obras sociales y prepagas. Además, el 18,6 % de los centros depende, exclusivamente, del sistema de salud pública,

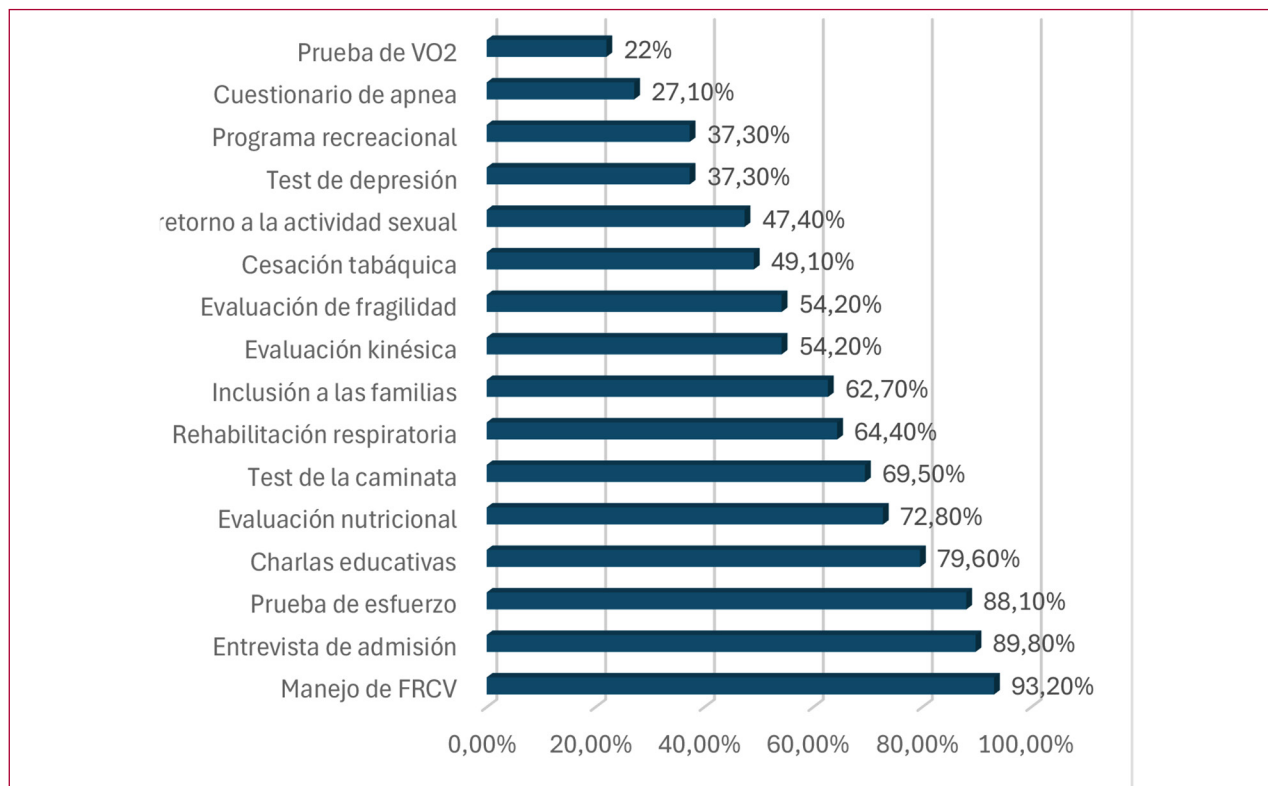
otro 18,6 % recibe, únicamente, aportes particulares de los pacientes, el 5,1 % corresponde a instituciones pertenecientes a obras sociales sindicales, y el 3,4 % de los centros no aportó información al respecto.

La mayoría de los centros reportó realizar evaluaciones clínicas estructuradas, destacándose el manejo de factores de riesgo cardiovascular (93,2 %), la entrevista de admisión (89,8 %) y la prueba de esfuerzo (88,1 %). Las evaluaciones funcionales y nutricionales estuvieron disponibles en aproximadamente dos tercios de los centros, mientras que la medición directa del consumo de oxígeno fue poco frecuente (22 %). (Figura 2)

Las intervenciones educativas y recreativas complementarias presentaron una menor implementación. Entre ellas, las más frecuentemente reportadas fueron los deportes y la meditación (16,9 %), seguidas por el yoga (13,5 %). En contraste, prácticas como el tai chi y la cocina saludable mostraron una adopción considerablemente menor (3,4 % y 6,8 %, respectivamente).

El 56 % de los centros (n=33) considera que es imprescindible contar con una prueba de esfuerzo (con o sin imágenes) para comenzar las sesiones de ejercicio.

