



Ministerio
**de Salud
Pública**

Dirección General
de la Salud

Área Programática
de Discapacidad y Rehabilitación

Plan nacional de rehabilitación en salud física de Uruguay

2025 - 2030

Montevideo, Uruguay
13 de noviembre de 2024



Ministerio de Salud Pública
Autoridades

Dra. Karina Rando
Ministra de Salud Pública

Lic. José Luis Satdjian
Subsecretario de Salud Pública

Dra. Adriana Alfonso
Directora General de Salud

Dra. Jacquelin Coronato de Freitas
Subdirectora General de Salud

Dra. Mariela Anchén
Directora General de Coordinación

Coordinador de Áreas Programáticas de DIGESA

Dr. Andrés Bálsamo

Coordinador del Área Programática Discapacidad y Rehabilitación

Prof. Dr. Juan Lacuague

Grupo técnico coordinador y redactor

.....

- Prof. Adj. Dra. Eliana Katz. Profesional contratada por OPS.
- Prof. Dr. Juan Lacuague.
- Prof. Dra. Teresa Camarot.
- Prof. Agda. Dra. Laura de Castellet.
- Tec. Andrea Buksman.
- Lic. Psic. Agustín Bergeret.

Grupo técnico asesor

.....

Prof. Dr. Juan Lacuague.

Ministerio de Salud Pública,
Dirección General de la Salud.

Lic. Psic. Agustín Bergeret.

Ministerio de Salud Pública,
Dirección General de la Salud.

Ec. Elena Píriz.

Ministerio de Salud Pública,
Junta Nacional de Salud.

Mag. Lic. Pol. Diego Langone.

Ministerio de Salud Pública,
Dirección General de Coordinación.

Lic. T. S. Adriana Pintos.

Ministerio de Salud Pública,
Dirección General de Coordinación.

Tec. en ortoprótesis Ricardo Ottonello.

Ministerio de Desarrollo Social /
Discapacidad / Centro nacional de
apoyos técnicos y tecnológicos.

Dra. Karen Sass.

Ministerio de Desarrollo Social,
Secretaría de Cuidados y Discapacidad.

Dra. Verónica Franco.

Banco de Seguros del Estado.

Dra. Ingrid Kasek.

Banco de Seguros del Estado.

Dra. Mariana Martínez.

Banco de Previsión Social,
CRENADECER.

Psic. Lucía Cortazzo.

Banco de Previsión Social,
Servicios Asistenciales.

Dra. Marie Boulay.

Administración de los Servicios de
Salud del Estado, Centro Hospitalario
Pereira Rossell.

Dra. Gabriela Read.

Administración de los Servicios de Salud del Estado, Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Dra. Cecilia Kadessian.

Administración de los Servicios de Salud del Estado, Instituto Nacional de Reumatología, Casa de Gardel.

Lic. Enf. Nelly Adriana Cardozo Guariglia.

Administración de los Servicios de Salud del Estado, Instituto Nacional de Reumatología, Casa de Gardel.

Prof. Agdo. Dr. Gerardo Amilivia.

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Rehabilitación y Medicina Física.

Prof. Adj. Dra. Leticia López.

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Rehabilitación y Medicina Física.

Prof. Mag. Patricia Manzoni.

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Fonoaudiología.

Lic. Florencia Barberán.

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Fonoaudiología.

Prof. Agreg. Lic. Darío Santos.

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Fisioterapia.

Prof. Adj. Lic. Gonzalo Fierro.

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Fisioterapia.

Prof. Adj. Mag. Lic. Fabián Preciozzi.

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Terapia Ocupacional.

Asist. Lic. Ligian Coore.

Universidad de la República, Facultad de Medicina, Unidad Académica Terapia Ocupacional.

Lic. Enf. Natalia Aguirre.

Universidad de la República, Facultad de Enfermería.

Lic. Enf. Antonella Cabrera.

Universidad de la República, Facultad de Enfermería.

Lic. Enf. Claudia Hirigoyen.

Universidad de la República, Facultad de Enfermería.

Sra. Rossana Minoli.

Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad.

Dra. Rosina Ríos.

Centro TELETÓN.

Dra. Andrea González.

Centro TELETÓN.

Dra. Sabrina Curbelo.

Centro de Rehabilitación de Maldonado (CEREMA).

Dr. Hugo Núñez.

Centro de Rehabilitación de Maldonado (CEREMA).

Otros técnicos consultados

Mag. Lic. Ricardo Alberti.

MSP / Asesoría técnica de la Dirección General de la Salud.

Lic. Enf. Ortoprotésista Magali Politi.

Ministerio de Desarrollo Social / Discapacidad / Centro nacional de apoyos técnicos y tecnológicos.

Dr. Matías Bentancor.

UDELAR / Hospital de Clínicas. Instituto de Neurología.

Dr. Daniel Strozzi.

ASSE.

Dr. Juan Gil.

ASSE.

Lic. Karina Griot.

Ministerio de Salud Pública, Departamento Vigilancia.

Dra. Griselda Bittar.

Ministerio de Salud Pública, Departamento Vigilancia.

Dra. Mercedes Bernadá.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Cuidados paliativos.

Dr. Federico Baltar.

Neuropediatría.

Dra. Magdalena Cibilis.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fisiatría-Rehabilitación.

Dra. Claudia González.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fisiatría-Rehabilitación.

Lic. Alicia Munyo.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fonoaudiología.

Lic. Virginia Correa.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fisioterapia.

Lic. Delfina Zambora.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fisioterapia.

Lic. Yhanira Diaz.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Fisioterapia.

Lic. Barbara Mais.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Trabajo Social.

Dra. Cecilia Mendez.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Traumatología y ortopedia.

Dra. Andrea Ghione.

ASSE / Centro Hospitalario Pereira Rossell. Neonatología / Servicio Recién Nacido.

Lic. Psicomotricidad Carolina Casterá

Ministerio de Desarrollo Social / Dirección de Discapacidad

Asesores técnicos de OPS consultados

- Wilson Benia
- Yasmin García
- Gustavo Perez

Áreas programáticas del MSP

- Actividad física
- Adolescencia y juventud
- Cuidados paliativos
- Enfermedades no transmisibles
- Nutrición
- Salud bucal
- Salud de la niñez
- Salud del adulto mayor
- Salud sexual y reproductiva

Listado de siglas, abreviaturas y acrónimos

| | |
|------------|---|
| ACV | Accidente cerebrovascular |
| APADISTA | Amigos y Padres del Discapacitado de Tacuarembó |
| ASSE | Administración de los Servicios de Salud del Estado |
| BPS | Banco de Previsión Social |
| BSE | Banco de Seguros del Estado |
| CARF | Comission on Accreditation of Rehabilitation Facilities |
| CENATT | Centro Nacional de Apoyos Técnicos y Tecnológicos |
| CEREMA | Centro de Rehabilitación de Maldonado |
| CIE | Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados a la Salud |
| CIF | Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud |
| CP | Cuidados paliativos |
| CRENADECER | Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras / BPS |
| DDHH | Derechos humanos |
| DDS | Dirección Departamental de Salud |
| DIGECOOR | Dirección General de Coordinación |
| DIGESA | Dirección General de la Salud |
| FNR | Fondo Nacional de Recursos |
| FST | Fisioterapia |
| GATE | Global Cooperation on Assistive Technology |
| HBSE | Hospital Banco de Seguros del Estado |
| HC | Hospital de Clínicas |
| IAMP | Institución de Asistencia Médica Privada de Profesionales |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| JUNASA | Junta Nacional de Salud |
| MEC | Ministerio de Educación y Cultura |
| MIDES | Ministerio de Desarrollo Social |
| MF | Medicina Física |
| MMC | Mielomeningocele |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |
| NM | Neuromuscular |
| NNA | Niños, niñas y adolescentes |
| ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONU | Organización de las Naciones Unidas |

| | |
|--------|--|
| OPP | Oficina de Planeamiento y Presupuesto |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OSC | Organización de la Sociedad Civil |
| OSN | Objetivos Sanitarios Nacionales |
| PA | Productos de apoyo |
| PC | Parálisis cerebral |
| PCD | Persona con Discapacidad |
| PIAS | Plan Integral de Atención en Salud |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| RHB | Rehabilitación |
| RN | Recién nacido |
| SNCD | Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad |
| SNIS | Sistema Nacional Integrado de Salud |
| TA | Tecnologías de apoyo |
| TEA | Trastorno de Espectro Autista |
| TEC | Traumatismo encéfalo craneano |
| TO | Terapia ocupacional |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| UNIT | Instituto Uruguayo de Normas Técnicas |

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| Listado de siglas, abreviaturas y acrónimos..... | 6 |
| Prólogo..... | 10 |
| Capítulo 1. Antecedentes y justificación..... | 12 |
| 1.1. Antecedentes..... | 12 |
| 1.2. Justificación..... | 13 |
| Capítulo 2. Tendencias demográficas y epidemiológicas actuales..... | 16 |
| Capítulo 3. Marco conceptual..... | 20 |
| 3.1. Principios generales de rehabilitación..... | 20 |
| 3.1.1. Definición..... | 20 |
| 3.1.2. Principios rectores de rehabilitación en los sistemas de salud, según OPS..... | 21 |
| 3.2. Modelo de atención para el Plan nacional de rehabilitación en salud física..... | 23 |
| 3.3. Niveles de atención..... | 24 |
| 3.1.3. <i>Continuum</i> asistencial..... | 24 |
| 3.1.4. Marco de rehabilitación en la salud según niveles de atención (OPS)..... | 25 |
| 3.1.5. Características de los servicios y centros de RHB en salud física según niveles de complejidad..... | 27 |
| Capítulo 4. Situación actual de la rehabilitación en salud física en Uruguay..... | 29 |
| Capítulo 5. Prioridades sanitarias en rehabilitación en salud física a lo largo del curso de vida..... | 34 |
| 5.1. Lactantes, preescolares, escolares y adolescentes..... | 34 |
| 5.2. Personas adultas..... | 36 |

| | |
|---|------------|
| Capítulo 6. Plan estratégico 2025-2030..... | 37 |
| 6.1. Definición Estratégica del Plan de Rehabilitación en salud física..... | 37 |
| 6.1.1. Misión..... | 37 |
| 6.1.2. Visión..... | 37 |
| 6.1.3. Población objetivo..... | 38 |
| 6.1.4. Objetivos..... | 38 |
| 6.1.5. Fases del Plan..... | 39 |
| 6.2. Líneas Estratégicas del Plan de Rehabilitación en salud física..... | 40 |
| 6.2.1. Línea estratégica 1: Educación, promoción y prevención en discapacidad y rehabilitación en salud física..... | 40 |
| 6.2.2. Línea estratégica 2: Provisión y fortalecimiento de servicios y recursos humanos especializados en rehabilitación en salud física.. | 40 |
| 6.2.3. Línea estratégica 3: Generación y fortalecimiento de la red de rehabilitación en salud física..... | 40 |
| 6.2.4. Línea estratégica 4: Acceso a productos de apoyo..... | 41 |
| 6.2.5. Línea estratégica 5: Sistemas de información e investigación. Cooperación internacional..... | 42 |
| 6.2.6. Línea estratégica 6: Gobernanza y fuentes de financiamiento..... | 42 |
| | |
| Capítulo 7. Referencias bibliográficas..... | 79 |
| | |
| Anexo 1. Marco normativo nacional e internacional..... | 86 |
| Anexo 2. Algunos hitos y antecedentes que hacen al desarrollo de la rehabilitación en salud física en el país..... | 93 |
| Anexo 3. Productos de apoyo y tecnologías asistivas..... | 100 |

Prólogo

.....

El presente plan es un documento que el Ministerio de Salud Pública, en su función de rectoría del sistema sanitario, considera necesario y fundamental para desarrollar una de las funciones esenciales que la ley 18211 (en su artículo 4) de creación del SNIS le asigna a la atención integral de salud.

Dicha ley define que el Sistema Nacional Integrado de Salud tiene entre sus objetivos: “Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos”.

Este plan ha sido construido con el esfuerzo y la experticia de muchos técnicos, con un carácter interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial relacionado a la rehabilitación física del país.

Además, ha contado con el asesoramiento técnico de la OPS, en busca de lograr cumplir el objetivo planteado por la OMS para los países de América Latina, de ‘Mejorar la rehabilitación en los Sistemas de Salud’, expresado en el documento “Rehabilitación 2030”.

En este mismo sentido, está alineado con los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030, que en el área de intervención 53 del Objetivo estratégico 3 se plantea: “Desarrollar una propuesta para la rehabilitación física, integral e interdisciplinaria en el SNIS que establezca niveles de complejidad y estándares mínimos de prestaciones”.

Agradecemos especialmente la amplia y valiosa colaboración recibida de la Academia (Facultad de Medicina y Facultad de Enfermería), así como de otros organismos e instituciones, como ASSE, MIDES, BSE, BPS, CENATT, TELETON, CEREMA, CNHD. También a aquellos programas y dependencias del MSP que han colaborado en su construcción de distintas formas.

Es fundamental que este plan comience a ser referencia como mapa de ruta en los años venideros, para permitir realizar ajustes y mejoras en el SNIS y en la articulación de todas aquellas instituciones que hoy se ocupan de la rehabilitación en salud física en el país, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en salud de todos los ciudadanos.

Dra. Karina Rando
Ministra de Salud Pública

Capítulo 1

Antecedentes y justificación

1.1

Antecedentes

Tanto a nivel internacional como nacional existen numerosos antecedentes vinculados a normativas e iniciativas relacionadas a discapacidad y al desarrollo de la rehabilitación en los países. Este documento toma como referencias dichos antecedentes, que dan sostén y justifican la imperiosa necesidad de poner en marcha este Plan nacional de rehabilitación en salud física.

La legislación existente orienta de forma clara a lograr un buen trato de las personas con discapacidad (PcD) y su acceso efectivo a la atención en salud y a la rehabilitación, como parte esencial de esta. Las PcD son reconocidas como sujetos de derecho, tema que se incorpora en la agenda de derechos humanos (DD. HH.) y se materializa efectivamente en la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad (2006), a la que Uruguay como país miembro adhiere en 2007.

En las últimas décadas, debido a múltiples factores, se incrementan a nivel mundial los requerimientos de rehabilitación, pero se genera una insuficiente respuesta a estas necesidades de la población.

