

# PLAN DE REHABILITACIÓN EN COVID-19 EN CHILE

Departamento de Rehabilitación y Discapacidad  
División de Prevención y Control de Enfermedades

Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
Febrero 2022



## EQUIPO DE TRABAJO

### Responsable Técnico Ministerio de Salud

**Sylvia Santander Rigollet**  
Jefa División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.  
Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

#### Responsable Técnico

**Ximena Neculhueque Zapata**, Jefa de Departamento de Rehabilitación y Discapacidad.  
División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública.  
Ministerio de Salud.

#### Coordinadora de la Propuesta

**Katherina Hrzic Miranda**, Kinesióloga. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad.  
DIPRECE.

#### Equipo Elaborador

Depto Rehabilitación DIPRECE

Unidad de Rehabilitación DIGERA

Unidad de Rehabilitación DIVAP

FONASA

DEIS

DIGEDEP

## ÍNDICE

EQUIPO DE TRABAJO .....	2
ÍNDICE .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
PROPÓSITO: .....	6
OBJETIVOS:.....	6
MODELO.....	8
IMPACTO .....	9
Epidemiología del COVID-19 en Chile.....	13
LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN.....	15
<b>Enfoques:</b> .....	<b>17</b>
<b>Estrategias de intervención:</b> .....	<b>17</b>
<b>Plan de acción:</b> .....	<b>18</b>
Actividades de difusión de la rehabilitación en COVID-19: .....	18
Rehabilitación a distancia .....	19
Generación de documentos regulatorios:.....	20
Incorporación de Códigos CIE -10 para COVID y secuelas de COVID. ....	20
Estimación de necesidad de recursos para instalar la estrategia de rehabilitación en la red de salud:.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22

## INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de COVID-19, debido al nuevo Coronavirus tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-COV-2), era una pandemia (1).

Aunque la mayoría de los casos presentan cuadros leves, se estima que alrededor del 14% de los casos presenta infección respiratoria aguda que requiere hospitalización y oxigenoterapia, en tanto el **5% de los casos** necesita el ingreso a una **unidad de cuidados intensivos** (UCI). La estadía en UCI asociada al uso de ventilador mecánico, la sedación o la parálisis inducida por el uso de relajantes musculares y los períodos prolongados de inmovilización, provocan el **Síndrome Post Cuidados Intensivos**, cuyas manifestaciones son debilidad muscular severa (debilidad adquirida en UCI o **DAUCI**), pérdida de capacidad física, alteraciones respiratorias, cognitivas, trastorno de la deglución, trastorno de la comunicación y síndrome confusional, cuya duración puede prolongarse hasta por 5 años, impactando fuertemente en la capacidad de trabajo de los afectados (2) (3). Revisiones sistemáticas revelan que un 60% de los afectados no ha retornado al trabajo a los 6 meses del alta (4).

Si bien es cierto, el síndrome post UCI se asocia a la estadía en UCI, se ha descrito mayor severidad de los cuadros post COVID, asociado a las estadías más prolongadas y complicaciones asociadas al propio virus.

Paralelo a esto, la OMS ha reconocido la entidad denominada COVID prolongado o Long COVID, caracterizado por persistencia o prolongación de síntomas en personas que han desarrollado COVID-19, generalmente leve, cuyos síntomas principales son la fatiga persistente y extrema, disnea y alteraciones cognitivas que generan dificultades en la

recuperación de las actividades de vida diaria, deterioro en el funcionamiento y en el retorno laboral. Se ha estimado que entre un 10 a 20% de personas con COVID-19 pueden desarrollar esta condición (5).

A través del análisis del registro de licencias médicas (LM) por COVID-19 para beneficiarios FONASA, desde marzo 2020 a febrero 2021, incluyendo todas las LM por COVID y las posteriores desde el diagnóstico inicial; se identificó que un 18% de personas presentó LM mayor a 30 días (4,7% con LM de más de 90 días).