Fig. 2. Prácticas y estrategias de seguimiento implementadas. Los valores se expresan como porcentaje de centros que reportaron implementar cada práctica. FRCV: factores de riesgo cardiovascular; VO₂: consumo de oxígeno.



DISCUSIÓN

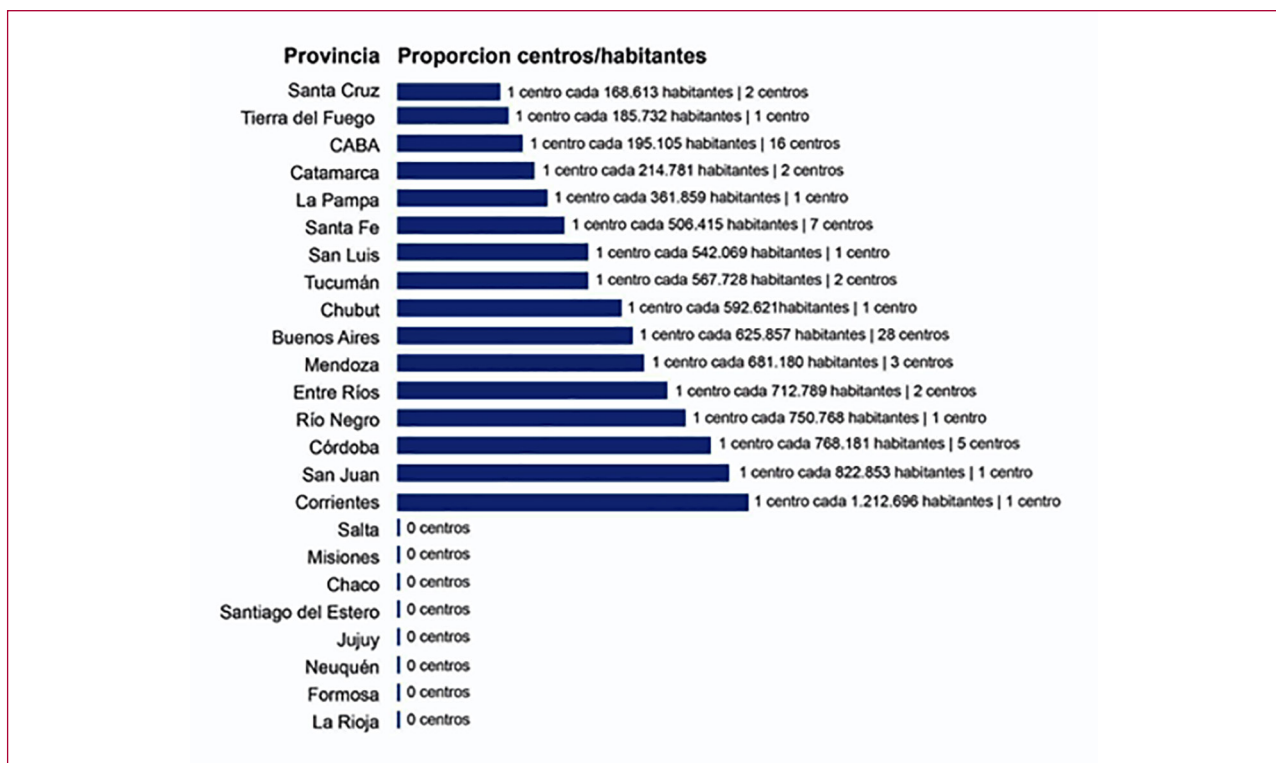
Los resultados del registro RENACER-CV reflejan una realidad consistente con la descrita en relevamientos previos, tanto nacionales como internacionales: la RCV se consolida como una estrategia esencial y costo-efectiva dentro del continuo de cuidados cardiovasculares, aunque persisten brechas relevantes en su implementación y accesibilidad. (9-11) La evidencia acumulada demuestra de forma robusta que los programas de RCV reducen la mortalidad, mejoran la capacidad funcional y optimizan la calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular, (12-14) hallazgos confirmados por metaanálisis contemporáneos incluso en la era actual de terapias farmacológicas e intervencionistas avanzadas. (15) En concordancia, las guías internacionales de prevención cardiovascular otorgan una recomendación de clase I para la participación en programas estructurados de RCV. (16,17)

A diferencia de relevamientos nacionales previos, el RENACER-CV aporta una actualización integral del estado de la RCV en Argentina en el escenario post-pandemia, incorporando por primera vez información sistematizada sobre la implementación de modalidades de telerehabilitación y modelos híbridos de atención. Asimismo, el registro profundiza la caracterización de los esquemas de cobertura y financiamiento, así como de los recursos humanos y prácticas efectivamente disponibles en los centros, aspectos de particular relevancia para la planificación sanitaria. Estos ele-

mentos permiten no sólo describir la disponibilidad de programas de RCV, sino también identificar brechas organizacionales y oportunidades concretas de mejora en un contexto dinámico y cambiante.