En este contexto, la OMS hace un llamado a la acción para el fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud, genera el "Plan de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: mejor salud para todas las personas con

discapacidad”, que fuera aprobado por los Estados miembros. En particular, la OMS los impulsa a que eliminen las barreras y mejoren el acceso a los servicios y programas de salud, fortalezcan y amplíen la rehabilitación, los dispositivos de asistencia y los servicios de apoyo, y la rehabilitación basada en la comunidad; y mejoren la recopilación de información pertinente a nivel internacional.

La iniciativa “Global Cooperation on Assistive Technology” (GATE) de OMS está dirigida a asegurar el acceso a los productos de apoyo y tecnologías asistivas. Estos hacen parte imprescindible del programa de rehabilitación, permiten y promueven la inclusión y la participación social (educación, empleo, deporte, etc.).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) afirma que la inclusión de las PcD es indispensable para alcanzar y mantener los objetivos de desarrollo sostenible de los países.

En nuestro país, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en 2008, se incluye la rehabilitación, que integra la atención integral de la salud y se incluye como parte de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN) 2020-2030, Área de intervención 53: Mejorar el acceso a los servicios de salud para la rehabilitación.

Las diferentes normativas, convocatorias e iniciativas continúan hasta la actualidad y son el sustento y base para este plan (Ver Anexo 1).

En nuestro país, desde hace ya muchos años, existe la preocupación de cómo desarrollar y fortalecer la rehabilitación, lograr equidad en su acceso y alcanzar la cobertura universal. En ese sentido, hay una larga trayectoria, tanto a nivel comunitario como institucional, público y privado. Se deben tener en cuenta diversos hitos y antecedentes que hacen al desarrollo de la rehabilitación en el país (Ver Anexo 2).

1.2
.....

Justificación

.....

Un plan nacional de rehabilitación en salud física es necesario, dado que, actualmente, no existen políticas y planes en rehabilitación en los servicios del SNIS. Asimismo, la articulación entre estos y los servicios sociales públicos y de la sociedad civil es deficiente; es imprescindible una coordinación estrecha y dinámica entre los organismos responsables.

Muchos de los principios rectores de la rehabilitación promovidos por OPS/OMS no se cumplen cabalmente. Aún no está garantizada la equidad, ya que no todas las intervenciones básicas son aseguradas por el sistema de salud.

La vinculación en red de los servicios es inexistente, así como la distribución no es equitativa en el territorio nacional, lo que hace necesarias la implementación de una estrategia y acciones concordantes para lograrla.

Existe carencia de recursos humanos especializados de las diferentes profesiones que intervienen en rehabilitación, y en algunas disciplinas la distribución es inadecuada.

Considerando que las personas viven más años y con condiciones crónicas que alteran el funcionamiento y el bienestar, los sistemas de salud se enfrentan a la responsabilidad de responder a los desafíos emergentes, y **las políticas de salud deben hacer énfasis no solo en reducir la mortalidad, sino también en promover el funcionamiento, es primordial la rehabilitación para ello.**

Resulta entonces fundamental incorporar y fortalecer la habilitación y la rehabilitación como componentes esenciales de la atención integral en salud, implementando acciones en todos los niveles del sistema, que ayuden a atenuar y/o evitar la discapacidad en las personas.

Asimismo, es necesario garantizar modelos de atención centrados en la persona y programas de rehabilitación con los mejores resultados clínicos y la mejor relación costo/efectividad, que aseguren la atención en calidad y cantidad según los requerimientos de la persona.

Por todo esto, es imperativo generar en nuestro país un plan nacional de rehabilitación en consonancia con los lineamientos de OMS-OPS, alineado con los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030 del MSP, para alcanzar el fortalecimiento y la integración de la RHB en los sistemas de salud. (1-3)

Este plan es una primera versión que busca generar ámbitos intersectoriales de discusión sobre la rehabilitación en salud física. Se trata de un documento dinámico que seguirá teniendo evolución en el futuro próximo, hasta que se logre la mejor propuesta posible para el país.

Si bien, en lo conceptual, la rehabilitación puede beneficiar a personas con deficiencias y discapacidades de diferente origen, ya sean físicas, mentales,

intelectuales o sensoriales, por razones circunstanciales de recursos, operativas y metodológicas, este plan está dirigido a la rehabilitación en el ámbito de la salud física. Se concibe este como un primer paso en el fortalecimiento de la rehabilitación en Uruguay, en su sentido más amplio, siguiendo un enfoque biopsicosocial.

Se abordará exclusivamente la rehabilitación en salud física centrada en lo neuromusculoesquelético. No se incluirán tampoco en este plan aquellas estrategias dirigidas a la rehabilitación de enfermedad de alzhéimer, demencias y afines, dada la complejidad de los procesos específicos que se requieren.

Capítulo 2

Tendencias demográficas y epidemiológicas actuales

A nivel mundial, se calcula que, en 2019, 2400 millones de personas hubieran podido recibir intervenciones de rehabilitación para aliviar sus afecciones y evitar vivir un total de 310 millones de años con discapacidad. Desde 1990 a 2019 la cifra de personas con discapacidad incrementó un 63 %. Las principales condiciones que precisaban de rehabilitación eran los trastornos osteomusculares, seguidos de las deficiencias sensoriales, neurológicas y mentales, las enfermedades respiratorias y cardiovasculares y los traumatismos. Asimismo, la pandemia, por el coronavirus (COVID-19), los conflictos y otras crisis humanitarias están dando lugar a un aumento significativo de la demanda de rehabilitación. (23)

Se ha demostrado que muchas intervenciones de rehabilitación son costo-eficaces, no solo para las enfermedades que debutan con un episodio agudo (como el accidente cerebrovascular y los traumatismos), sino también para enfermedades crónicas (como las enfermedades vasculares, congénitas, connatales, artritis, enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares y la parálisis cerebral, entre otras). (4)

Según la OMS, alrededor de un 15 % de la población mundial presenta algún tipo de discapacidad, 1 de cada 7 personas; de las cuales la mayoría carece de acceso a una atención médica y a servicios de rehabilitación apropiados.

La prevalencia de la discapacidad va en aumento debido al envejecimiento de las poblaciones, al incremento mundial de las enfermedades crónicas y el aumento de las violencias, y es más elevada en los países de ingresos bajos que en los de

ingresos altos. (4)

Como consecuencia, estas personas tienen más problemas para alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y salud. La falta de servicios obstaculiza su plena inclusión y participación en todos los aspectos de la vida. En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peor salud y carecen de la asistencia sanitaria que necesitan, con mayor frecuencia que las personas sin discapacidad. (5)

A nivel nacional, la encuesta Nacional de Hogares 2004, la cual relevó un 82 % de la población total, muestra que la prevalencia de limitaciones funcionales alcanza al 7,6 % de la población. El sexo y edad marcan comportamientos diferenciales. Existe mayor prevalencia en mujeres (8,2 %) que en hombres (7 %); pero al considerar la edad, los hombres menores de 30 años tienen mayor incidencia. El 31,3 % refiere tener dificultades para caminar o limitaciones en la movilidad, el 25 %, dificultades para la visión, y el 13,6 %, dificultades en la audición. Esta población manifiesta necesitar asistencia o ayuda de otra persona, según actividad funcional: cuidarse a sí mismo: 21,1 %; relacionarse con los demás: 15,6 %; desplazarse dentro del hogar: 15,5 %; desplazarse fuera del hogar: 40 %; integrarse al aprendizaje: 20,7 %. Las categorías no son excluyentes. (6)

En el Censo Nacional de Hogares y Población (INE, 2011) se incluyeron preguntas para relevar la autopercepción de limitaciones de la población según tipo y grado de severidad, considerando tres dimensiones: motriz, sensorial (ver, oír) e intelectual. El 15,8 % de la población presentó alguna limitación permanente. De la población uruguaya mayor de 5 años, el 17,6 % presentó al menos un tipo de limitación física y/o sensorial, lo que significa 517 771 personas (1 de cada 6). El 70,5 % declaró tener una limitación leve, un 25 % moderada, y un 4,5 % severa. Del total de la población con discapacidad, se observa que el 64,1 % se encuentra en el interior del país y el 35,9 % en Montevideo. No se tomaron en cuenta los menores de 5 años por ser datos recogidos mediante autopercepción de limitaciones.

El 7 % de la población declaró tener dificultades permanentes para caminar y el 2,3 % declaró tener dificultades permanentes graves o no poder caminar. El 3 % de la población declaró tener dificultades permanentes para entender o aprender, mientras que el 1 % declaró tener dificultades permanentes graves o no poder hacerlo. (7)

Los avances científicos tecnológicos llevan a un aumento de la sobrevivencia de personas con condiciones de salud graves, provocando un aumento de la demanda asistencial compleja y especializada para esta población específica.

En caso de adultos y/o niños que deban ingresar a cuidados paliativos, estos pueden requerir acciones de rehabilitación dirigidas a prevención de complicaciones y provisión de tecnología asistiva para posicionamiento, movilidad, comunicación, entre otros. (8)

La caracterización de la población es imprescindible para definir tiempo de cuidados a los efectos de identificar las necesidades, los problemas y los diagnósticos. (9)

Según datos del Censo de Población del año 2023, en Uruguay un 16 % de su población son personas adultas mayores. (58) Lo que permite considerar la importancia de la rehabilitación en las políticas de salud, ya que es una población en la que aumenta la prevalencia de enfermedades generadoras de deficiencias y discapacidades.

En nuestro país no se cuenta con datos cuantitativos y/o cualitativos en cuanto al número de personas y patologías generadoras de deficiencia y/o discapacidad. Con el fin de aproximarse a estos en el ámbito de la salud, el equipo redactor e integrantes del Departamento de Vigilancia en Salud del MSP realizaron un análisis a partir de los datos de los que se dispone en la actualidad.

Las variables seleccionadas de los datos disponibles en el período 2020-2022 fueron edad, departamento, tipo de institución (pública y privada). Se seleccionaron los códigos de interés utilizando la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima Revisión (CIE-10), Edición 2018. Se seleccionaron aquellas condiciones de salud, en especial de origen neuromusculoesquelético de causa congénita y adquirida, degenerativas, tumorales, traumáticas, vasculares e infecciosas. Por ejemplo: lesión medular, injuria encefálica (ACV, TEC, PC), amputaciones, entre otras.

Los datos surgen de los informes de 'egresos hospitalarios' notificados al Departamento de Vigilancia en Salud. Se excluyen los pacientes asistidos en forma ambulatoria, en emergencia e internación domiciliaria, fallecimientos y los eventos duplicados para una misma persona.

Es la primera vez que se accede a estos datos a nivel país. Si bien son datos confiables, no reflejan de forma cabal la cantidad real de personas en situación de discapacidad de origen neuromusculoesquelético. Estos resultados no pueden ser directamente comparados con la incidencia de estas enfermedades en la población general.

Cabe recordar que no se cuenta con un registro unificado que permita obtener datos reales en las instituciones de salud ni en los servicios de rehabilitación en los diferentes niveles de atención.

Debido a la importancia que conlleva, se recomienda promover la investigación en este sentido, con la participación de las diferentes disciplinas implicadas en los sistemas de información disponibles, lo que permitiría obtener datos de interés que apoyen la mejor planificación y gestión de recursos en Rehabilitación.

Capítulo 3

Marco conceptual

3.1

Principios generales de rehabilitación

Según Ferrari y De Castellet:

La rehabilitación no es una técnica, sino una etapa del proceso de reacondicionamiento de la salud, en su sentido moderno de equilibrio, satisfacción y felicidad; somática, psicológica y social. En ese sentido, la rehabilitación utiliza en forma armónica un conjunto de procedimientos de naturaleza médica, psicológica, educativa y social, reuniéndolos en un programa coherente, el programa de rehabilitación. La rehabilitación es siempre un programa de trabajo y un objetivo cuidadosamente proyectado sobre una base estrictamente individual, y que se desarrolla mediante la coordinación de diferentes procedimientos y técnicas tomadas de distintas áreas de la actividad humana. (10)

3.1.1. Definición

La OMS define 'rehabilitación' como un conjunto de intervenciones de salud que tienen como objetivo disminuir el impacto de las condiciones que causan discapacidad y restricción en la participación social; diseñados para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos que presentan condiciones de salud en la interacción con su entorno, para llevar a cabo

la inclusión social. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos. (...) Pero también pueden incluir otras circunstancias. (11)

La 'habilitación' es la asistencia prestada a personas que, sufriendo de una afección congénita o desde temprana edad, no han adquirido aún suficiente capacidad o habilidad para actuar en la vida educativa, profesional y/o social. Su propósito es dotar por primera vez a estas personas de esa capacidad o habilidad para lograr una mejor calidad de vida.

La OPS enfatiza que “La rehabilitación se ocupa del impacto de una afección en la vida de la persona, principalmente en mejorar su funcionamiento y mitigar la discapacidad. La rehabilitación se centra en el funcionamiento de la persona, no en la enfermedad”. (1)

La rehabilitación es un servicio de salud fundamental en todas las etapas del ciclo de vida y durante todas las fases de la atención: aguda, subaguda y prolongada.