Con los datos actuales se prevé que a diciembre 2021, un número de 80.528 personas demandarán estas atenciones en los distintos niveles de atención, siendo 60.557 usuarios de la red pública.

## PROPÓSITO:

Reconocer el síndrome post COVID-19 como una entidad relevante en Salud Pública a abordar tempranamente en los servicios de rehabilitación de la red asistencial del país.

## OBJETIVOS:

### Objetivo General:

Disponer de un plan operativo con enfoque integral a las necesidades de la persona y su entorno, desde la unidad de cuidados críticos hasta los centros de atención primaria, con la finalidad de optimizar la recuperación del paciente y reducir las complicaciones y la discapacidad secundaria, abordando las deficiencias motoras, respiratorias, cognitivas, nutricionales y de comunicación a causa de la infección del SARS-COV-2 y su manifestación crítica o aquella de COVID prolongado.

### Objetivos Específicos:

- Reconocer el modelo de rehabilitación en el sistema público de atención.
- Realizar la rehabilitación precoz durante todas las etapas del COVID-19 propiciando la ventana de recuperación funcional.
- Reducir las complicaciones y secuelas post hospitalización en UCI secundarias al COVID-19 grave y crítico.
- Reducir discapacidad y con ello propiciar el funcionamiento y participación social en personas hospitalizadas por COVID-19 grave o crítico.
- Facilitar el alta temprana a través de intervenciones de reahabilitación por equipos interdisciplinarios.
- Reducir el riesgo de reingresos hospitalarios o de urgencia contribuyendo a disminuir morbimortalidad, resguarda el estado de salud de la persona.

- Disponer de equipos interdisciplinarios de rehabilitación en etapas tempranas de la condición de manera de abarcar el abánico de deficit generados por el COVID-19.
- Identificar un plan de trabajo con objetivos terapeuticos definidos a cada una de las necesidades de las personas afectas por síndrome post COVID.
- Desplegar un plan de acción para el enfrentamiento de la rehabilitación en COVID-19 en Chile.
- Describir los enfoques de las intervenciones del Plan nacional de rehabilitación en COVID-19
- Describir la implementabilidad de las acciones priorizadas para la definición de paquetes de servicios de rehabilitación.

## MODELO

La rehabilitación ofrece un enfoque integral a las necesidades de la persona y su entorno, con la finalidad de optimizar la recuperación del paciente y reducir la discapacidad secundaria, abordando las deficiencias motoras, respiratorias, cognitivas, nutricionales y de la comunicación entre otras. Los pacientes mayores y aquellos con condiciones crónicas preexistentes pueden ser más vulnerables a los efectos de este cuadro grave, por lo que la rehabilitación es particularmente beneficiosa en recuperar el nivel de independencia previa al cuadro agudo.

El éxito de la rehabilitación en los pacientes que desarrollan un síndrome post UCI, se basa en la **precocidad y continuidad del manejo rehabilitador y al manejo interdisciplinario** conducido por el médico fisiatra, en los diferentes niveles asistenciales según complejidad de las manifestaciones. Los profesionales que conforman este equipo son kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionista, enfermera, trabajador social, y su participación se da en directa relación con las necesidades individuales. Este manejo considera un importante componente de educación a la persona y su familia.



## IMPACTO

La rehabilitación entendida como un conjunto de medidas que ayudan a los individuos que viven con una o más condiciones de salud, a optimizar su funcionamiento al interactuar con su entorno y con ello disminuir discapacidad, maximiza la habilidad de las personas de vivir, trabajar y aprender en su máximo potencial. Abarca el amplio espectro del impacto de una condición de salud en la vida de una persona, esto es, incluye intervenciones para la prevención y manejo de deficiencias y complicaciones en la fase aguda y subaguda como también se ocupa de las dimensiones de la actividad y participación en las fases subagudas y de largo plazo o post-agudas de una condición.