Al igual que lo observado en otros países de ingresos bajos y medianos, el registro evidencia en Argentina una distribución geográfica marcadamente desigual de los centros de RCV, con una fuerte concentración en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El resto del país presenta una oferta significativamente menor, con varias jurisdicciones sin programas formales registrados, lo que pone de manifiesto una inequidad territorial que limita el acceso efectivo a esta intervención, tal como ha sido señalado en informes latinoamericanos previos. (18,19) La caracterización según el tamaño poblacional del área de influencia refuerza esta observación (Figura 3). La gran mayoría de los centros (84,7 %) se localizan en ciudades de más de 100 000 habitantes, lo que confirma que la RCV continúa siendo una prestación fuertemente asociada a entornos urbanos, con mayor infraestructura sanitaria y disponibilidad de recursos humanos especializados. En contraste, la presencia de centros en municipios pequeños o contextos rurales es mínima, lo que representa una barrera estructural relevante para amplios sectores de la población. De hecho, solo 1,7 % de los centros se localizan en municipios de menos de 10 000 habitantes, y el porcentaje total en áreas de menos de 50 000 habitantes no supera el 12 %).

Fig. 3. Proporción de centros de RCV según habitantes



CABA: Ciudad autónoma de Buenos Aires

La distancia geográfica, la dificultad para el traslado y la menor oferta de servicios cercanos afectan negativamente la continuidad del tratamiento, la adherencia y, en última instancia, los resultados clínicos.

Este escenario no es exclusivo de Argentina. En Brasil, estudios nacionales han documentado una marcada heterogeneidad regional, con concentración de centros en áreas urbanas y un déficit pronunciado en las regiones Norte y Nordeste. (20,21) En Colombia, se ha descrito un panorama similar, con predominio de programas en grandes ciudades y brechas persistentes en zonas rurales e intermedias. (22) En Chile, si bien se observan avances en la integración de la RCV dentro del sistema público, persisten desafíos organizativos y de cobertura territorial. (23) Estas tendencias han sido destacadas en revisiones regionales que identifican como obstáculos comunes el financiamiento insuficiente, la inequidad territorial y la falta de estandarización de procesos. (18)

A las barreras geográficas se suman limitaciones económicas y de cobertura sanitaria, que emergen como un factor adicional de inequidad. Los datos del registro señalan que la falta de cobertura médica constituye una de las principales causas que limitan la participación en programas de RCV. Los pacientes que cuentan con obra social, prepaga o recursos para afrontar los costos de manera particular presentan mayor posibilidad de acceso, mientras que la oferta de programas dentro del sistema público resulta insuficiente para cubrir la demanda de la población que depende exclusivamente de este subsistema. Esta situación refuerza el carácter inequitativo del acceso a la RCV y subraya la necesidad de políticas sanitarias orientadas a fortalecer la provisión pública y los mecanismos de financiamiento.

Otro aspecto relevante identificado por RENACER-CV es la heterogeneidad en la dotación de recursos humanos, el equipamiento y las modalidades de trabajo de los centros. Si bien una proporción considerable cumple con estándares internacionales básicos, se observa una menor integración de componentes psicosociales y nutricionales, aspectos fundamentales para una RCV verdaderamente multidisciplinaria y centrada en el paciente. Este hallazgo coincide con lo descrito en otros relevamientos regionales y señala un área concreta de mejora. (18)

En este contexto, la adopción progresiva de modalidades híbridas y de telerehabilitación emerge como una oportunidad estratégica. Si bien su implementación actual es aún limitada, la experiencia durante la pandemia y la evidencia internacional sugieren que estos modelos pueden contribuir a mejorar la accesibilidad, la adherencia y la eficiencia del sistema, particularmente en países con amplia extensión territorial y marcada heterogeneidad poblacional. (24-27)

