

# Reorganización de la rehabilitación basada en comunidad frente al COVID-19

## Reorganization of community-based rehabilitation front a COVID-19

Denys A. Martínez-Correa y Alejandra Valenzuela

Recibido 6 noviembre 2020 / Enviado para modificación 17 noviembre 2020 / Aceptado 28 noviembre 2020

### RESUMEN

La crisis sanitaria mundial que enfrenta el mundo debido al COVID-19 tiene como característica principal que afecta la población más vulnerable. La principal vía de contagio de esta enfermedad es la transmisión aérea debido al contacto social.

Los países adoptaron una serie de intervenciones focalizadas para mitigar las consecuencias derivadas de esta pandemia e impactar significativamente en el bienestar de las personas. No obstante, se deben fortalecer acciones que favorezcan la capacidad resolutive en el primer nivel de atención, especialmente, en poblaciones de alta vulnerabilidad, entre ellas, las personas en situación de discapacidad, cuyas circunstancias tienden a complicarse.

La rehabilitación basada en comunidad ha sido una estrategia de gran impacto social que integra una serie de factores tanto individuales como colectivos. La eficacia y efectividad de la participación intersectorial, comunitaria y de los Gobiernos locales, así como la gestión de los diferentes agentes comunitarios para darle continuidad a los procesos de atención en salud son pertinentes para amortiguar situaciones de alta complejidad que alteran, en mayor medida, el bienestar de todas las personas. Además, contribuyen a potencializar acciones para gestionar el sistema de salud.

**Palabras Clave:** Comunidad; interdisciplinar; discapacidad; pandemia; salud; integridad; calidad de vida (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

As main feature, the global health crisis due to COVID-19 affects the most vulnerable groups of people. The main way of contagion of this disease is the airway transmission by social contact.

Countries take steps to reduce the consequences of the pandemic and significantly improve the well-being of the people. However, they must boost measurements to support the capacity to resolve situations at the first level of assistance, mainly for the people that are so vulnerable: persons with disabilities, that get everyday worse.

The Community Based Rehabilitation has been a strategy that group together collective and individual factors. The effectiveness and efficacy of the involvement of different groups, community, and local government, as well as management of the different community agents to give continuity to the health care processes, they are relevant to mitigate problems that affect, to a greater extent, the well-being of people. Besides, they strengthen actions to manage the health system.

**Key Words:** Community; interdisciplinary; disability; pandemic; health; integrity; quality of life (*source: MeSH, NLM*).

La rehabilitación basada en comunidad (RBC) incluye estrategias multisectoriales enfocadas en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad. Es importante recalcar que la RBC estimula la participación

DM: Fisioterapeuta. Esp. Gerencia de Salud. MBA en Salud. Investigadora Independiente. Bogotá, Colombia.  
martinezalexandra822@gmail.com  
AV: Fisioterapeuta. Esp. Docencia Universitaria. M. Sc. Salud Pública. Investigadora Independiente. Bogotá, Colombia.  
avalenzuelacazes@yahoo.es

activa de los cuidadores y lleva información más clara y precisa que favorece el bienestar integral de todos los actores involucrados. Esta estrategia de intervención fomenta la inclusión y la equidad social en las comunidades (1).

Por esta razón, cada país, dentro de sus consideraciones públicas y lineamientos estructurales, desarrolla planes, programas, proyectos y políticas que permiten responder a las necesidades esenciales de una comunidad vulnerable, como lo es la accesibilidad de servicios básicos para su bienestar. Estos procesos son ejecutados por organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales.

Cuando se relaciona la RBC con las enfermedades crónicas, se evidencia un problema de salud pública que afecta en gran medida a la población: el nivel de discapacidad ha aumentado debido al deterioro de la salud física, mental y social por situaciones que alteran la dinámica social con problemas particulares de cada país.

Desde esta perspectiva, ¿cómo se impactan los determinantes sociales de una persona en situación de discapacidad frente a una crisis sanitaria? La respuesta debe estar enfocada en analizar la eficacia, efectividad y eficiencia de crear e implementar programas de intervención o de apoyarse en experiencias de otros países que con anterioridad fueron impactados por diferentes crisis sanitarias.

A inicios del año 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció una crisis sanitaria mundial debida a la pandemia de una enfermedad denominada COVID-19. Una de sus características es que afecta a la población más vulnerable. Su principal forma de contagio es la transmisión por vía respiratoria debida al contacto social. Hasta el momento, no existe una cura definitiva ni la descripción fisiopatológica con exactitud de este virus.

En este orden de ideas, se plantea otra pregunta: ¿cómo se debe proyectar el trabajo de rehabilitación de la comunidad frente al COVID-19? Es importante destacar que un sistema de salud no debe enfocarse en la intervención sanitaria a nivel hospitalario exclusivamente. Ahora, en período de desconfinamiento, la intervención debe enfocarse en crear programas estratégicos de estilos de vida saludable en plena crisis sanitaria, haciendo énfasis en la población más susceptible de adquirir la enfermedad. Reforzar las soluciones a esta problemática en el primer nivel de atención contribuye a la adecuada gestión de riesgo ante factores desencadenantes de enfermedad y su posterior impacto en la salud.