Basado en el documento “Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19, OMS/ OPS” (6), se describen a continuación los resultados esperados de ella:

a) Lograr potenciar los resultados en materia de salud y funcionamiento. La rehabilitación puede reducir las complicaciones relacionadas con la internación en una UCI, como el síndrome post UCI. Su finalidad es optimizar la recuperación de la persona y reducir la discapacidad que pueda experimentar. Las intervenciones de rehabilitación pueden ayudar a abordar muchas consecuencias del COVID-19 grave, como deficiencias físicas, respiratorias, cardíacas, cognitivas, deglutorias entre otras, además de proporcionar apoyo psicosocial. Las personas mayores y los que tienen problemas de salud preexistentes pueden ser más vulnerables a los efectos del cuadro grave, y la rehabilitación puede ser particularmente beneficiosa para recuperar el nivel de independencia previo.

b) Lograr facilitar el alta temprana. La rehabilitación precoz es particularmente importante para preparar a las personas para el alta y asegurar la continuidad de la atención, vinculando la red de salud terciaria y secundaria con la Atención Primaria de Salud.

c)Reducir el riesgo de reingreso. La rehabilitación ayuda a las personas a no deteriorarse después del alta y a evitar el reingreso, por lo tanto, contribuye a disminuir morbimortalidad, resguarda el estado de salud de la persona y su familia evitando la sobrecarga del sistema.

d)Lograr contar con una fuerza de trabajo de rehabilitación interdisciplinaria: Un indicador indirecto respecto a la provisión y la calidad de los servicios de rehabilitación es el acceso a profesionales con la que se dispone entre estos, médicos fisiatras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas.

Una fuerza de trabajo interdisciplinaria (provista de dos o más disciplinas de rehabilitación) en un sistema de salud, permite que la gama de necesidades secundarias a las alteraciones en los dominios de funcionamiento, producto de una condición de salud, sea COVID-19 u otra, esté garantizada. La efectividad de las intervenciones de rehabilitación, en condiciones graves y complejas impacta en forma significativa en las esferas del funcionamiento y así mismo en la inversión a largo plazo como el retorno a la vida familiar, laboral, educativa y social.

El equipo rehabilitador define un plan de tratamiento integral, con objetivos terapéuticos consensuados con la persona y sus seres significativos; realiza intervenciones para la prevención del deterioro en la fase aguda y complicaciones secundarias, así como para la optimización y el mantenimiento de la capacidad y el funcionamiento en etapas post-agudas y de largo plazo, las disciplinas se complementan y trabajan de manera integral en pro del logro de estos objetivos (4).

e) Realizar acciones de rehabilitación durante toda la etapa de COVID-19. Las personas que presentan un caso grave de COVID-19 pasarán por diversas etapas de atención. La rehabilitación debe estar incluida en todas ellas propiciando la continuidad de la atención: como parte de la fase aguda en las Unidades de Paciente Crítico (UPC); durante la fase subaguda en una sala de hospital y en la fase de cuidado a más largo plazo, cuando la persona regresa al hogar y todavía está en recuperación. Así mismo, personas con presentaciones de COVID-19 con menor gravedad, también necesitan apoyo específico durante el curso de la enfermedad.

f) Lograr proporcionar atención crítica de rehabilitación a grupos de personas que no tienen COVID-19. La evidencia muestra que algunas personas podrían correr riesgos y presentar resultados desfavorables en materia de salud cuando no acceden a servicios de rehabilitación temprana o cuando se deja de suministrarlos a causa de la pandemia. Por consiguiente, los servicios de rehabilitación para estos grupos son esenciales y deben proporcionarse durante toda la crisis considerando alternativas como la rehabilitación a distancia.

g) Lograr que la rehabilitación se integre en los planes nacionales para las emergencias causadas por desastres o pandemias. Un mecanismo práctico consiste en incluir en las estructuras de gestión de emergencia una planificación de servicios de rehabilitación, que den cuenta de las necesidades de las personas afectadas y de los grupos prioritarios que no pueden dejar de acceder a ellos.