Desde la perspectiva de la planificación sanitaria, los hallazgos del RENACER-CV aportan información estratégica para orientar decisiones de política pública y gestión del sistema de salud. La concentración geográfica de los centros, la heterogeneidad en la cobertura y la limitada disponibilidad de programas en regiones

de menor densidad poblacional señalan la necesidad de priorizar la expansión de la RCV dentro del sistema público y de promover mecanismos de financiamiento que garanticen un acceso equitativo. Asimismo, la caracterización de los recursos disponibles permite orientar la definición de estándares mínimos de calidad y procesos de acreditación. En este escenario, tal como se abordó previamente, el fortalecimiento de modelos híbridos y de telerehabilitación surge como una estrategia viable para reducir barreras geográficas y optimizar el uso de recursos. El desarrollo de una red nacional articulada de RCV, integrada a los distintos subsistemas de salud, podría contribuir de manera sustantiva a mejorar los resultados cardiovasculares y la eficiencia del sistema. (28)

Limitaciones del estudio

Cabe destacar que un porcentaje reducido de centros, identificados a través de otras sociedades científicas de cardiología, declinó su participación en la encuesta, lo que constituye una limitación para la representatividad completa del universo de instituciones; en este sentido, la participación voluntaria y la menor inclusión de instituciones no afiliadas a la SAC podrían haber generado sesgos de selección, que deben considerarse al interpretar los resultados.

Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolló conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki (29) y sus modificaciones posteriores. Se trató de un estudio observacional, descriptivo y transversal, basado en una encuesta institucional, sin recolección de datos clínicos individuales ni información identificatoria de pacientes. Por tal motivo, no fue necesaria la obtención de consentimiento informado individual. La participación de los centros fue voluntaria y los datos fueron analizados de manera agregada, garantizando la confidencialidad de la información. El protocolo fue evaluado y aprobado por el Área de Investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología.

CONCLUSIÓN

El registro RENACER-CV permitió obtener una visión actualizada y representativa de la disponibilidad de RCV en Argentina, identificando patrones regionales, desigualdades territoriales y aspectos organizacionales relevantes para la planificación sanitaria.

La articulación progresiva de una red nacional de centros de RCV, la expansión de programas en regiones con menor cobertura y la consolidación de estrategias de telerehabilitación constituyen prioridades para los próximos años. El Consejo de Cardiología del Ejercicio junto con el Área de Políticas de Salud reafirman su compromiso con la promoción de políticas, estándares y acciones de formación profesional orientadas a mejorar la calidad y la equidad de la RCV en nuestro país, y con el impulso de redes de trabajo colaborativo con otras sociedades car-

diológicas y actores del sistema de salud, como estrategia clave para favorecer un desarrollo integrado, sostenible y alineado con las recomendaciones internacionales.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

(Véanse formularios de conflicto de intereses de los autores en la Web).