Lo hace con un fuerte énfasis en educar y empoderar a las personas para que manejen su propia salud, se adapten a su situación y permanezcan lo más independientes y activas posibles. Con esto, la rehabilitación permite una mayor participación en la educación, el empleo y la vida comunitaria, con beneficios en salud, sociales y económicos de gran alcance. (1)

3.1.2. Principios rectores de rehabilitación en los sistemas de salud, según OPS

- La rehabilitación contribuye a la prestación de atención integral centrada en la persona. Es un componente integral de los servicios de salud, lo que garantiza que la gente pueda realizar su potencial funcional pleno en los entornos en los que vive y trabaja. (1)
- Los servicios de rehabilitación son relevantes junto al espectro de la atención en salud. La rehabilitación incluye intervenciones para la prevención de deficiencias y desmejoras en la fase aguda de atención, como también para la optimización y el mantenimiento del funcionamiento en las fases pos aguda y de largo plazo. (1)
- La rehabilitación es parte de la cobertura universal de salud, “deben realizarse esfuerzos para incluir acciones y políticas que permitan incrementar la calidad, accesibilidad y asequibilidad de los servicios”. (1)

- Se destacan como principios rectores principales que sea: temprana, oportuna, continua, programada, evaluada y financiada. (1)

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) da el marco conceptual sobre la discapacidad propuesto por la OMS, aprobada en el año 2001. La CIF constituye un documento fundamental como referencia para la rehabilitación en salud, propone el modelo biopsicosocial de la discapacidad. (12)

La importancia de la CIF para rehabilitación es que brinda un lenguaje unificado y estandarizado, así como también un marco conceptual para la descripción de la salud y las dimensiones que con ella se relacionan, refiriéndose a todas las personas y a cualquier estado o condición de salud, poniendo énfasis en el funcionamiento en todos esos ámbitos. (9, 12)

Modelo relacional del funcionamiento y la discapacidad que sirve de fundamento a la CIF

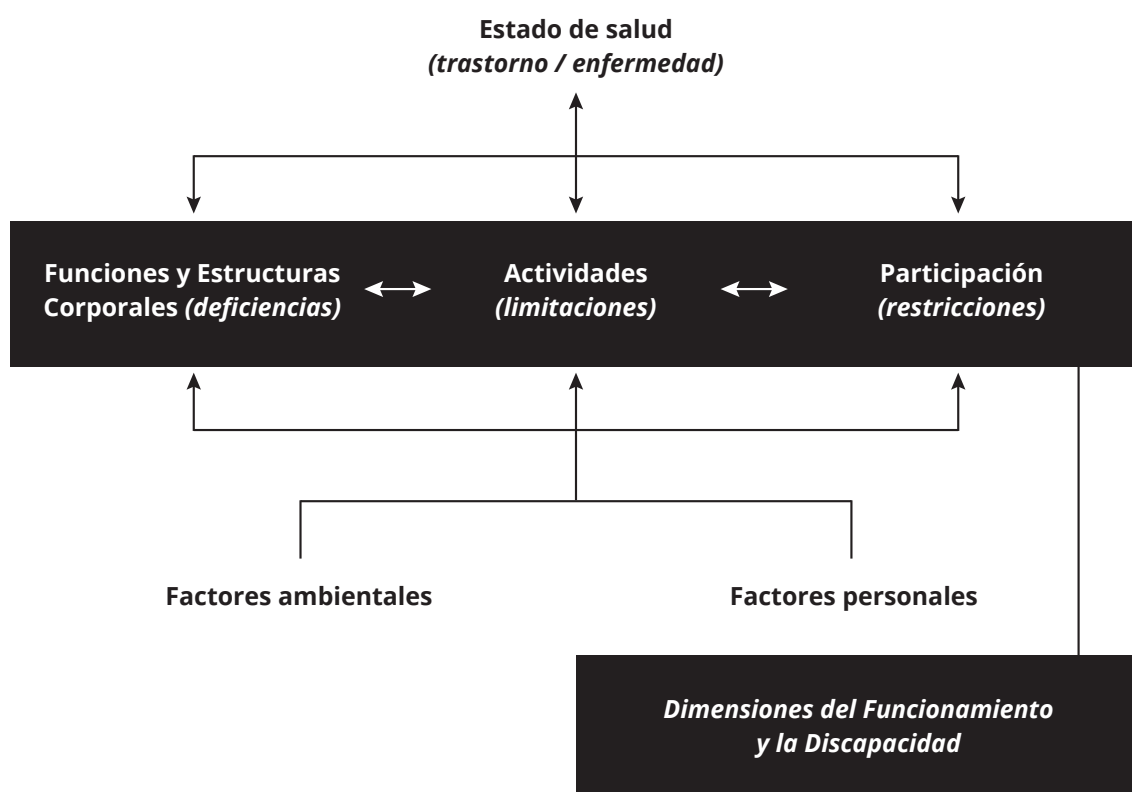


Figura 1. Interacciones entre los componentes de la CIF. (12)

Estos están relacionados con funciones y estructuras corporales, actividad y participación, factores ambientales y factores personales; señalando que la discapacidad puede estar dada por deficiencias en la estructura y/o función, limitaciones en la actividad y restricción en la participación, en interacción con los factores contextuales. La discapacidad no recae en la persona, sino que surge de esta interacción, que podrá ser positiva o negativa. (12)

3.2

Modelo de atención para el Plan nacional de rehabilitación en salud física

Características del modelo objetivo:

- Es un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación en salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- Impulsa la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- Organiza la prestación de los servicios de los prestadores del SNIS (ASSE, prestadores privados, Hospital Militar, Hospital Policial y Seguros Integrales de Salud), según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- Coordina precozmente con otros organismos públicos y/o privados:
 - a. Sanitarios: BPS, BSE, Hospital Universitario/Unidad Académica Rehabilitación y Medicina Física y todas las disciplinas que trabajan en rehabilitación, Fondo Nacional de Recursos y otros que tienen centros especializados y articulan con otras prestaciones.
 - b. Con intendencias del país (Congreso de Intendentes).
 - c. Con otros Ministerios:
 - Ministerio de Desarrollo Social / Dirección Discapacidad: para sostener el núcleo familiar y el apoyo del proceso de rehabilitación, contribuyendo a la inclusión de la persona. Se busca articular con todas las partes,

- realizando intervenciones desde accesibilidad, comunicación, entrega de productos de apoyo.
- Ministerio de Educación y Cultura: para promover la inclusión educativa oportuna y adecuada.
 - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: para la inclusión laboral oportuna y adecuada de la persona.
- d. Comisión Nacional Honoraria de Discapacidad.
- e. Con instituciones no estatales:
- Centros de rehabilitación: se establecerá un marco de trabajo donde se establezcan algunos criterios que los transversalicen y articulen con el Estado, se destacan Centros de RHB TELETÓN, CEREMA, entre otros.
 - Organizaciones privadas, como asociaciones civiles, dependientes de comisiones o de grupos religiosos y otros.
 - Organizaciones de la sociedad civil (OSC) de personas con discapacidad.

3.3

Niveles de atención

De acuerdo con lo que plantea la OPS, es necesario integrar los servicios de rehabilitación en los niveles primario, secundario y terciario de los sistemas de salud. La rehabilitación es requerida en todos los niveles, para la identificación de las necesidades y para un efectivo espectro de la atención durante la recuperación de una persona. (1, 13)

3.1.3. *Continuum* asistencial

Las vías estandarizadas de derivación y otros mecanismos de coordinación entre niveles ayudan a garantizar una buena transición de la atención para lograr resultados óptimos. (14)

El *continuum* asistencial se refiere precisamente a evitar las brechas o *hiatus* asistenciales que favorecen las complicaciones y empeoran el pronóstico para llegar al funcionamiento óptimo y la calidad de vida relacionada con la salud, de la persona que debe realizar el proceso de RHB.

El periodo de transición del adolescente a la edad adulta en situación de discapacidad representa un desafío para los sistemas asistenciales de rehabilitación como en otras áreas de la salud. Se necesita incentivar la interrelación de los sistemas de

asistencia y docencia entre los servicios pediátricos especializados en rehabilitación en salud física y los de adultos, a fin de fortalecer a los equipos asistenciales para la mejor asistencia de esta franja etaria.

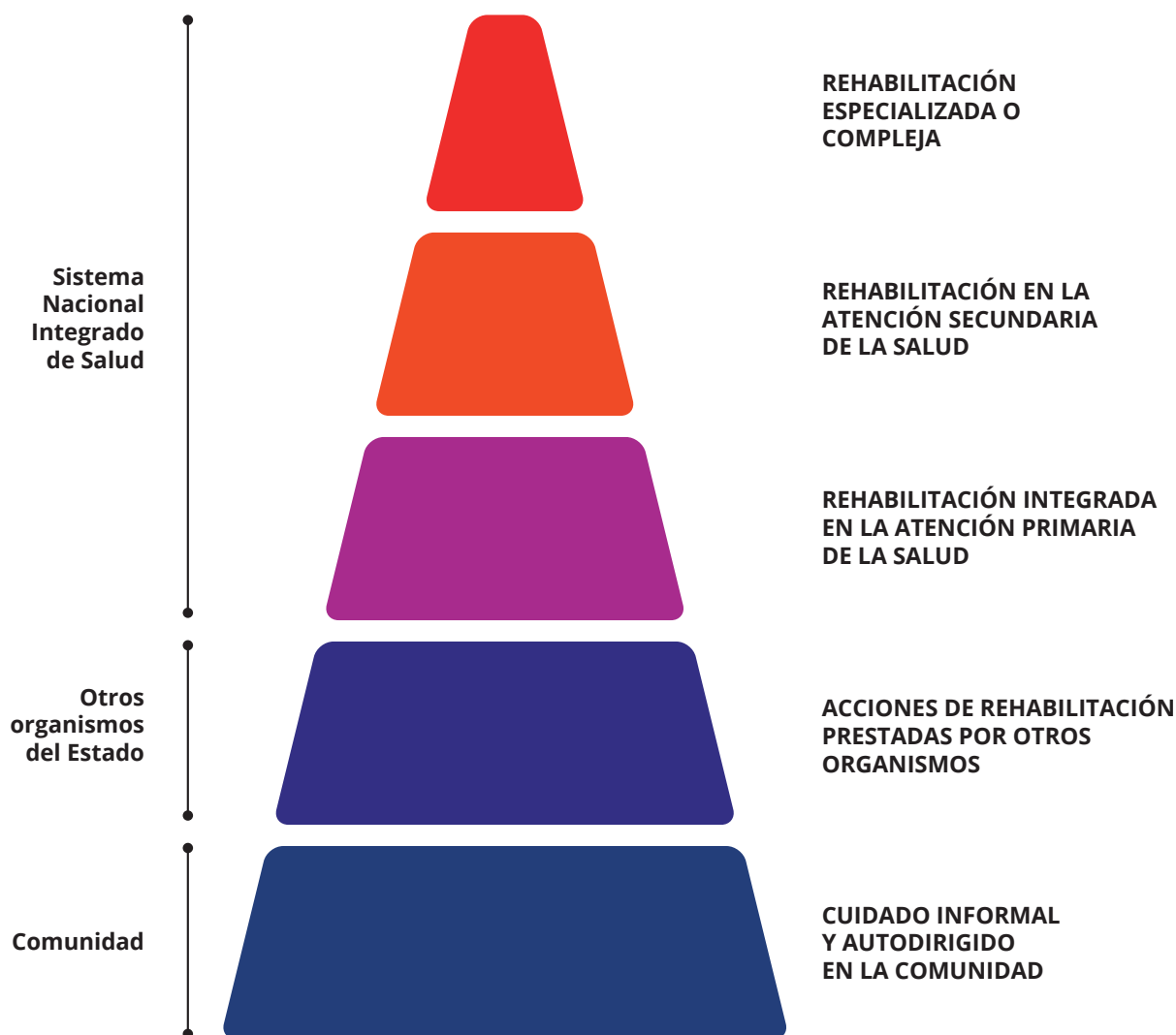
Enfermería juega un rol clave en los cuidados de los usuarios en todos los niveles de atención. Es necesario definir los procesos asistenciales en el nivel correspondiente. El conocimiento y vínculo con las familias del territorio de referencia hace que la enfermera y el médico del primer nivel jueguen un rol fundamental en los procesos de apoyo a la rehabilitación a nivel local.

3.1.4. Marco de rehabilitación en la salud según niveles de atención (OPS)

El Marco de rehabilitación en la salud (...) proporciona una estructura y organización común de la rehabilitación en la atención de la salud. Entre los distintos países, la configuración de la rehabilitación varía considerablemente. Este marco presenta los tipos comunes de rehabilitación y recomienda una combinación óptima de servicios de rehabilitación para cada país. Integra la rehabilitación en la estructura piramidal que comúnmente se usa para ilustrar la organización de la atención médica en los niveles terciario, secundario y primario; también incluye en la pirámide a la rehabilitación prestada por la comunidad. El marco presenta los diferentes tipos de rehabilitación y los entornos donde suele darse. (1)

Tipos de rehabilitación en salud física ajustados al Uruguay:

- Rehabilitación especializada o compleja, 3er. nivel de atención en RHB: comúnmente se da en centros especializados, unidades y en algunos casos en departamentos de RHB.
- Rehabilitación en la atención secundaria y/o terciaria de la salud: habitualmente para personas con necesidades de RHB de mediana complejidad.
- Rehabilitación integrada en la atención primaria de la salud: para prestaciones de baja complejidad; rehabilitación prestada por la comunidad, que puede ser específica o integrada en los demás programas prestados en la comunidad, y cuidado informal, que ocurre en entornos comunitarios. (1, 8)



REHABILITACIÓN ESPECIALIZADA O COMPLEJA:

Predominantemente se trata de atención terciaria dirigida a personas con necesidades complejas o de procedimientos especializados de RHB. Comúnmente ocurre en hospitales, centros, unidades y deptos. de RHB. Requiere contar con un equipo interdisciplinario extendido y acceso al equipamiento de RHB avanzado.

REHABILITACIÓN EN LA ATENCIÓN SECUNDARIA DE LA SALUD:

Para personas con necesidades de rehabilitación de mediana complejidad. Comúnmente ocurre en hospitales y servicios ambulatorios. Requiere contar con un equipo interdisciplinario básico. Intervenciones en las que participan hasta 2 o 3 disciplinas.

REHABILITACIÓN INTEGRADA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:

Para personas con necesidades de rehabilitación de baja complejidad, dirigido al control y seguimiento médico y la prevención de complicaciones que requieren intervenciones de niveles superiores. Comúnmente ocurren en policlínicas y servicios de atención primaria. Debe mantener contacto regular y posibilidad de derivación oportuna a los niveles superiores.

ACCIONES DE REHABILITACIÓN PRESTADAS POR OTROS ORGANISMOS

Se trata de acciones prestadas por otros organismos del Estado.

Generalmente se ofrecen a través de múltiples programas que brindan prestaciones, administrados por otros organismos públicos (MIDES, BPS Intendencias, Sistema Nacional de Cuidados, etc.)

CUIDADO INFORMAL Y AUTODIRIGIDO EN LA COMUNIDAD

¡Esta forma no es un servicio de rehabilitación! Comúnmente ocurre por organizaciones de la sociedad civil, en hogares, escuelas, parques, gimnasios, centros comunitarios y centros de atención a largo plazo.