Tanto el COVID, como sus secuelas y el long COVID han sido reconocidas por SUSESO como enfermedades laborales, cuando corresponde, permitiendo garantizar el reposo (licencia médica) y el acceso a intervenciones sanitarias, incluida la rehabilitación, dado esto, el

MINSAL a través del Departamento de Salud Laboral, DIPOL y Departamento de Rehabilitación, DIPRECE ha impulsado estas iniciativas en la mesa de trabajo con la entidad.

## Epidemiología del COVID-19 en Chile

Hasta el 3 de enero de 2022, se habían confirmado un total de 1.811.297 casos de COVID-19 en Chile, de los cuales 39.173 casos fallecieron (2,16%) (7,8), ocupando el sexto lugar en América Latina después de Brasil, Argentina, Colombia, México y Perú (7). En cuanto a vacunación, el 85,7% de la población tiene vacunación con dos dosis, siendo el segundo país del mundo con más de 10 millones de habitantes con mayor población inmunizada, el que tiene mayor población inmunizada de América Latina y con un 51% con refuerzo. dosis . En cuanto al número de personas diagnosticadas con una condición post COVID-19, se estima que corresponden a 80.528, es decir, el 4,86% del total de casos confirmados (Tabla 1).

**Tabla 1. Casos de condición post COVID-19 durante el período 2020-2021**

Mes año	Casos confirmados	Fallecidos	Condición posterior al COVID-19
Marzo 2020	2.737	17	120
Abril de 2020	13.285	238	426
Mayo de 2020	83.609	2042	2.138
Junio de 2020	140.872	4.775	5.501
Julio de 2020	76.144	2.759	2.791
Agosto, 2020	56.049	1.732	2.360
Septiembre de 2020	51.171	1.480	2.259
Octubre de 2020	47.143	1.392	2.052
Noviembre de 2020	41.487	1.177	1.854

Diciembre de 2020	57.211	1230	2.961
Enero de 2021	118.095	1.998	6.664
Febrero de 2021	98.469	2.102	5.110
Marzo de 2021	170.583	2.791	9.723
Abril de 2021	201.480	3.109	11.676
Mayo de 2021	186.264	2.986	10.680
Juniode 2021	172.249	3.429	9.192
Julio de 2021	60.022	2.558	1.808
Agosto de 2021	22.915	1.268	392
Septiembre de 2021	26.280	609	1.315
Octubre de 2021	15.667	364	782
Noviembre de 2021	9.301	216	465
Diciembre de 2021	5.182	120	259
<b>Total</b>	<b>1.656.215</b>	<b>38.392</b>	<b>80.528</b>

## LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN

Bajo el contexto del Plan Nacional de Rehabilitación 2021-2030, la realidad demográfica y epidemiológica de la Pandemia, confronta la necesidad de poner énfasis en la prevención, integrando el abordaje de los determinantes sociales desde un enfoque de derecho, equidad e intersectorialidad. Así mismo, los elementos relacionados con el financiamiento, la abogacía, los sistemas de registro y monitoreo resultan ser elementos esenciales para el desarrollo del Plan. De esta forma, esta propuesta se alinea con el Plan Nacional de rehabilitación y su plan de acción, estableciéndose matriz de líneas estratégicas para llevar a cabo el desarrollo de acciones:

Con las siguientes líneas estratégicas:

Línea Estratégica 1: Prevención

Línea Estratégica 2: Provisión de servicios.