BIBLIOGRAFÍA

- Maroto Montero JM, Velasco Rami JA. Rehabilitación cardíaca y prevención secundaria de la cardiopatía isquémica. *Rev Esp Cardiol* 1995;48 Suppl 1:85-9.
- Taylor RS, Dalal HM, McDonagh STJ. The role of cardiac rehabilitation in improving cardiovascular outcomes. *Nat Rev Cardiol* 2022;19:180-94. <https://doi.org/10.1038/s41569-021-00611-7>
- Brown TM, Pack QR, Aberregg E, Brewer LPC, 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 2024;150(18):e328-47. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001289>
- Duscha BD, Ross LM, Hoselton AL, Piner LW, Pieper CF, Kraus WE. A Detailed Analysis of Cardiac Rehabilitation on 180-Day All-Cause Hospital Readmission and Mortality. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2024;44:99-106. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000835>
- Gabrys L, Soff J, Thiel C, Schmidt C, Swart E, Peschke D. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation: Secondary Data Analyses of Mortality and Working Capacity in Germany, 2010–2017. *Sports Med Open* 2021;7:88. <https://doi.org/10.1186/s40798-021-00381-z>
- Turk-Adawi K, Sarrafzadegan N, Grace SL. Global availability of cardiac rehabilitation. *Nat Rev Cardiol* 2014;11:586-96. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2014.98>
- Taylor RS, Fredericks S, Jones I, Neubeck L, Sanders J, De Stoutz N, et al. Global perspectives on heart disease rehabilitation and secondary prevention: a scientific statement from the Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions, European Association of Preventive Cardiology, and International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur Heart J*. 2023;44:2515-25. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad225>
- Cortes-Bergoderi M, Lopez-Jimenez F, Herdy AH, Zeballos C, Anchique C, Santibañez C, et al. Availability and characteristics of cardiovascular rehabilitation programs in South America. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2013;33:33-41. <https://doi.org/10.1097/HCR.0b013e318272153e>
- Shields GE, Wells A, Doherty P, Heagerty A, Buck D, Davies LM. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation: a systematic review. *Heart* 2018;104:1403–10. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312809>
- Edwards K, Jones N, Newton J, Foster C. The cost-effectiveness of exercise-based cardiac rehabilitation: a systematic review of the characteristics and methodological quality of published literature. *Open Heart* 2017;4(2):e000491. <https://doi.org/10.1186/s13561-017-0173-3>
- Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, Zwisler AD, Rees K, Martin N, Taylor RS. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(1):CD001800. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001800.pub3>
- Anderson L, Brown JP, Clark AM, Dalal H, Rossau HK, Bridges C, et al. Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;6(6):CD008895. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008895.pub3>
- Zeballos C, Iglesias D, Paz I, Bustamante J, González-Naya E, Castiello G, et al. Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Argentina. *Rev Argent Cardiol* 2021;89:37-41. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v89.i1.19819>
- Martínez JM, Quiroga PV, González N. Censo Comité de Cardiología del Ejercicio 2022: Realidad de la rehabilitación cardíaca en Argentina en los últimos 10 años. *Rev Fed Arg Cardiol* 2023;52:199-202. <https://doi.org/10.63600/h469dz78>
- Dibben GO, Faulkner J, Oldridge N, Rees K, Thompson DR, Zwisler A-D, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease: contemporary meta-analysis. *Eur Heart J* 2023;44:452-69. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac747>
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021;42:3227-37. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484>
- Abreu A, Frederix I, Dendale P, Janssen A, Doherty P, Piepoli MF, et al. Standardization and quality improvement of secondary prevention through cardiovascular rehabilitation programmes in Europe: The avenue towards EAPC accreditation programme: A position statement of the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur J Prev Cardiol* 2021;28:496-509. <https://doi.org/10.1177/2047487320924912>
- Anchique Santos AV, López-Jiménez F, Benaim B, Burdiat G, Fernandez Coronado R, González G, et al. Cardiac Rehabilitation in Latin America. *Progress in Cardiovascular Diseases* 2014;57:268-75. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2014.09.006>
- Chacín-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. *Am Heart J* 2021;240:16-27. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2021.05.010>
- Altafin Santos L, Gomes Pinheiro D, Malek da Silva J, Lombardi Bonini Borges G, Fernanda da Silva P, Ricci-Vitor AL. Analysis of Barriers to Public and Private Cardiac Rehabilitation Programs in Patients with Low and High Adherence. *Braz J Cardiovasc Surg* 2023;38:235-43. <https://doi.org/10.21470/1678-9741-2021-0436>
- Rodrigues Brittoa R, Supervia M, Turk-Adawi K, Suellen da Silva Chaves G, Pesahe E, Lopez-Jimenez F. Cardiac rehabilitation availability and delivery in Brazil: a comparison to other upper middle-income countries. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 2020;24:167-76. <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.02.011>
- Anchique CV, Pérez-Terzic C, López-Jiménez F, Cortés-Bergoderi M. Estado actual de la rehabilitación cardiovascular en Colombia. *Rev Colomb Cardiol* 2011;18:305-15. [https://doi.org/10.1016/S0120-5633\(11\)70204-2](https://doi.org/10.1016/S0120-5633(11)70204-2)
- Santibañez C, Perez-Terzic C, Lopez-Jimenez F, Cortés-Bergoderi M, Araya MV, et al. Situación actual de la rehabilitación cardíaca en Chile. *Rev Méd Chile* 2012;140:561-8. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872012000500002>
- De Lima AP, Pereira DG, O Nascimento I, Martins TH, Oliveira AC, Nogueira TS, et al. Cardiac telerehabilitation in a middle-income country: analysis of adherence, effectiveness and cost through a randomized clinical trial. *Eur J Phys Rehabil Med* 2022;58:598-605. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.22.07340-3>
- 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. *Circulation* 2019;140:e69-E89. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000663>
- Kumar D, Kumar Hazra P, Gharat CH. Long-Term Outcomes of Digital Cardiac Rehabilitation. *JACC: Asia* 2025;5:1225-38. <https://doi.org/10.1016/j.jacasi.2025.08.007>
- Uddin J, Joshi VL, Moniruzzaman M, Karim R, Uddin J, et al. Effect of home-based cardiac rehabilitation in a lower-middle income country: results from a controlled trial. *J Cardiopulm Rehabil Prev* 2020;40:29-34. <https://doi.org/10.1097/HCR.0000000000000471>
- Turk-Adawi K, Supervia M, Lopez-Jimenez F, Pesah E, Ding R, et al. Cardiac rehabilitation availability and density around the globe. *EClinicalMedicine* 2019;13:31-45.
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* 2013;310:2191–4.

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