Figura 2. Adaptación al Uruguay de esquema extraído de “Rehabilitación en los sistemas de salud. Guía de acción”. OMS, 2020. (1)

3.1.5. Características de los servicios y centros de RHB en salud física según niveles de complejidad

Tercer nivel de asistencia en RHB o RHB compleja en salud física:

Predominantemente se trata de atención dirigida a personas con necesidades complejas o de procedimientos especializados en rehabilitación. Requiere contar con un equipo interdisciplinario extendido y acceso al equipamiento de RHB avanzado. Puede ocurrir en hospitales, centros, unidades y departamentos de RHB en salud física. Son centros que además brindan enseñanza e investigación. (1, 15, 16)

Estos servicios de Rehabilitación especializada brindan tratamientos de alta intensidad y evaluación vocacional. (17)

Los usuarios que requieren servicios de 3er. nivel de atención en RHB en salud física son aquellas personas con necesidades complejas; es decir que presentan deficiencias multisistémicas, necesidades especiales, que se presentan en estadios

diferentes de la enfermedad y en todas las edades. Según diferentes autores, los criterios para definir necesidades complejas involucran una mezcla de problemas médicos, físicos, sensoriales, cognitivos, de la comunicación, psicológicos, sociales y del entorno que requieren un abordaje especializado en equipo. (17)

Las necesidades complejas se refieren a las necesidades que surgen de afecciones de salud, graves o múltiples, que afectan varios aspectos del funcionamiento. Para este indicador, la rehabilitación multidisciplinaria significa que tres o más profesiones de RHB en salud física se ocupan de evaluar y posiblemente tratar a estos pacientes. (15)

Los usuarios con enfermedades progresivas tienen beneficio de la intervención de acciones de RHB en salud física, tanto desde el punto de vista físico, alivio de los síntomas, prevención de complicaciones, apoyo psicosocial, apoyo a la familia. (17)

Segundo nivel de asistencia en RHB en salud física:

Asiste a personas con necesidades de mediana complejidad y comúnmente ocurre en hospitales y servicios ambulatorios. Requiere contar con un equipo interdisciplinario básico, intervenciones en las que participan hasta 2 o 3 disciplinas de RHB en salud física. (1)

Primer nivel de atención en RHB en salud física:

Está integrado a la atención primaria en la salud. Se refiere a la atención de personas con necesidades de RHB en salud física de baja complejidad, dirigida al control y seguimiento médico y la prevención de complicaciones que requieren intervenciones en niveles superiores. Comúnmente ocurre en policlínicas y servicios de atención primaria de salud; y debe mantener contacto regular y posibilidad de derivación oportuna a los niveles superiores. (1)

Capítulo 4

Situación actual de la rehabilitación en salud física en Uruguay

En el Uruguay existe una fragmentación marcada de la atención e inequidad en el acceso a servicios de rehabilitación en salud física, con una gran diferencia territorial entre la población del interior y el área metropolitana. En el MSP no existe una definición oficial de los centros, servicios, departamentos o unidades de rehabilitación en salud física. Según el relevamiento de servicios y recursos en rehabilitación en salud física realizado por el MSP en el año 2023, se desprende que en los departamentos del sur del país (Colonia, Montevideo, Canelones y Maldonado) se concentran la mayor cantidad de servicios de rehabilitación en salud física, tanto dentro como fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). (24, 25)

Hay una gran heterogeneidad de servicios entre los que forman parte del SNIS, con un importante retraso en su desarrollo, tanto en recursos como en la calidad de la atención brindada. De acuerdo con el mismo relevamiento, existen en Uruguay 136 lugares dentro de los prestadores del SNIS en los que se brindan prestaciones relacionadas con la rehabilitación en salud física, con distintas categorías de complejidad según la composición de sus recursos materiales y humanos (94 son privados y 42 públicos). De todos ellos, solo 73 se podrían considerar como servicios suficientemente dotados de recursos (61 privados y 12 públicos). (24, 25)

En dicho relevamiento se observa que el principal prestador de servicios del Uruguay (ASSE) cuenta, en la mayor parte del país, con escasos servicios y recursos en rehabilitación en salud física, en comparación con los prestadores privados del SNIS.

Los servicios de rehabilitación de los prestadores públicos del SNIS no tienen cobertura en domicilio de prestaciones de rehabilitación en salud física.

La gran mayoría de los servicios de rehabilitación en salud física aparecen con importantes carencias para atender pacientes con necesidades de alta complejidad (lesionados medulares, cerebrales, grandes amputados, y otros), que requieren equipos interdisciplinarios, infraestructura, equipamiento y tecnología específica. Este equipamiento, actualmente denominado productos de apoyo (PA), puede ser habitualmente de alto costo y requerir adaptaciones, mantenimiento periódico o ser cambiado a lo largo del tiempo, y en particular en niños por el factor crecimiento.

Existe simultáneamente, a su vez, un mayor desarrollo en algunos servicios que están fuera del SNIS. Según dicho relevamiento, se han identificado fuera del SNIS un total de 40 servicios de rehabilitación en salud física en los distintos departamentos del país, con distinto grado de complejidad. De esos 40 servicios, 37 son privados y 3 públicos. (24, 25)

Los servicios de rehabilitación en salud física que aparecen con mayor dotación de recursos humanos e instalaciones adecuadas para brindar atención interdisciplinaria centrada en la persona en situaciones complejas son el BSE, BPS (CRENADECER), HC/ Unidad Académica Rehabilitación y Medicina Física, centro TELETON y CEREMA. Estos servicios se encuentran en su totalidad fuera de las instituciones que integran el SNIS.

Algunos servicios, como los dos últimos mencionados, con varios años de experticia en cuanto al modelo de atención interdisciplinario, centrados en el paciente y su familia, con enfoque integral biopsicosocial poseen gran inestabilidad en cuanto a su sustentabilidad, y son financiados en gran medida por donaciones y exoneraciones impositivas.

Una Institución pública con experiencia en el modelo de atención interdisciplinaria en la rehabilitación en salud física del adulto es el Hospital del Banco de Seguros del Estado (HBSE), que asiste a los trabajadores que sufren siniestros o enfermedades profesionales, en el marco de la Ley 16074. A su vez, el departamento RHB del Hospital de Clínicas (actualmente Unidad Académica RHB y MF-UdelaR), que funciona desde 1982, cuenta con un equipo interdisciplinario para pacientes complejos. Ambos servicios están fuera del SNIS.

La gran mayoría de estos servicios de mayor complejidad se localizan en el área metropolitana, poniendo de manifiesto una gran inequidad entre Montevideo y el interior del país. (24, 25)

Por otra parte, el 66,7% de los prestadores integrales del SNIS, debido a la insuficiencia de recursos propios, resuelven la demanda de prestaciones en rehabilitación en salud física derivando, contratando, tercerizando o referenciando, parcial o totalmente, a otras instituciones externas al SNIS. (24, 25)

Con relación al primer nivel de atención, de gran importancia por su cercanía en el territorio, particularmente para aquellos usuarios que tienen dificultades para trasladarse a servicios de segundo o tercer nivel, es imprescindible fortalecer el rol del equipo básico en las acciones de rehabilitación oportunas, tanto para el seguimiento de pacientes crónicos como para la derivación oportuna a los servicios de rehabilitación en salud física de segundo y tercer nivel. Es esencial que se mantenga una comunicación fluida entre los distintos niveles, manteniendo al paciente como centro de la atención.

El relevamiento ha puesto en evidencia que en los prestadores de salud del SNIS existe una variedad de categorías de recursos humanos referidos a la rehabilitación en salud física, así como diferente cantidad de cargos y horas asignadas, para cada uno de los servicios. Se observa una gran inequidad en la cantidad de cargos y horas de recursos humanos disponibles en los prestadores integrales privados respecto de los públicos. Si se considera la totalidad de horas asignadas a recursos humanos para rehabilitación en salud física, se observa que el sector público dispone de un promedio de 3,4 horas cada 1000 usuarios y el sector privado, de 13,6 horas. (24), (25)

La dotación de estos recursos en el interior del país es proporcionalmente casi la mitad que en Montevideo. La totalidad de horas asignadas a recursos humanos para rehabilitación en salud física en el SNIS evidencian que Montevideo dispone de un total de 13,0 horas semanales por cada 1000 usuarios, mientras que los servicios del interior solo disponen de 6,8 horas semanales cada 1000 usuarios. Los departamentos donde la escasez de recursos humanos con relación al número de usuarios del SNIS es mayor, pues no alcanzan la media país (9,3), son Cerro Largo (1,6), Tacuarembó (3,3), Treinta y Tres (4,7), Florida (4,8), Canelones (5,5), Rivera (5,5), Maldonado (5,8), Lavalleja (6,3), Flores (6,5), Río Negro (6,7), Salto (6,8) y Rocha (7,4); lo que hace mayor la brecha de inequidad. Los departamentos mejor dotados son Paysandú, Soriano, Montevideo, San José, Colonia, Artigas y Durazno. (24, 25) En caso de considerar los recursos humanos de las instituciones externas al SNIS, que prestan servicios mediante tercerización o contratación a los prestadores del SNIS, solamente Río Negro tendría recursos humanos por encima de la media.

También ha surgido que los profesionales licenciados en Terapia Ocupacional son escasos en el SNIS, tanto en cargos como en horas semanales (13 cargos de terapistas ocupacionales con un total de 230 horas semanales), para la totalidad de los prestadores integrales del SNIS. Si se consideran, a su vez, los cargos que existen en las instituciones externas al SNIS, se tendrían que sumar un total de 583 horas semanales más; que resultan insuficientes para cubrir la demanda, tanto dentro como fuera del SNIS. (24, 25)

La continuidad asistencial tiene fallas al egreso hospitalario y en el posterior seguimiento del proceso de rehabilitación en salud física. Los pacientes se retiran a sus domicilios sin la coordinación realizada de un plan de rehabilitación en salud física, lo que genera una brecha asistencial importante. Según el relevamiento, los tiempos de espera para acceder a la primera consulta médica y a los tratamientos de rehabilitación en salud física en los prestadores integrales del SNIS son heterogéneos. Luego del alta existe una espera para una consulta médica ambulatoria y el inicio del tratamiento, que es mayor a un mes en el 18 % de los servicios del SNIS y en el 9 % de los servicios externos. Esto muestra una falta de continuidad y oportunidad en muchos de los tratamientos. (24, 25)

Surge de las respuestas obtenidas que la mayoría de los prestadores de salud del SNIS no utilizan protocolos ni métodos de evaluación estándares en los tratamientos de rehabilitación en salud física, aspecto que será necesario indagarse más en profundidad. (24, 25)

Por otra parte, el catálogo del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) vigente en la actualidad aparece muy desactualizado en las prestaciones en rehabilitación en salud física. Y no prevé servicios terciarios para rehabilitación de personas con deficiencias de alta complejidad. (18)

Existe una carencia de datos e información sobre discapacidad y rehabilitación en salud física en el país. No se dispone de datos sobre los gastos ocasionados por los servicios de rehabilitación en salud física, dentro y fuera del SNIS, como parte del gasto total en salud.

Se aprecia, además, que no existen regulaciones, controles o normas respecto a prestaciones en ortesis, prótesis y productos de apoyo. Si bien la OMS considera los productos de apoyo como un elemento indispensable en la rehabilitación en salud física, en nuestro país los prestadores de salud no proveen de estos a sus usuarios. En el área pública los principales proveedores de estos productos son CENATT/ MIDES, BPS, BSE, centro TELETÓN y HC/ Unidad Académica de Rehabilitación y Medicina Física.

A modo de cierre, se puede afirmar que las necesidades de rehabilitación en salud física en el país se encuentran insatisfechas en los diferentes niveles de atención, particularmente en el tercer y primer nivel de complejidad de la atención de salud.

Capítulo 5

Prioridades sanitarias en rehabilitación en salud física a lo largo del curso de vida

5.1

Lactantes, preescolares, escolares y adolescentes

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) pueden presentar múltiples patologías que generan compromiso del funcionamiento, restricción de la participación, por lo que se beneficiarán de los programas de Habilitación y RHB.

Se destaca la parálisis cerebral como primera causa de discapacidad en la infancia, con una incidencia mundial de 2 a 2.5 por 1000 recién nacidos vivos. (1, 60)

En nuestro país no contamos con datos cuantitativos y/o cualitativos en cuanto al número de niños y patologías generadoras de deficiencia y/o discapacidad.

Nos referimos, por su importancia en la generación de deficiencias múltiples y el impacto en la participación, a las malformaciones congénitas, síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares, enfermedades reumatológicas de la niñez, así como a lesiones encefálicas y medulares adquiridas y otras lesiones del sistema nervioso, mielomeningocele, parálisis braquial obstétrica, entre otras.

Debido a la tecnología y los avances de la medicina, muchos de estos niños sobreviven, lo hacen con importantes discapacidades y/o condiciones que amenazan y/o limitan

sus vidas y constituyen un desafío para sus familias, cuidadores y para los equipos de salud.

En ciertas condiciones es necesaria una adecuada articulación asistencial con los programas de Cuidados Paliativos y las acciones de rehabilitación, que deben mantener una estrecha comunicación para que se evite la superposición de recursos y se compartan objetivos comunes y áreas de acciones independientes y/o compartidas. (8)

Asimismo, se destaca la importancia del seguimiento de los recién nacidos de alto riesgo, que una vez captados se benefician de programas de atención temprana, a cargo de profesionales especializados para su atención, así como su control cercano y periódico.

La neuroplasticidad o adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sea cual sea la causa originaria, es considerada el fundamento biológico en el que se sustentan los planes de habilitación-rehabilitación.

Los periodos de transición del lactante, preescolar, escolar y adolescente merecen una atención particular para una adecuada planificación previa, y énfasis en los programas de intervención y habilitación para los mejores logros funcionales y de participación.

La particularidad de la atención de los NNA es la participación activa desde el comienzo del binomio niño-familia y equipo de RHB en la toma de decisiones en relación con sus vidas.

El conocimiento y consideración de los aspectos de normalidad, así como el diagnóstico de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de la población infantil, son fundamentales para el abordaje y la planificación dinámica y flexible de las metas terapéuticas. Las intervenciones funcionales, preventivas, así como su modalidad, serán específicas según cada etapa del desarrollo infantil.

Toma jerarquía la incorporación temprana de la tecnología asistiva para favorecer la comunicación, el aprendizaje y la inclusión.

Esto trae aparejada la necesidad de un seguimiento cercano y disponible, sujeto a los cambios y necesidades específicas en cada etapa del desarrollo del niño.

Los avances científico-tecnológicos han mejorado la sobrevivencia de las personas, lo que a su vez ha generado una mayor necesidad de rehabilitación en salud física.

Uruguay y su escenario demográfico tienen un enorme desafío hacia 2050. El 22 % de la población será mayor de 65 años y superará en número a los menores de 15 años. Las personas mayores de 80 años son quienes crecen más aceleradamente en proporción (sobre envejecimiento), así como las personas centenarias, que según el último censo son 1300 personas. (26)

El envejecimiento poblacional implica un escenario demográfico cambiante y un desafío incremental, tanto para los servicios sanitarios como para los servicios sociales, que deben avanzar hacia una articulación sociosanitaria.