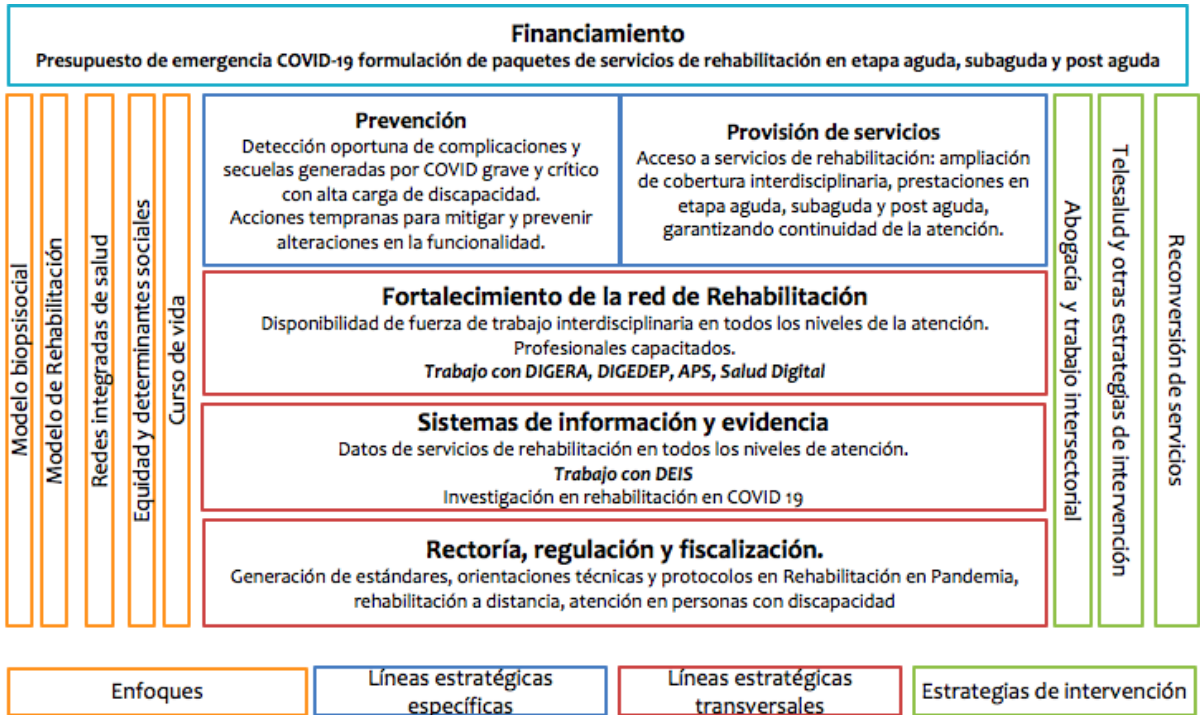
Línea Estratégica 3: Fortalecimiento de la red de rehabilitación.

Línea Estratégica 4: Sistemas de información y evidencia

Línea Estratégica 5: Rectoría y regulación.

Línea Estratégica 6: Financiamiento.

A continuación se muestra la matriz que guó el trabajo y las principales acciones en cada una de ellas:





## Enfoques:

El modelo de rehabilitación se basa en el modelo biopsicosocial en el que los sistemas dinámicos interpersonales, biológicos y psicológicos interactúan con factores contextuales para moldear la salud a lo largo de la vida . En segundo lugar, se basa en las redes integradas propuestas por OMS / OPS y que han sido calificadas como uno de los desafíos críticos de salud en América Latina (9). En tercer lugar, se basa en determinantes sociales, definidos como las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas que influyen directa o indirectamente en el proceso de salud y enfermedad. El modelo biopsicosocial proporciona una perspectiva útil para comprender el desarrollo y las características de la pandemia de COVID-19 y sus consecuencias anticipadas a largo plazo para la sociedad y las personas (10). Finalmente, aunque las consecuencias de COVID-19 se han visto principalmente en adultos, el enfoque está destinado a todo el ciclo de vida.

## Estrategias de intervención:

La estrategia de intervención se basa en la generación y difusión de información en toda la red de salud. Las recomendaciones de intervención se han basado en la evidencia disponible, mediante la generación de documentos propios y con estricta integración con los documentos generados por la OMS. Además, se establecen estándares mínimos de calidad de los servicios, incorporación de estrategias como rehabilitación a distancia. Esto acompañado de promoción, abogacía y el trabajo intersectorial cercano.