Para la reorganización de las estrategias de intervención en la comunidad, es pertinente citar algunos ejemplos:

En Australia, las acciones se orientan en cuatro medidas importantes: la primera, garantizar que todas las clínicas que ofrecen pruebas y servicios relacionados con COVID-19 sean accesibles y que esto se les comunique claramente a las personas en situación de discapacidad

y a sus cuidadores. La segunda, ofrecer los recursos suplementarios, como videoconferencias y consultas telefónicas, para la prestación de servicios especializados. La tercera, garantizar el apoyo suficiente para las personas en situación de discapacidad con las necesidades más complejas, especialmente si están en cuarentena. Por último, es primordial gestionar planes enfocados en mitigar y eliminar los riesgos de violencia, abuso y negligencia de las personas en situación de discapacidad debidos a la insolencia social y a la perturbación de las rutinas diarias (2).

En Estados Unidos, si los recursos lo permiten, los servicios se enfocan en la telemedicina. Se mantiene comunicación por medios electrónicos (por correo electrónico, por teléfono o por redes sociales). Asimismo, se realizan programas de actividades diurnas presenciales, que se modifican si no se cumplen las condiciones requeridas de bioseguridad. Las residencias deben contar con unos escenarios adecuados para llevar a cabo actividades sin la presencia de invitados (3).

En Francia, se desarrolló una plataforma para responder en primera línea todas las dudas sobre el COVID-19. También enfocaron sus programas de intervención en la resolución de dudas de las personas adultas con autismo durante el período de confinamiento: se transfieren las llamadas a centros públicos y privados, como el Centro de Investigaciones de Autismo de la Isla Francesa (CRAIF, por sus siglas en francés) y el Grupo Nacional de Centros de Recursos para el Autismo (GNCR, también por sus siglas en francés), los cuales tienen las competencias y los medios necesarios para responderle de manera asertiva a la comunidad.

En Italia, las intervenciones se hacen con un número reducido de personas y se mantienen medidas preventivas anunciadas por la OMS.

En el Reino Unido, se considera importante educar de manera especial a las personas en situación de discapacidad, a fin de asegurar la inclusión social. Asimismo, se toman medidas de contingencia cuando se tiene un caso sospechoso o confirmado y se asegura que cada persona tenga a su disposición un plan de seguridad ante una situación crítica de salud, tomando las medidas necesarias de acceso a un centro hospitalario para evitar el contagio de otras personas (2).

En Colombia, se implementó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), bajo la estructura y desarrollo de la Política de Atención Integral (PAIS), con el cual se direccionan los procesos de atención en salud a partir de las características demográficas y sociales propias de cada población. También se definen los roles de cada uno de los actores que hacen parte del sistema como aspecto fundamental en la gestión del riesgo en salud, a fin de potenciar la caracterización poblacional, fortalecer los recursos

humanos en salud, priorizar las necesidades individuales y colectivas (especialmente de poblaciones con alto índice de vulnerabilidad), llevar a cabo la diferenciación en la gestión del riesgo y fortalecer tanto la confianza en el sistema como su cobertura y accesibilidad (junto con los sistemas de información, las rutas integrales de atención en salud y las redes integrales de prestadores de servicios de salud).

Bajo los lineamientos establecidos por las entidades gubernamentales y regulatorias del país en materia de salud, se atiende a los usuarios bajo diversas situaciones complejas que afectan su bienestar, como la actual pandemia de COVID-19 (4).

Para el caso específico de las personas en situación de discapacidad en Colombia, la intervención se realiza a través de la telemedicina y telerrehabilitación, con las que se prioriza la atención a poblaciones de mayor vulnerabilidad, con el fin responder a la cobertura universal en condiciones de igualdad y progresividad del derecho a la salud. De esta manera, se establecen grupos por niveles de atención a partir de la gestión del riesgo en salud diferenciada y, así, se mitigan tanto las consecuencias derivadas de la carga por enfermedad como las necesidades básicas insatisfechas.

En el primer nivel de atención, se refuerzan las soluciones en condiciones de baja complejidad, con lo cual se favorecen factores que contribuyen a mejorar la salud y el bienestar de las personas. En el segundo nivel de atención, se realizan acciones efectivas y pertinentes focalizadas en la mitigación de complicaciones en la salud, es decir, actividades que prevengan el ingreso al tercer nivel de complejidad. Y, en el tercer nivel de atención, se realiza la gestión de casos a nivel hospitalario, fortaleciendo aspectos claves para salvaguardar la vida de las personas.

Finalmente, teniendo en cuenta que existen características específicas para cada país, debe comprenderse que siempre van a existir zonas geográficas en las que predomine población en condiciones de vulnerabilidad y las acciones gubernamentales no sean suficientes para suplir las demandas sociales de las personas en situación de discapacidad. Además, su situación se complica cuando los recursos financieros para la salud no se usan de manera ética, los servicios de salud se prestan ineficientemente y se desarrollan estrategias sin cobertura universal y sin accesibilidad equitativa a los diferentes niveles de atención en salud.