Dentro de las prioridades de la prevención y el abordaje integral de las personas mayores es importante contemplar estrategias que tengan en cuenta su fragilidad, así como acciones de prevención que ayuden a mantener el nivel de funcionamiento. (59)

La falta de continuidad luego del alta hospitalaria y de seguimiento en ambulatorio (domicilio o institución) constituye un problema sanitario en la gestión de los cuidados en rehabilitación de la persona mayor. La falta de coordinación sociosanitaria en la continuidad asistencial no permite una accesibilidad equitativa y territorial de las prestaciones.

Capítulo 6

Plan estratégico 2025-2030

6.1

Definición Estratégica del Plan de Rehabilitación en salud física

6.1.1. Misión

Implementar un Plan nacional de rehabilitación en salud física en Uruguay en el periodo 2025-2030, a través de la acción coordinada del Ministerio de Salud Pública y los intersectores, que favorezca el acceso a servicios de rehabilitación de manera oportuna, continua y de calidad, con el objetivo de prevenir complicaciones de condiciones de salud existentes, reduciendo la discapacidad y optimizando el funcionamiento de la persona.

6.1.2. Visión

Desarrollar la red de rehabilitación en salud física en nuestro país, integrando los servicios existentes y su nivel de complejidad, a nivel regional y nacional, según la condición de salud, deficiencia y/o discapacidad; e integrados en todos los niveles de atención, considerando un sistema de referencia-contrarreferencia.

Uruguay busca lograr optimizar el bienestar y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas, desde un enfoque de derechos, equidad en salud, curso de

vida y determinantes sociales.

6.1.3. Población objetivo

Toda la población del Uruguay que, por su condición de salud y compromiso en el funcionamiento, requiera acceder a servicios de rehabilitación en salud física. Comprende a personas que presentan deficiencias/discapacidades relacionadas con la salud física, con o sin compromiso cognitivo, conductual y/o psicosocial vinculadas a su discapacidad.

No se incluyen en este proyecto las deficiencias/discapacidades ya abordadas por el plan de salud mental.

6.1.4. Objetivos

Objetivo general:

Garantizar operativamente que los usuarios del SNIS cuenten con un sistema de salud que aborde eficiente y oportunamente las crecientes necesidades de rehabilitación en salud física, basado en el derecho de las personas al acceso a rehabilitación, en todo el curso de vida.

Objetivos específicos:

- Promover el acceso a acciones preventivas y promocionales de rehabilitación física y discapacidad, con foco en el autocuidado, independencia y autonomía.
- Mejorar el acceso de personas con discapacidad a la red de salud y a la red de RHB en salud física; asegurando la continuidad asistencial, e incluyendo el tránsito en los diferentes niveles de atención durante el curso de vida (niñez-adolescencia-adulthood).
- Asegurar el trabajo en equipo interdisciplinario, y que este sea coordinado, con estrecha comunicación entre sus integrantes y centrado en el paciente. Contar con tiempo y lugares de intercambio entre los miembros del equipo, así como para reuniones periódicas de revisión y seguimiento del proceso asistencial.
- Generar y actualizar los documentos técnicos, como guías de recomendaciones en rehabilitación en salud física para nuestro país.
- Asegurar la cobertura y oportunidad de acceso a los productos de apoyo y tecnologías asistivas, así como su entrenamiento, control y seguimiento; para prevenir complicaciones potencialmente irreversibles, en especial en aquellas condiciones de salud generadoras de deficiencia y discapacidad.

- Generar y fortalecer la RED de servicios de rehabilitación en salud física.
- Promover y establecer una línea de financiamiento para las prestaciones de rehabilitación en salud física que hagan posible el cumplimiento de los objetivos y las metas del plan.
- Generar y fiscalizar normativas en rehabilitación y discapacidad que permitan asegurar la aplicación y sostenibilidad en el tiempo del plan nacional de rehabilitación propuesto.
- Promover el desarrollo de sistemas de información y la investigación en rehabilitación física, para mejorar la calidad de información de personas con necesidades de rehabilitación, según estándares establecidos; e incrementar la producción de material científico referente a deficiencia y discapacidad, que permita realizar recomendaciones y/o sugerencias futuras relativas a rehabilitación en salud física.
- Promover la cooperación y el intercambio con servicios internacionales de referencia, tanto en la región como en países altamente desarrollados, y servicios de avanzada en salud y rehabilitación física.

6.1.5. Fases del Plan

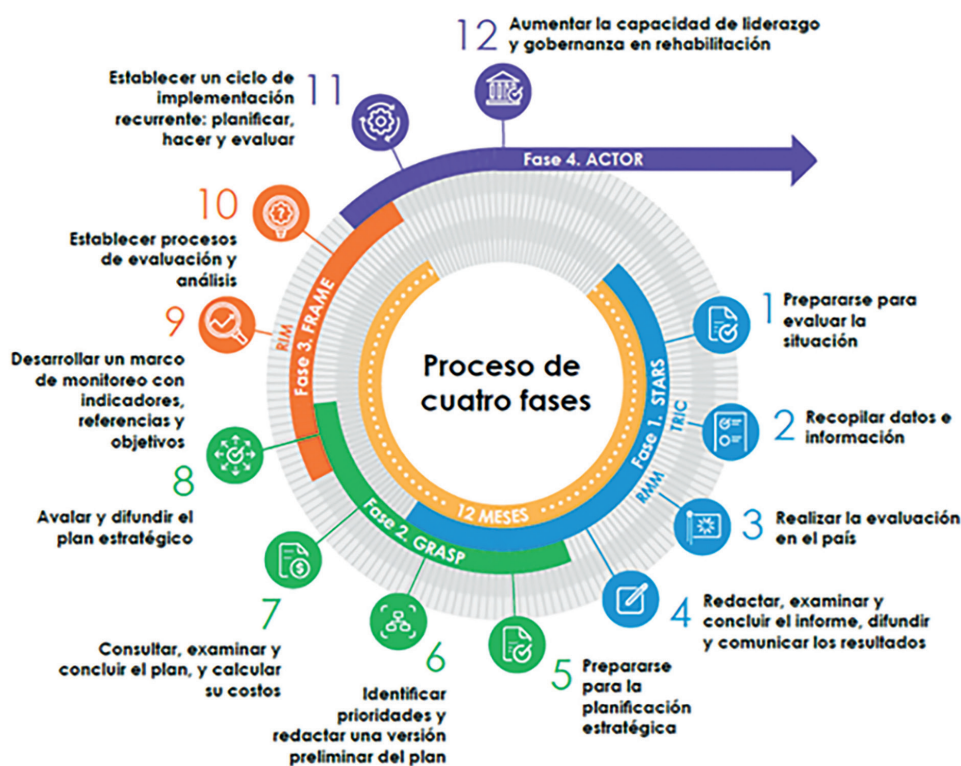


Figura 3. El proceso de cuatro fases y las herramientas complementarias. (1)

Este proceso comprende cuatro fases, como lo muestra el esquema anterior:

- Fase 1: Evaluar la situación y concluir el informe.
- Fase 2: Desarrollar un plan estratégico de Rehabilitación en salud física.
- Fase 3: Establecer procesos de monitoreo, evaluación y análisis.
- Fase 4: Implementar el Plan Estratégico de Rehabilitación en salud física.

6.2

Líneas Estratégicas del Plan de Rehabilitación en salud física

6.2.1. Línea estratégica 1: Educación, promoción y prevención en discapacidad y rehabilitación en salud física

Esta línea tiene como objetivos: Fomentar el acceso a acciones de educación, promoción y prevención en discapacidad y rehabilitación en salud física; dirigidas a la sociedad en su conjunto. Así mismo, mejorar la accesibilidad universal (disminuir barreras) para las personas en situación de discapacidad a los servicios de salud.

6.2.2. Línea estratégica 2: Provisión y fortalecimiento de servicios y recursos humanos especializados en rehabilitación en salud física

Dirigida a garantizar la cobertura universal y el acceso oportuno del usuario a servicios de 1er., 2do. o 3er. nivel en rehabilitación, y asegurar la provisión de productos de apoyo para lograr una atención equitativa, precoz y continua.

6.2.3. Línea estratégica 3: Generación y fortalecimiento de la red de rehabilitación en salud física

Dirigida a la construcción progresiva de la red de rehabilitación en salud física, que permita la articulación y complementación entre los servicios de rehabilitación física y los prestadores de salud; que favorezca la derivación precoz y oportuna centrada en las necesidades del usuario.

6.2.4. Línea estratégica 4: Acceso a productos de apoyo

El suministro de productos de apoyo forma parte integral de la atención de salud, incluida la rehabilitación. Es una intervención costo-eficaz y fundamental para que las personas logren la inclusión en los diferentes ámbitos (educativo, laboral, recreativo, deportivo). En el primer informe mundial sobre la tecnología de apoyo publicado en 2022 por OPS y UNICEF se menciona también que, en algunos países de ingresos bajos, solo el 3 % de las personas disponen de productos de apoyo. (27)

Los productos de apoyo (PA) o asistivos son parte integrante del programa de rehabilitación. Se considera cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especial o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la autonomía, el funcionamiento y el bienestar de las personas.

Tecnologías de apoyo (TA) o tecnologías asistivas es un término paraguas y se refiere a la aplicación de los conocimientos y las aptitudes organizadas, relativos a los productos de apoyo, incluidos los sistemas y servicios. Las tecnologías de apoyo son una subcategoría de las tecnologías sanitarias.

Se catalogan en seis categorías, en relación con la función que apoyan: cognición, comunicación, audición, movilidad, autocuidado y visión. (12, 28, 29)

Se consideran PA prioritarios aquellos productos “absolutamente esenciales e imprescindibles para mantener o mejorar el funcionamiento de las personas, que se deben ofrecer a precios asequibles para los servicios públicos o los ciudadanos” (28) La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una ‘Lista de productos de apoyo prioritarios’. Esta lista es el primer paso que se da para satisfacer el compromiso mundial de mejorar el acceso a los productos de apoyo, a través de la Cooperación mundial sobre tecnologías de apoyo: Global Cooperation on Assistive Technology, GATE. (28)

En Uruguay contamos con la norma UNIT de 2022; a la que hace referencia también el Banco de Previsión Social (BPS), y agrega: para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. (30)

6.2.5. Línea estratégica 5: Sistemas de información e investigación. Cooperación internacional

Dirigida a mejorar la calidad de la información de la base de datos de las personas que requieren un abordaje en rehabilitación en salud física, fomentar la investigación sobre discapacidad y rehabilitación y promover la cooperación internacional en el área de rehabilitación en salud física.

6.2.6. Línea estratégica 6: Gobernanza y fuentes de financiamiento

A fin de lograr un seguimiento estrecho y el cumplimiento de los objetivos del plan, es imprescindible contar con un órgano de gobernanza con funciones específicas de rectoría. Asimismo, definir posibles líneas para su financiamiento. El órgano de gobernanza deberá definir e implementar las siguientes acciones:

- a. Elaboración de estándares y documentos legales.
- b. Fiscalización.
- c. Fuentes de financiación.
- d. Monitoreo y evaluación de desarrollo del plan.
- e. Difusión del plan y alianzas estratégicas para su desarrollo.

Línea estratégica 1.

Educación, promoción y prevención en discapacidad
y rehabilitación en salud física (2025-2030)

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|---|--|--|---|---|
| <p>1.1. Fomentar el acceso a acciones de educación, promoción y prevención en discapacidad y rehabilitación en salud física, dirigidas a la sociedad en su conjunto.</p> | <p>1.1.1 Sensibilizar y capacitar en discapacidad y rehabilitación en salud física, desde el modelo de derechos humanos.</p> | <p>Campañas de difusión a través de medios de comunicación y/o redes sociales dirigidas a la población en general, elaboradas intersectorialmente.</p> | <p>MSP, Sociedad civil organizada, CNHD, MIDES, Medios de comunicación, Academia, Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación y Cultura, INDDHH, demás instituciones públicas y privadas.</p> | <p>Población concientizada sobre temas vinculados a la Discapacidad desde una perspectiva de derechos.</p> <p>Haber realizado una medición del impacto de estas campañas en la población general.</p> | <p>Una campaña de bien público en el año.</p> <p>N.º de campañas intersectoriales realizadas anualmente.</p> <p>Informe de monitoreo pre y poscampaña.</p> |
| | | <p>Formación a través de cursos, talleres, jornadas en diversas instituciones (educativas, sanitarias, entre otras), sobre los temas de discapacidad y rehabilitación física.</p> <p>Cursos, talleres y jornadas sobre necesidades, derechos y oportunidades dirigidas a personas con discapacidad y familias.</p> <p>Relevar opinión de los participantes sobre la información recibida y el interés para futuras instancias.</p> | <p>MSP: JUNASA Sociedad civil organizada CNHD MIDES Prestadores de salud Instituciones educativas Instituto Nacional de Derechos Humanos</p> | <p>Registro de las opiniones recabadas.</p> <p>Personas con discapacidad, familias y colectivos, sensibilizados y formados sobre sus derechos y recursos disponibles.</p> <p>Base de datos con registro de participantes.</p> | <p>N.º de participantes de las actividades formativas por año.</p> <p>N.º de instituciones por año que participaron en las actividades formativas.</p> <p>Informe cada dos años con la sistematización y análisis del registro de las actividades realizadas cada año.</p> <p>N.º de cursos desarrollados cada año.</p> <p>N.º de talleres, jornadas realizadas cada año.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|--|--|--|---|--|
| 1.2. Mejorar la accesibilidad de personas con discapacidad a los servicios de salud. ¹ | 1.2.1. Identificar a la población con discapacidad en los prestadores de salud. | Incorporación de herramientas informáticas en el Padrón de Afiliados y/o Historia Clínica Electrónica (preguntas del Grupo Washington). | MSP: JUNASA Prestadores de Salud MIDES BPS CNHD | Identificación y caracterización de los usuarios con discapacidad. Base de datos actualizada en cada prestador. | N.º de prestadores de salud que han incorporado el uso sistemático de las preguntas de Washington para identificar a las personas con discapacidad. |
| | 1.2.2 Identificar y/o crear referentes institucionales en la temática. | Establecer el perfil y las tareas que corresponden a esta figura. Designar un referente en la temática en cada institución. | MSP, JUNASA, Prestadores de salud (oficina de atención al usuario). | Perfil y funciones uniformes del referente institucional definidas para todos los prestadores. Formalización y reconocimiento institucional de la figura del referente. | N.º de instituciones que tienen referente asignado y activo en esta función. |
| | 1.2.3 Adecuar las características de la atención en salud, teniendo en cuenta las necesidades de las personas con discapacidad, focalizándolas en la accesibilidad a los servicios de salud. | Realizar un relevamiento en las instituciones de salud; para detectar las barreras y las modificaciones necesarias para una atención adecuada, de acuerdo con los requerimientos del usuario según los distintos tipos de deficiencias y discapacidades. | MSP: JUNASA Prestadores de salud Sociedad Civil Organizada CNHD | En los 2 primeros años: Tener identificadas las barreras existentes físicas, comunicacionales y actitudinales. Al finalizar el 4to. año: Recursos humanos capacitados para cumplir la función de facilitadores en la atención de esta población dejando de ser barreras. | N.º de servicios de salud que cuentan con agendas disponibles para la atención de personas con discapacidad. Cantidad de servicios que disminuyeron los tiempos de espera para PcD. N.º de instituciones que cuentan con un sistema de comunicación accesible. |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|--|--|--|--|--|
| | | <p>Promover la obligatoriedad en los prestadores de salud del cumplimiento de las Guías existentes del MSP referidas a la accesibilidad.²</p> | | <p>Consultorios y salas de espera preferenciales y accesibles.</p> <p>Sistemas de comunicación accesibles.</p> <p>Gestión de consultas con prioridades para personas con discapacidad, entre otros, disminuir los tiempos de espera.</p> | <p>N.º de instituciones que cuentan con planta física, instalaciones y equipamientos accesibles en todas sus filiales.</p> <p>N.º de instituciones que cumplen con las Guías Ministeriales sobre accesibilidad a los servicios de salud.</p> |
| | <p>1.2.4 Promover el Diseño Universal y ajustes razonables en todos los servicios de salud.</p> | <p>Favorecer la incorporación de los criterios de Diseño Universal y ajustes razonables en todo lo que refiere a accesibilidad y habilitación de servicios de salud.</p> <p>Promover los soportes de comunicación e información en los prestadores de salud en base a criterios de accesibilidad universal.</p> <p>Armonizar mediante un trabajo conjunto las normas municipales y del MSP sobre accesibilidad a los servicios de salud.</p> | <p>MSP: JUNASA, División Habilitaciones.</p> <p>Prestadores de salud.</p> <p>Intendencias.</p> <p>Referentes de Arquitectura con formación en accesibilidad universal.</p> <p>Representantes del Instituto Uruguayo de Normas Técnicas.</p> <p>Comité de accesibilidad al medio físico para un entorno edificado accesible (UNIT 200).³</p> | <p>Plan progresivo de metas a corto y mediano plazo para la eliminación de las barreras e implementación del Diseño Universal.</p> <p>Trabajar con División Fiscalización del MSP y las intendencias en el Diseño Universal.</p> | <p>N.º de instituciones anuales de salud habilitadas con criterios de accesibilidad universal.</p> <p>N.º de instituciones que alcanzan las metas propuestas en el Plan progresivo.</p> |