## Plan de acción:

### Actividades de difusión de la rehabilitación en COVID-19:

Debido a la importancia ya mencionada de la rehabilitación, se planteó la necesidad de dar la mayor difusión posible a la importancia del abordaje rehabilitador de los afectados, en el continuo de su enfermedad. Por ello, se han realizado las siguientes actividades:

- Difusión de la “Rehabilitación en COVID-19 prolongado”: El día 9 de marzo de 2021 el Departamento de Rehabilitación y Discapacidad participó en el programa “Hablemos de Salud” de Hospital Digital del Minsal con el tema mencionado, programa con enfoque informativo a la comunidad.
- Ciclo de charlas tipo Webinar, “Rehabilitación en COVID-19”, realizado los días jueves 27/05/21 y 17/06/21 a través de la plataforma Zoom de Hospital Digital, convocando a los profesionales de Unidades de Cuidados Intensivos y profesionales de Unidades de Rehabilitación de los tres niveles de atención, para realizar una puesta al día desde la etapa grave y crítica a los posts UCI y COVID prolongado. Se contó con la participación de expositores nacionales de Unidades de Rehabilitación y de Cuidados Intensivos, y también con expositores españoles de dichas áreas.
- Realización de ciclo de ocho charlas dirigido a la comunidad, “Recomendaciones para la rehabilitación y cuidado de personas post COVID-19, a través de plataforma online de Hospital Digital, en formato semanal, desde el miércoles 26 de mayo, a finalizar el miércoles 14 de julio de 2021.

## Rehabilitación a distancia

La pandemia provocó un aumento de las brechas de atención en rehabilitación, potenciando el desarrollo de estrategias que contribuyeran a facilitar el acceso a estos servicios. La rehabilitación a distancia constituye una alternativa viable para brindar servicios de rehabilitación, que puede ser incorporada como una modalidad más de atención y realizarse de forma complementaria a las atenciones ambulatorias o domiciliarias, en el contexto de un plan de tratamiento.

En respuesta al mandato del Sr Ministro de Salud, en Septiembre 2020, se da inicio al Proyecto de Telerehabilitación, “Rehabilitación a distancia en la red de Rehabilitación”, bajo la coordinación de una Mesa Técnica conformada por referentes de rehabilitación de DIPRECE, DIGERA y DIVAP, junto a referentes de Hospital Digital y TIC, con el objetivo de incorporar mecanismos de tecnologías de la información y comunicación en los servicios, unidades y salas de rehabilitación, enmarcado en el modelo de atención en red de rehabilitación.

Durante el tercer trimestre del año 2020 se da inicio al proyecto, en forma de pilotaje, en los Servicios de medicina física y rehabilitación de los Hospitales Hernán Henríquez Aravena de Temuco y el Hospital San Juan de Dios de Curicó, cuya experiencia sistematizada ha permitido guiar la implementación en el resto de los hospitales de la red pública a nivel nacional.

Paralelamente se han generado los documentos regulatorios orientados a fortalecer la práctica clínica y la gestión, promoviendo una cultura de evaluación de resultados en salud y rehabilitación. .

Esta modalidad de atención ha permitido realizar 151.436 prestaciones durante el año 2020 (juliodiciembre) y 194.447 entre enero y agosto del año 2021.

Se proyecta un crecimiento progresivo en la cobertura de atención mediante esta estrategia, con resultados que validen la intervención en distintos grupos de la población, apoyados desde la evidencia y la capacitación a los equipos de rehabilitación a nivel nacional, a través

de la incorporación de herramientas útiles y atingentes que permitan un servicio accesible a los usuarios.

### Generación de documentos regulatorios:

- a. Orientaciones técnicas para la rehabilitación en tiempos de pandemia COVID-19. Prevención Síndrome Post COVID. Minsal, 2020.
- b. Protocolo de rehabilitación en personas COVID-19 grave y crítico, desde la etapa aguda a la post aguda. Minsal, 2020.
- c. Recomendaciones para la sospecha, diagnóstico y rehabilitación de personas afectadas de COVID-19 persistente y prolongado (Long-COVID). Minsal, 2021 (11).