Por lo tanto, es importante plantearse nuevos retos para implementar soluciones organizativas innovadoras que den una respuesta efectiva y eficiente a la epidemia de discapacidad que ya padecíamos, la cual empeoró por el impacto de la pandemia de COVID-19: una oportunidad para demostrar el valor de nuestra especialidad a nivel social, económico y político (5).

Por otro lado, la RBC se debe utilizar en este período de crisis como una herramienta útil de intervención estratégica, pues enriquece la gestión social, ya que dispone de herramientas metodológicas que favorecen la articulación intersectorial y, además, les aporta de manera positiva a las comunidades en plena crisis sanitaria de COVID-19, cuyas circunstancias, probablemente, no benefician su bienestar.

Asimismo, en tiempos de pandemia, la RBC aportaría significativamente en la resolución de diversos conflictos que alteran la salud de las poblaciones, especialmente, de aquellas a las que, por sus características sociodemográficas, les es difícil hacer uso de otros servicios ofertados por el Estado, como, por ejemplo, la telerrehabilitación. Por ende, se debe, por un lado, elaborar una herramienta que permita controlar el riesgo derivado de las barreras y restricciones para acceder a ellos y, por otro, pensar en una estrategia que unifique acciones de atención integral, con un enfoque de inclusión social, con la que se reconozcan las diferentes capacidades y diversidades que pueden contribuir al crecimiento económico de las familias, de los hogares y el de todo un país.

De la misma manera, se debe favorecer la gestión financiera del sistema de salud en tiempos de pandemia y contribuir a la reducción de aglomeraciones ante la demanda de usuarios por enfermedades crónicas, discapacidad y salud mental, fortaleciendo acciones adelantadas por los Gobiernos de cada país.

En conclusión, cabe resaltar la importancia de fortalecer medidas como la autogestión en el primer nivel de atención. Esta debe orientarse al desarrollo de hábitos de vida saludable, saneamiento básico, vivienda y desarrollo de acciones que fomenten la salud y bienestar de todos los grupos poblacionales, especialmente, de aquellos que se no encuentran en circunstancias favorables para su propia salud como medio de amortiguación ante situaciones de alta complejidad, cuya demanda supera la oferta y afectan el bienestar integral considerablemente.

Frente a este panorama, la RBC continúa siendo una estrategia ideal de amplia cobertura y efectividad, puesto que logra integrar una serie de contextos y factores encaminados a potencializar la salud de las personas en cada una de sus dimensiones (biológica, personal, social y psicológica), la cual se basa en el modelo biopsicosocial, que responde y articula, coordinadamente, cada uno de los aspectos contemplados por el Modelo de Acción Integral Territorial. En la medida en que las personas fortalezcan su participación comunitaria activamente, conozcan acertadamente sus propios procesos de salud, trabajen coordinadamente con los demás actores del sistema de salud y logren la corresponsabilidad suficiente frente al manejo adecuado de los recursos, los resultados evidenciarán la

importancia de reorganizar un sistema que gestione la salud y no la enfermedad.

Asimismo, en la medida que se alcance una mejor experiencia de los usuarios en el marco de un proceso de atención en salud, los resultados favorecerán significativamente el manejo de situaciones de alta complejidad, como una pandemia.

Este fortalecimiento de los diferentes sistemas de salud debe darse inicialmente desde el afianzamiento de estrategias en atención primaria en todas sus dimensiones, al igual que la prevención, diagnóstico, tratamiento y *rehabilitación*, en particular, la *rehabilitación basada en comunidad*, a fin de garantizar el empoderamiento, la corresponsabilidad y la autonomía que se requiere para optimizar la gestión integral de riesgo, establecida por las entidades regulatorias y prestadoras de servicios de salud ♣

## REFERENCIAS

1. Pan American Health Organization (PAHO). COVID-19 Strategic Preparedness and Response Plan. Operational Planning Guidelines to support Country Preparedness and Response [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2020 May 31]; 2020.
2. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. COVID-19 et Services de réadaptation essentiels pour les enfants âgés de 0 à 18 ans ayant une DP, une DI ou un TSA. Quebec: INESSS; 2020 [cited 2020 Jan 1]. Available from: <https://bit.ly/3pcTF4g>.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019, "por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral den Salud PAIS y se adopta el Modelo de Atención Integral Territorial-MAITE". Bogotá: Gobierno de Colombia; 2019 [cited 2020 May 31]. Available from: <https://bit.ly/3sMb86m>.
4. Avellanet M, Boada-Pladellourens A, Pages-Bolibar E. Rehabilitación en época de confinamiento. *Sermef*. 2020; 54(4):269-75. DOI:10.1016/j.rh.2020.05.003.
5. Sainz de Murieta E, Supervía M. COVID-19 y Cronicidad. Una oportunidad de reinventar los servicios de Medicina Física y Rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)*. 2020; 54(4):231-3. DOI:10.1016/j.rh.2020.05.002.