¹ Ministerio de Salud Pública. Requisitos mínimos para garantizar el acceso a la salud de las personas con discapacidad. 2da. edición. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/acciones-para-acceso-pleno-personas-discapacidad-prestadores-salud>

² Recomendaciones para el trato y una atención adecuada de las personas con discapacidad en los servicios de salud. 2021. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-trato-atencion-adecuada-personas-discapacidad>

³ UNIT-ISO 200:2022. Accesibilidad de las personas al medio físico - Criterios y requisitos generales de diseño para un entorno edificado accesible. 2022.



Línea estratégica 2.

Provisión y fortalecimiento de servicios y recursos humanos especializados en rehabilitación en salud física (2025-2030)

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|---|--|--|--|---|
| <p>2.1. Garantizar la cobertura universal y el acceso oportuno del usuario a servicios de rehabilitación en salud física en cada uno de los tres niveles de atención, para lograr una atención equitativa, precoz y continua, y asegurar la provisión de productos de apoyo como parte esencial del proceso de rehabilitación.</p> | <p>2.1.1. Profundizar en el diagnóstico de la situación actual del país: servicios, RR. HH. y población que requiere atención en rehabilitación en salud física.</p> | <p>Clasificar y catalogar los servicios existentes según el modelo de atención, complejidad de los servicios, y criterios internacionales adaptados a nuestro país (consensuados con el grupo técnico asesor interinstitucional, el grupo redactor y una consultoría de OPS).</p> <p>Conocer los recursos humanos especializados en rehabilitación en salud física y su distribución en el país. Identificar aquellas especialidades necesarias en rehabilitación.</p> <p>Conocer la población usuaria: características, N.º de personas y patologías generadoras de deficiencia y discapacidad que requieren atención en rehabilitación en salud física, basándose en los criterios propuestos por el grupo técnico asesor interdisciplinar, el grupo redactor y la consultoría de OPS.</p> | <p>Grupo técnico interinstitucional:</p> <p>MSP-DIGESA/ Área Discapacidad y Rehabilitación, JUNASA.</p> <p>ASSE.</p> <p>Udelar: Unidad Académica RHB Y Medicina Física, y otras U. A. relacionadas con RHB.</p> <p>Hospital BSE.</p> <p>Centros de RHB especializados.</p> <p>Otras instituciones formadoras de recursos.</p> <p>Grupo redactor. Consultoría de OPS.</p> <p>Grupo técnico asesor interinstitucional.</p> | <p>En el 1er. año:</p> <p>Contar con catalogación y mapeo de los servicios con acciones de RHB en salud física en cada uno de los tres niveles de atención.</p> <p>Contar con registro y distribución de los RR. HH. en RHB, actualizado y con las especificidades que se requieren en RHB (médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, trabajadores sociales, ortesistas, protesistas, otros).</p> | <p>N.º de camas de RHB en etapa aguda y subaguda; y su distribución (indicador 13 de OMS¹).</p> <p>N.º de plazas de programas ambulatorios. Densidad y Distribución (indicador 13 de OMS¹).</p> <p>RHB en salud física integrada en los diferentes niveles de atención en salud (indicador 14 de OMS¹).</p> <p>Densidad de personal de RHB en salud física (indicador 3 de OMS¹).</p> <p>Ayudas técnicas disponibles en los centros de salud (indicador 17 de OMS¹).</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|--|---|---|--|--|---|
| | 2.1.2. Adecuar las prestaciones de rehabilitación en salud física en los PIAS del SNIS. | - Revisar y adecuar los PIAS existentes. | MSP: DIGESA/ Área Discapacidad y Rehabilitación, JUNASA. | En los 2 primeros años: Contar con la adecuación de las prestaciones de rehabilitación en salud física en el PIAS vigentes para todo el SNIS. | N.º de adecuaciones del PIAS realizadas durante los 6 años. |
| | 2.1.3. Georreferenciar los servicios, de acuerdo con sus características y el grado de complejidad asistencial. | Realizar un mapa de servicios de rehabilitación en salud física actualizado con datos, que permita ubicar en el territorio todos los servicios disponibles con sus principales características. | MSP: DIGESA/ Área Discapacidad y Rehabilitación. | Mapa terminado y disponible. | N.º de servicios que utilizan el mapa para la derivación y referencia de pacientes. |
| 2.2. Integrar y articular los servicios de alta complejidad, TERCER NIVEL de atención en rehabilitación en salud física en el país; partiendo de los servicios ya existentes y tomando como referencia la Ley de Centros de Referencia (Ley 19666) y los lineamientos de OMS. | 2.2.1. Identificar y catalogar los servicios ya existentes con sus especificidades según: edad, patologías, deficiencias, instalaciones, equipamiento, programas de rehabilitación, modelo de atención, unidades especializadas, programas de enseñanza, investigación, extensión en la comunidad y cooperación internacional. | Catalogar los servicios que corresponden a 3er. nivel de rehabilitación en salud física. Generar criterios de derivación, admisión, alta y seguimiento en el 3er. nivel, de acuerdo con la complejidad de las necesidades de los usuarios. | Creación de grupo interinstitucional con referentes técnicos: MSP-IGESA/Área Programática Discapacidad y Rehabilitación, JUNASA; ASSE (áreas pediátrica y adulta); UdelaR/ Unidad Académica de RHB y Medicina Física y otras U. A. relacionadas con RHB; Centros de RHB actuales del 3er. nivel; | Primer semestre 2025: Contar con lista de servicios catalogados en 3er. nivel y sus especificidades, incluyendo las Unidades Especializadas. | RHB multidisciplinaria para personas con necesidades complejas (indicador 6 de OMS'). Protocolo asistencial de RHB en salud física (indicador 18 de OMS'). Normas de RHB en salud física, incluidos infraestructura y equipo (indicador 19 de OMS'). Prontitud de la RHB en salud física (indicador 20 de OMS'). |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|------------------|---|--|----------------------|--|
| | | <p>Identificar las Unidades Especializadas en los servicios del 3er. nivel de rehabilitación en salud física (U. espasticidad, U. comunicación aumentativa y alternativa, U. de tecnología asistiva, U. de posturación y equipamiento, U. de tecnología para diagnóstico, Estudios de marcha, U. para estudios del balance y el equilibrio, U. de inclusión, U. de electrodiagnóstico).</p> | <p>BPS/ CRENADECER; Prestadores integrales del SNIS; Fondo Nacional de Recursos.</p> | | <p>Tiempos de espera para iniciar el abordaje de RHB en salud física (indicador 21 de OMS').</p> <p>Duración del tratamiento de RHB en salud física (indicador 22 de OMS').</p> <p>Intensidad del tratamiento de RHB en salud física (indicador 23 de OMS').</p> <p>Estudio funcional al comienzo de la RHB en salud física (indicador 24 de OMS').</p> <p>Plan de atención individualizado en salud física (indicador 25 de OMS').</p> <p>Procesos de derivación para RHB en salud física (indicador 26 de OMS').</p> <p>Educación del usuario de RHB en salud física (indicador 27 de OMS').</p> <p>Experiencia del usuario sobre la atención de RHB (indicador 28 de OMS').</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|---|---|--|---|--|
| | | | | | <p>Tratamientos de RHB en salud física (indicador 29 de OMS').</p> <p>Ayudas técnicas proporcionadas (indicador 30 de OMS').</p> |
| | <p>2.2.2. Establecer las prestaciones y los estándares mínimos de calidad que correspondan al 3er nivel de atención.</p> | <p>Establecer aquellas condiciones de salud que deben ser tratadas en el 3er nivel de atención.</p> <p>Establecer las prestaciones mínimas que deben brindar los servicios de 3er nivel de atención.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación y JUNASA. ASSE. UdelaR: Unidad Académica de RHB y Medicina Física y otras U.A. relacionadas con RHB. BPS/ CRENADECER</p> <p>Prestadores integrales del SNIS.</p> | <p>Contar con un listado de condiciones de salud que correspondan al 3er nivel de atención.</p> <p>Contar con un listado de prestaciones mínimas que debe ser brindadas en los servicios del 3er nivel.</p> | |
| | <p>2.2.3 Generar guías y protocolos de atención en rehabilitación en salud física e implementar nuevos medios de comunicación a distancia en el proceso asistencial.</p> | <p>Estandarizar guías y protocolos para la asistencia por procesos; que permitan control y seguimiento de las diferentes patologías y deficiencias, de acuerdo con estándares de calidad.</p> <p>Promover la implementación de estrategias de rehabilitación en salud física a distancia en el proceso asistencial (telerrehabilitación).</p> | <p>MSP/DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación, involucrando a la Academia y otros actores.</p> | <p>En los 2 primeros años:</p> <p>Contar con 2 guías y/o protocolos asistenciales: 1 para niños y 1 para adultos. Algoritmo del proceso asistencial.</p> <p>Documentar en un informe las experiencias de teleconsulta realizadas y/o en curso.</p> <p>Contar con una experiencia piloto de teleconsulta.</p> | <p>N.º de experiencias en telerrehabilitación en salud física.</p> <p>N.º de guías y/o protocolos asistenciales para niños y los mismos para adultos elaboradas cada 2 años.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|--|---|---|---|--|
| | | Implementar un sistema de interconsultas (presencial o teleconsulta) que permita establecer comunicación entre los servicios de rehabilitación en salud física y los distintos niveles de atención en salud. | | | |
| | 2.2.4 Promover el desarrollo progresivo, debidamente justificado, de un centro de rehabilitación en salud física de 3er. nivel orientado a adultos para la zona norte del país. | Generar un grupo de trabajo para estudiar la viabilidad de un Centro de rehabilitación en salud física de 3er. nivel para el norte del país. | MSP: DIGECOOR, DIGESA, JUNASA. ASSE. UdelaR. Actores locales. | 2025 al 2026: Informe de viabilidad y pertinencia de un Centro de RHB en salud física en el norte del país. | Contar con un informe de viabilidad y pertinencia de un Centro de RHB en salud física en el norte del país. Contar con un informe de recomendaciones sobre posibles sedes del centro. |
| | 2.2.5 Coordinar y viabilizar con diferentes actores para asegurar el traslado y alojamiento del usuario durante el período de rehabilitación en el 3er. nivel asistencial. | Identificar las posibilidades de alojamiento y/o traslado para acceder a centros de rehabilitación en salud física, que asegure el acceso a diferentes terapias, productos de apoyo y unidades especializadas, centradas en las necesidades del paciente, propios del 3er. nivel de atención en rehabilitación. | Grupo de trabajo interinstitucional e interdisciplinario: MSP, MIDES, Ministerio de Transporte, Intendencias, ASSE, IAMPP-FEMI, Prestadores integrales del SNIS, BPS, CNHD y otros. | 2do. semestre de 2025 y 1er. semestre 2026: Informe del grupo interinstitucional e interdisciplinario con una lista de locaciones para el alojamiento y traslados, mediante acuerdos, convenios, etc., con los diferentes actores. | N.º anual de usuarios trasladados/ alojados/ N.º de usuarios que requieren traslado/ alojamiento. |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|--|--|---|--|---|