### Incorporación de Códigos CIE -10 para COVID y secuelas de COVID.

La OMS generó dos códigos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para ingresar los diagnósticos de COVID-19: U07.1 para casos confirmados y U07.2 para casos aún no confirmados (sospecha).

Debido al reconocimiento de otras entidades relacionadas con COVID-19, tales como el COVID prolongado y complicaciones post vacuna, la OMS introdujo 3 nuevos códigos para COVID-19: U08.9; U09.9; U10.9, actualmente en uso en Chile para egresos hospitalarios.

Las gestiones actuales están dirigidas a incorporar el código asociado a secuelas COVID en las licencias médicas.

## Estimación de necesidad de recursos para instalar la estrategia de rehabilitación en la red de salud:

- a) Generación paquetes de servicios de rehabilitación para usuarios de atención cerrada en UPC, sala medio-básica; atención abierta y atención domiciliaria tanto para nivel secundario y primario.
- b) Estimación de brechas financieras y de recursos humanos para ejecutar la estrategia de rehabilitación a nivel hospitalario y para atención primaria de salud. Trabajo en conjunto con DIGEDEP, DIGERA y DIVAP.

Respecto al acceso de rehabilitación intrahospitalaria se obtuvo mediante traspaso de recursos para reforzar los equipos en el periodo agudo y subagudo.

Por su lado, APS el presupuesto para recurso humano se instaló en Rehabilitación en COVID-19 y su distribución fue acorde a las demanda asistencial de las comunas.

- c) Presentación en presupuesto de expansión de la línea en DIVAP, DIGERA Y DIPRECE. Para el 2022 el recurso humano de rehabilitación intrahospitalario está a expensas de la complejización de camas, presupuesto que fue aprobado además de 207 cargos de fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales dependientes de los Servicios de medicina Física y Rehabilitación de los hospitales.
- d) A solicitud de la Coordinación de Políticas Sociales del Ministerio de Hacienda, solicitado por intermedio de gabinete, se remite la estimación presupuestaria, durante el mes de junio 2021.
- e) Trabajo mancomunado con Secretaría GES, elaboración de paquetes de prestaciones de rehabilitación en atención cerrada y ambulatoria, incluye participación en la formulación del modelo de atención general en COVID-19, estimación de la demanda y brechas de recursos humanos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. de la Salud OM. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 21 marzo de 2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020 [cited 2022 Jan 14]. Report No.: WHO/2019-nCoV/IPC\_long\_term\_care/2020.1. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331643>
2. Organization WH, World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance [Internet]. Vol. 16, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*. 2020. p. 9–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.15557/pimr.2020.0003>
3. Auria SAJ, Caicedo SEV, Sánchez RMB. Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19 [Internet]. Vol. 4, *RECIMUNDO*. 2020. p. 114–22. Available from: [http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/4.\(4\).octubre.2020.114-122](http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/4.(4).octubre.2020.114-122)
4. Hodgson CL, Udy AA, Bailey M, Barrett J, Bellomo R, Bucknall T, et al. Erratum to: The impact of disability in survivors of critical illness. *Intensive Care Med*. 2017 Dec;43(12):1938.
5. Wise J. Long covid: WHO calls on countries to offer patients more rehabilitation. *BMJ*. 2021 Feb 10;372:n405.
6. de la Salud OP. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. 2020 May 11 [cited 2022 Jan 14]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52104>
7. Our World in Data [Internet]. Our World in Data. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://ourworldindata.org>
8. Gob.cl - Cifras Oficiales [Internet]. Gobierno de Chile. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://www.gob.cl/coronavirus/cifrasoficiales/>
9. [No title] [Internet]. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
10. Kop WJ. Biopsychosocial Processes of Health and Disease During the COVID-19 Pandemic. *Psychosom Med*. 2021 May;83(4):304.
11. Biblioteca: Rehabilitación [Internet]. [cited 2022 Jan 14]. Available from: <https://rehabilitacion.minsal.cl/biblioteca/biblioteca-rehabilitacion/>