| <p>2.3. Integrar y articular el fortalecimiento de los servicios de rehabilitación en salud física de mediana complejidad (SEGUNDO NIVEL), partiendo de los servicios ya existentes.</p> | <p>2.3.1. Identificar y catalogar los servicios ya existentes con sus especificidades: edad; patologías; programas de rehabilitación; modelo de atención, unidades especializadas; programas de enseñanza, investigación y extensión a la comunidad; y posibilidades de atención en hospitalización, domicilio y ambulatorio.</p> | <p>Analizar las características de los servicios de rehabilitación en salud física: RR. HH., planta física y equipamiento; que correspondan a un 2do. nivel en rehabilitación. Por ejemplo: unidades especializadas para la atención en dolor crónico, Reeducción Funcional (en afecciones de hombro, rodilla, miembro superior, columna, afecciones respiratorias, vejiga neurógena, niños y otras).</p> <p>Analizar y establecer las terapias, productos de apoyo y otras prestaciones que brindan los prestadores de salud.</p> | <p>Grupo interinstitucional: MSP/DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación y JUNASA.</p> <p>Referentes técnicos de ASSE: área pediátrica y adulta.</p> <p>UdelaR/ Unidad Académica RHB y otras U. A. relacionadas con RHB.</p> <p>Referente técnico de BPS/CRENADECER</p> <p>Referentes de Prestadores integrales del SNIS.</p> | <p>En los 2 primeros años:</p> <p>Catalogación y mapeo de los servicios de RHB y Medicina Física que corresponden a un 2do. nivel de atención en RHB.</p> <p>Protocolización del proceso asistencial en RHB en los servicios del 2do. nivel de complejidad.</p> <p>Análisis y definición de mínimos en prestaciones de RHB y en el abordaje de patologías y deficiencias que serán atendidas en los centros de 2do. nivel de atención en RHB.</p> <p>En los 3 primeros años:</p> <p>Contar con 2 a 4 protocolos de rehabilitación en salud física incluyendo medición de resultados.</p> <p>Definir los criterios de derivación a los otros niveles incluyendo el tiempo de duración (si se trata del 3er. nivel).</p> | <p>RHB en salud física integrada en atención secundaria de la salud (indicador 4 de OMS').</p> <p>Protocolo asistencial de RHB en salud física (indicador 18 de OMS').</p> <p>Normas de RHB en salud física, incluidos infraestructura y equipo (indicador 19 de OMS').</p> <p>Prontitud de la RHB en salud física (indicador 20 de OMS').</p> <p>Tiempos de espera para iniciar el abordaje de RHB en salud física (indicador 21 de OMS').</p> <p>Duración del tratamiento de RHB en salud física (indicador 22 de OMS').</p> <p>Estudio funcional al comienzo de la RHB en salud física (indicador 24 de OMS').</p> <p>Plan de atención individualizada y grupal (indicador 25 de OMS').</p> <p>Procesos de derivación para RHB en salud física (indicador 26 de OMS').</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|--|--|--|---|--|
| | | | | | <p>Educación del usuario de RHB en salud física (indicador 27 de OMS').</p> <p>Experiencia del usuario sobre la atención de RHB en salud física (indicador 28 de OMS').</p> <p>Tratamientos de RHB en salud física (indicador 29 de OMS').</p> <p>Ayudas técnicas proporcionadas (indicador 30 de OMS').</p> |
| | <p>2.3.2. Establecer las prestaciones y los estándares mínimos de calidad en rehabilitación en salud física que correspondan al 2do. nivel de atención.</p> | <p>Establecer aquellas condiciones de salud que deben ser tratadas en el 2do. nivel de atención.</p> <p>Establecer las prestaciones mínimas en rehabilitación en salud física que deben brindar los servicios de 2do. nivel de atención.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación y JUNASA.</p> <p>Referentes técnicos de ASSE.</p> <p>UdelaR: Unidad Académica de RHB y Medicina Física. Referente técnico de BPS/ CRENADECER</p> <p>Referentes de Prestadores integrales del SNIS.</p> | <p>Contar con un listado de condiciones de salud que correspondan al 2do nivel de atención.</p> <p>Contar con un listado de prestaciones mínimas que deben ser brindadas en los servicios del 2do. nivel.</p> | |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|--|---|--|---|---|---|
| <p>2.4. Definir equipo y acciones del personal de salud en PRIMER NIVEL de Atención en salud, así como prestaciones mínimas a brindar desde rehabilitación en salud física.</p> | <p>2.4.1. Identificar y catalogar los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) de rehabilitación en salud física en el primer nivel de atención en los diferentes prestadores de salud.</p> | <p>Establecer condiciones de salud que requieren seguimiento y detección precoz de complicaciones en el 1er. nivel (APS).</p> <p>Promover la realización de un relevamiento de los servicios existentes en rehabilitación en salud física en el primer nivel de atención (prestadores dentro y fuera del SNIS, intendencias, MIDES y otros).</p> | <p>Grupo de trabajo interinstitucional:</p> <p>MSP/DIGESA/ Discapacidad y Rehabilitación y JUNASA; ASSE/ RAP; UdelaR: Unidad Académica de Medicina Familiar y Comunitaria; Enfermería; Trabajo Social; CNHD; Intendencias; MIDES.</p> | <p>Informe final con los servicios existentes en el primer nivel.</p> | <p>RHB en salud física integrada en atención primaria de la salud (indicador 15 de OMS1).</p> |
| | <p>2.4.2. Fortalecer el equipo básico de Atención Primaria de Salud en sus roles respecto a la rehabilitación en salud física.</p> | <p>Definir y proponer roles del equipo básico de APS en rehabilitación en salud física (médico, enfermera, fisioterapeuta y otros), que deben ejercer en su práctica clínica, en los prestadores integrales del SNIS. (*)</p> <p>Promover la capacitación al equipo de salud del primer nivel de atención sobre su rol y acciones de rehabilitación en salud física.</p> | | <p>Jornadas/cursos de capacitación en conceptos sobre discapacidad, prevención de complicaciones, conceptos básicos de PA y derivación oportuna al 2do. nivel de atención en RHB.</p> | |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|---|--|---|--|--|
| | 2.4.3. Crear servicios de rehabilitación en salud física de base comunitaria. | Promover la creación de salas de rehabilitación en salud física de base comunitaria adscriptas a los servicios de Primer Nivel de Atención. | MSP: DIGESA/ Discapacidad y RHB; ASSE/RAP; Intendencias. Academia: U. A. RHB y MF. | En el 1er. año: Contar con 2 salas de rehabilitación en salud física de Base Comunitaria en el país como experiencia piloto. | N.º de salas de RHB en salud física de base comunitaria activas. N.º de proyectos de salas de RHB en salud física de Base Comunitaria. |
| 2.5 Conocer e integrar acciones vinculadas a la rehabilitación en salud física prestadas por otros organismos en la comunidad. | 2.5.1. Identificar, catalogar y articular los servicios comunitarios públicos y privados, cuyas acciones permiten promover la inclusión en los ámbitos educativo, laboral, recreativo, deportivo, otros. | Recopilar la información disponible de los diferentes actores de la comunidad, identificando las características de cada servicio georreferenciado. Elaborar una guía de servicios en la comunidad. | MSP: JUNASA, DIGESA/ Área Discapacidad y Rehabilitación; ASSE/RAP; Udelar: Medicina Familiar, Enfermería; Trabajo Social; Intendencias; Comisiones Departamentales Honorarias de la Discapacidad; Secretaría Nacional del Deporte; CNHD; MIDES; Asociaciones Civiles; Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; InefoP. | En el 1er. año: Contar con la guía de servicios de rehabilitación en salud física en la comunidad. | Acciones de RHB en salud física prestada por la comunidad. N.º de personas que fueron derivadas por los organismos de salud/ N.º de personas que recibieron prestaciones por diferentes organismos en la comunidad (indicador 16 de OMS!). |
| | 2.5.2. Promover la interacción fluida de los servicios de los 3 niveles de rehabilitación con las organizaciones comunitarias. | Establecer convenios o acuerdos para la derivación de pacientes que requieran mantenimiento funcional y cumplir actividades sociales inclusivas. | MSP: DIGECOOR, DIGESA/ Área Discapacidad y Rehabilitación. Intendencias. | Concreción de un mínimo de 2 convenios en el primer año. | N.º de convenios concretados. N.º de convenios en proceso. |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|--|---|--|--|---|---|
| <p>2.6 Fortalecer en cantidad y calidad los recursos humanos especializados en rehabilitación en salud física, de acuerdo con las necesidades del país.</p> | <p>2.6.1. Realizar un diagnóstico de situación en RR. HH. de las diferentes profesiones vinculadas a la rehabilitación en salud física en los 3 niveles de atención.</p> | <p>Realizar un relevamiento referente a rehabilitación en salud física de los RR. HH. habilitados por el MSP/año (incluye médicos rehabilitadores, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapistas ocupacionales, psicólogos, neuropsicólogos, trabajadores sociales).</p> <p>Realizar un relevamiento de rehabilitación en salud física en el ámbito académico, público y privado, de RR. HH. (médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos y sus diferentes subespecialidades, terapistas ocupacionales, profesionales especializados en rehabilitación neurocognitiva, trabajadores sociales, psicólogos médicos, ortoprotesistas, enfermería de rehabilitación).</p> | <p>Academia UdelaR; otras instituciones formadoras de recursos en RHB.</p> <p>Ministerio de Educación y Cultura.</p> | <p>Contar con un informe detallado de los requerimientos en RR. HH. especializados, en relación con los 3 niveles de atención en RHB en salud física (médicos, fisioterapeutas, terapistas ocupacionales, fonoaudiólogos y sus diferentes subespecialidades, psicología para RHB neurocognitiva, psicología médica, trabajador social, enfermería y otros).</p> | <p>N.º de RR. HH. especializados en RHB en salud física discriminado por profesión.</p> <p>Total de egresos anuales de RR. HH. especializados en RHB.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|--|--|--|---|--|
| | 2.6.2. Promover la capacitación de recursos humanos en rehabilitación en salud física. | <p>Promover las capacitaciones de los RR. HH. para cubrir las necesidades encontradas.</p> <p>Promover la capacitación y entrenamiento de equipos de rehabilitación en salud física en los prestadores para la evaluación y derivación del usuario al servicio correspondiente.</p> <p>Generar un grupo de trabajo para promover la creación de la carrera de Ortoprótisis en el ámbito universitario.</p> | <p>Academia UdelaR; otras instituciones formadoras de recursos en RHB en salud física. Ministerio de Educación y Cultura.</p> <p>Grupo de trabajo para estudio de factibilidad carrera de Ortoprótisis: UdelaR, UTU, otros entes formadores universitarios, MIDES.</p> | <p>En los 2 primeros años:</p> <p>Contar con varios equipos de RHB en salud física capacitados para la derivación a los diferentes niveles.</p> <p>Cumplir con al menos el 90 % de las capacitaciones programadas del equipo de RHB para la evaluación y derivación del usuario al servicio.</p> | N.º de RR. HH. especializados en RHB en salud física que han participado en actividades de capacitación por año. |
| 2.7. Promover la capacitación y sensibilización del personal de salud en general en discapacidad y rehabilitación en salud física. | 2.7.1. Coordinar y articular con las carreras universitarias de la salud la incorporación de aspectos básicos de discapacidad y rehabilitación en salud física. | Generar un grupo de trabajo interinstitucional con las distintas instituciones formadoras para estudiar la viabilidad de la incorporación de estos contenidos como parte del programa académico. | <p>Academia – UdelaR.</p> <p>Otras instituciones formadoras de recursos en Salud.</p> <p>CNHD y OSC de PcD.</p> | <p>Al finalizar el 3er. año:</p> <p>Contar con un módulo transversal, sobre la temática discapacidad y RHB en salud física en las distintas carreras de la salud.</p> | N.º de RR. HH. que han participado en actividades de capacitación por año. |

(*) Propuestas de roles del equipo básico de APS:

1. Capacidad de identificar y prevenir complicaciones.
2. Identificar situaciones que requieren la derivación o consulta a los niveles 3 y 2.
3. Seguimiento de pacientes egresados de los niveles 3 y 2.
4. Apoyo y capacitación a los cuidadores.

Referencias:

¹ Organización Mundial de la Salud. Menú de Indicadores de Rehabilitación: una herramienta complementaria al Marco para el Monitoreo y la Evaluación de la Rehabilitación. 2020.



Línea estratégica 3.

Generación y fortalecimiento de la red de rehabilitación en salud física (2025-2030)

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|---|---|---|--|---|
| <p>3.1. Implementar una red de habilitación y rehabilitación en salud física de alcance nacional que permita la articulación y complementación entre los servicios y prestadores de salud.</p> | <p>3.1.1. Generar y fortalecer la articulación y la complementación en red, entre los diferentes servicios de rehabilitación en salud física que están dentro y fuera del SNIS; centrado en las necesidades del usuario y de acuerdo con el nivel de complejidad y prestaciones que otorgan.</p> | <p>Asegurar el funcionamiento de la red de servicios de rehabilitación en salud física a través del sistema de gobernanza y rectoría, desarrollado en la línea correspondiente.</p> <p>Elaborar una guía de los servicios y prestadores de rehabilitación en salud física que se integren a la red.</p> <p>Elaborar una guía para los profesionales en rehabilitación en salud física con los criterios de derivación para cada nivel de atención en rehabilitación (establecidos en la línea estratégica 2).</p> <p>Establecer los mecanismos necesarios para asegurar la continuidad asistencial, en especial en las etapas de transición (al alta de hospitalización, domicilio, ambulatorio y seguimiento).</p> | <p>Tres subgrupos:</p> <p>MSP: DIGESA/ Área Discapacidad y Rehabilitación, JUNASA, DIGECOOR.</p> <p>Prestadores públicos y privados del SNIS, incluyendo ASSE.</p> <p>Prestadores externos al SNIS: BPS, BSE, HC, CEREMA, TELETÓN.</p> <p>Proveedores de PA del ámbito público y privado; ASSE/ Casa de Gardel; Prestadores del SNIS; MIDES/CENATT; BPS; BSE; UdelaR/ H. Clínicas – U. A. RHB y M. F.; CEREMA; CNHD.</p> | <p>Al finalizar el 1er. año:</p> <p>Contar con una Guía de servicios de rehabilitación en salud física, publicada en la página web accesible a todo público (establecidos en L.E.2)</p> <p>Contar con una guía para los profesionales con los criterios de admisión y derivación para los diferentes niveles de atención.</p> <p>Contar con la evaluación previa al alta hospitalaria y las indicaciones iniciales del programa de RHB en salud física.</p> <p>Contar con la evaluación y directivas de la RHB en salud física durante otros períodos de transición, acorde a los criterios establecidos.</p> | <p>N.º total de pacientes derivados por los profesionales utilizando los criterios establecidos en la guía/ N.º de pacientes que accedieron al servicio al que fueron derivados.</p> <p>Registro de las dificultades encontradas al utilizar la guía y/o al hacer la derivación.</p> <p>N.º de pacientes evaluados previo al alta hospitalaria/ N.º total de pacientes egresados hospitalarios por atención de RHB en salud física (tomando como base la meta asistencial 4.8²).</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|--|---|--|---|---|
| | | | | <p>A partir del 2do. año:</p> <p>Tener en funcionamiento la Guía de servicios en salud física mediante un plan piloto que permita monitorear el funcionamiento de la red, visualizando sus fortalezas y debilidades; realizando los ajustes correspondientes para su mejor funcionamiento.</p> | |
| <p>3.2 Garantizar la accesibilidad a la red de rehabilitación en salud física, a las personas con deficiencias y/o discapacidad, que permita la derivación precoz y oportuna centrada en el usuario.</p> | <p>3.2.1. Articular un sistema de referencia-contrarreferencia entre los servicios de rehabilitación en salud física y los distintos niveles de atención en salud, con el objetivo de mantener la continuidad asistencial, evitar complicaciones y mantener el nivel de funcionamiento.</p> | <p>Comunicar a los prestadores de salud del SNIS la información sobre servicios disponibles de rehabilitación en salud física y sus prestaciones para la derivación/contratación o tercerización de servicios.</p> <p>Crear la figura del coordinador asistencial de rehabilitación en salud física en cada prestador de salud, para realizar el seguimiento del proceso asistencial en rehabilitación, asegurar su continuidad e identificar desvíos o fallas.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación, DIGECOOR, JUNASA; ASSE; prestadores públicos y privados del SNIS y externos al SNIS (BSE, Hospital de Clínicas, BPS).</p> | <p>Contar con licenciados/as en Enfermería (1 o más) como coordinador/a, de acuerdo con el número de usuarios de los prestadores de salud.</p> <p>Realizar la derivación oportuna y adecuada a los servicios de referencia.</p> <p>Identificar y registrar las causas posibles del no acceso al servicio correspondiente.</p> | <p>N.º de coordinadores/ N.º de servicios de RHB en salud física.</p> <p>N.º de usuarios que accedieron al servicio de RHB en salud física/ N.º total de usuarios que fueron derivados.</p> <p>Tiempo promedio de espera para la primera evaluación por el profesional o equipo de RHB en salud física en internación, domicilio, ambulatorio, centro especializado en RHB.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|--|---|----------------------|---|---|
| | | <p>Desarrollar e incorporar sistemas de registro y georreferenciación para compartir información entre servicios de rehabilitación en salud física y niveles de atención (se desarrolla en Línea Estratégica 5).</p> <p>Implementar un sistema de interconsultas vía remota u otra, que permita una comunicación fluida de los servicios de rehabilitación entre sí y con los distintos niveles de atención en salud.</p> | | <p>Lograr mantener el continuum asistencial en aquellas condiciones de salud de mediana y alta complejidad que requieran continuar en RHB en salud física.</p> <p>Identificar desvíos o fallas en el proceso.</p> | <p>Tiempo promedio de espera para iniciar el tratamiento específico de RHB en salud física al servicio en que fue derivado (indicador 21 de OMS¹).</p> |
| | <p>3.2.2. Articular un sistema de referencia y complementariedad para el acceso oportuno a los productos de apoyo requeridos.</p> | <p>Desarrollado en la Línea Estratégica 4.</p> | | | |

Referencias:

¹ Organización Mundial de la Salud. Menú de Indicadores de Rehabilitación: una herramienta complementaria al Marco para el Monitoreo y la Evaluación de la Rehabilitación. 2020.

² Ministerio de Salud Pública. Meta Asistencial 4.8. 2024 abr. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tematica/metas-asistenciales>



Línea estratégica 4.

Acceso a productos de apoyo sobre
rehabilitación en salud física (2025-2030)

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|--|---|---|---|---|
| <p>4.1 Garantizar la cobertura universal y la oportunidad de acceso a los productos de apoyo y tecnologías asistivas, así como a su entrenamiento.</p> | <p>4.1.1. Generar un marco normativo actualizado en nuestro país, que permita el acceso universal a los productos de apoyo, utilizando como base la Lista de Ayudas Técnicas Prioritarias (iniciativa GATE) de OMS¹.</p> | <p>Completar el relevamiento que permita conocer los proveedores y fabricantes de productos de apoyo, en el ámbito público, privado, y centros de rehabilitación, en el país.</p> <p>Confeccionar un catálogo de productos de apoyo prioritarios, basado en la Lista de Ayudas Técnicas Prioritarias de OMS, adaptado a nuestro país¹. (Ver Anexo 3.1)</p> <p>Confeccionar una Guía Nacional de proveedores y fabricantes de los productos de apoyo definidos en el catálogo mencionado en la actividad anterior, contando con una asesoría exterior especializada.</p> <p>Identificar las fortalezas y debilidades de los proveedores y fabricantes de los productos de apoyo en el ámbito público (insumos, equipamiento, RR. HH.), que puedan obstaculizar la fabricación y/o entrega en plazos razonables.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área programática Discapacidad, JUNASA, Departamento Jurídico.</p> <p>Ministerio de Economía y Finanzas.</p> <p>Prestadores integrales del SNIS; Proveedores estatales (BPS, MIDES, BSE, ASSE).</p> <p>UdelaR: Unidad Académica Rehabilitación y Medicina Física.</p> <p>Centros de Rehabilitación de alta y mediana complejidad (TELETON, ASSE/ Casa de Gardel, CEREMA, BSE, BPS Y MIDES/ CENATT).</p> | <p>En el 1er. año:</p> <p>Contar con el relevamiento de los proveedores y fabricantes de PA en el país.</p> <p>Ratificar y aprobar una lista más detallada de PA para nuestro país basada en GATE y la UNIT-ISO 9999:2022².</p> <p>Contar con la Guía Nacional de los proveedores y fabricantes de productos de apoyo.</p> <p>Contar con las recomendaciones que permitan abordar progresivamente las necesidades detectadas en insumos, equipamiento y/o RR. HH. (especialmente, en el ámbito público).</p> <p>Contar con informe de fortalezas y debilidades de proveedores y fabricantes de los productos de apoyo en el ámbito público.</p> | <p>Lista Oficial de ayudas técnicas prioritarias para el país aprobada por las autoridades sanitarias y organismos involucrados.</p> <p>N.º ayudas técnicas en la lista del país / N.º propuesto por GATE (indicador ampliado 4 de OMS³).</p> <p>Ayudas técnicas disponibles en los centros de salud. N.º de centros de salud que suministran PA en el país / N.º total de centros de salud que está previsto que suministren productos de apoyo en el país (indicador ampliado 17 de OMS³).</p> <p>Cobertura de Ayudas técnicas para grupos de población específicos. N.º de personas que necesitan y tienen Ayudas técnicas / N.º de personas que necesitan Ayudas técnicas (indicador ampliado 33 de OMS³).</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|--|--|--|---|--|---|
| | <p>4.1.2. Gestionar y generar una red que contemple la articulación entre prestadores de salud, fabricantes y proveedores de productos de apoyo, que permita cubrir las necesidades de toda la población.</p> | <p>Crear un registro informático de los productos de apoyo que se entregan al usuario, para quienes prescriben y entregan PA, vinculado a la Historia Clínica Electrónica, accesible a los prestadores y servicios de rehabilitación en salud física involucrados.</p> <p>Crear un protocolo para la provisión de productos de apoyo requeridos.</p> <p>Generar una comisión coordinadora que gestione la red de PA.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área programática Discapacidad, Gobierno Electrónico, JUNASA, Economía de la Salud, SINADI.</p> <p>Prestadores integrales del SNIS.</p> <p>Proveedores estatales y no estatales (BPS, MIDES, BSE, ASSE, Teletón, CEREMA y otros).</p> | <p>En el 1er. año:</p> <p>Contar con un registro informático de los PA que se entregan al usuario.</p> <p>Contar con una comisión coordinadora de la red.</p> <p>En los 2 primeros años (2025 y 2026):</p> <p>Contar con el protocolo para la provisión de PA requeridos.</p> <p>Contar con la red de PA funcionando y articulando los prestadores de salud públicos y privados.</p> | <p>N.º de personas que necesitan y tienen productos de apoyo / N.º de personas que necesitan y no tienen acceso.</p> <p>Ayudas técnicas proporcionadas. N.º total de Ayudas técnicas entregadas según clasificación CIE 10 en los diferentes centros, en un plazo determinado (indicador ampliado 30 de OMS³).</p> |
| <p>4.2 Fortalecer los servicios que prescriben, fabrican y/o entregan productos de apoyo.</p> | <p>4.2.1. Establecer para los productos de apoyo estándares mínimos de calidad, asegurando que sean adecuados, asequibles y oportunos.</p> | <p>Confecionar una Guía de estándares de calidad de productos de apoyo, tomando como referencia UNIT-ISO 9999:2022.²</p> | <p>MSP: DIGESA / Área Programática Discapacidad y Rehabilitación.</p> <p>MIDES/ CENATT; BPS; asesor internacional OPS/ OMS para América Latina.</p> | <p>Contar con la Guía de estándares de calidad de productos de apoyo.</p> | <p>N.º de productos de apoyo de la Lista Prioritaria con estándares de calidad aprobados.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|---|---|--|---|---|
| | <p>4.2.2. Fortalecer los recursos humanos especializados para la prescripción, fabricación y entrega de los productos de apoyo y promover su capacitación.</p> | <p>Relevar los Recursos Humanos especializados que hay actualmente en el país para la prescripción de productos de apoyo.</p> <p>Crear equipos o unidades con personal especializado, en el ámbito de la salud y, en particular, de rehabilitación en salud física, para la prescripción, entrega y entrenamiento en el uso de productos de apoyo, de alcance nacional. (Ver Anexo 3.2)</p> <p>Promover la capacitación de recursos humanos mediante la participación de docentes especializados en la temática, nacionales y/o extranjeros, mediante apoyos, convenios y otros.</p> <p>Promover la realización de actividades de capacitación y fortalecimiento de los RR. HH. involucrados en diferentes actividades docentes, incluyendo pasantías en el exterior (becas y/o convenios).</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación.</p> <p>Academia, Sociedades Científicas (médicos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas).</p> | <p>Contar con el relevamiento de los RR. HH. especializados.</p> <p>En los 2 primeros años:</p> <p>Lograr condiciones necesarias para que los actuales recursos humanos especializados puedan transmitir el conocimiento para generar los nuevos equipos especializados.</p> <p>Contar con 2 a 4 equipos especializados, distribuidos geográficamente.</p> <p>Recursos humanos capacitados en PA.</p> <p>Módulos sobre productos de apoyo incorporados en las carreras relacionadas con la Salud.</p> <p>Contar con la carrera de Ortoprésis.</p> <p>Lograr la articulación con la Academia.</p> | <p>Densidad y distribución del Personal de rehabilitación en salud física (TO, ortesistas, protesistas, médicos rehabilitadores especializados en prescripción de productos de apoyo).</p> <p>N.º de recursos humanos de rehabilitación en salud física, desglosado por zona geográfica / Población total, desglosada por zona geográfica (indicador ampliado 6 de OMS³).</p> <p>N.º de cursos, becas, convenios de especialización y capacitación realizados por año.</p> <p>N.º de RR. HH. capacitados en el exterior por año, según carga horaria y rango académico de los docentes.</p> <p>N.º de carreras universitarias que incorporaron módulos sobre productos de apoyo.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|--|---|--|--|---|
| | | <p>Promover la capacitación formal en el ámbito académico sobre productos de apoyo en todas las carreras relacionadas con la salud.</p> <p>Promover, junto con la Academia, la creación de una carrera universitaria de Ortoprótisis en el país.</p> | | | |
| | <p>4.2.3. Promover el fortalecimiento de los fabricantes actuales de productos de apoyo en el ámbito público, acorde a las necesidades detectadas (recursos humanos, financieros, equipamientos, insumos y otros) para dar una respuesta acorde con la demanda.</p> | <p>Gestionar el incremento de recursos financieros, RR. HH., equipamientos e insumos.</p> <p>Promover la capacitación de los RR. HH. necesarios para la gestión y la fabricación de productos de apoyo.</p> <p>Definir los tiempos de espera máximos entre la prescripción y la entrega, de acuerdo con las necesidades del usuario (situación, edad, patología, etc.).</p> <p>Monitorizar y fiscalizar los tiempos de espera máximos entre la prescripción y la entrega de productos de apoyo.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación, JUNASA, Economía de la Salud.</p> <p>CENATT/ MIDES.</p> <p>BPS y BSE</p> <p>Ministerio de Economía.</p> | <p>Garantizar los recursos financieros, humanos y otros que permitan atender la demanda insatisfecha en tiempo y forma.</p> <p>Cursos de capacitación realizados y aprobados.</p> <p>Contar con informes anuales de los tiempos de espera entre la prescripción y la entrega de PA a cada usuario.</p> | <p>N.º de cursos realizados por año.</p> <p>N.º de RR. HH. capacitados por año.</p> <p>Promedio de tiempo de espera entre la prescripción y la entrega de productos de apoyo / N.º de productos de apoyo entregados.</p> <p>N.º de productos de apoyo entregados por año, con duración mayor a 2 meses a partir de la prescripción.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|--|---|--|--|--|
| | <p>4.2.4. Garantizar el acceso a tecnología de alta especificidad que permita acompañar el crecimiento y desarrollo, en especial en las primeras etapas de la vida.</p> | <p>Completar el relevamiento de las capacidades en recursos humanos especializados, fabricación y provisión de los productos de apoyo prioritarios, en las diferentes instituciones, en los tres niveles de rehabilitación infantil.</p> <p>Completar el relevamiento de los equipos especializados en el 3er. nivel de rehabilitación, con capacidad de evaluar, prescribir y entrenar recursos tecnológicos (TIC) individualizados y adaptados a cada etapa del desarrollo, que permita el acceso a la comunicación, aprendizaje, movilidad y autonomía. El entrenamiento incluye al niño, la familia, los maestros y la comunidad en general.</p> <p>Generar un órgano intersectorial que asegure el reciclaje y la reutilización de los productos de apoyo.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación, Programa de la Niñez.</p> <p>ASSE/ Centro Hospitalario Pereira Rossell.</p> <p>BPS/ CRENADECER.</p> <p>TELETON y otros.</p> | <p>En el 1er. año:</p> <p>Contar con el relevamiento de RR. HH. especializados, instituciones que fabrican y proveen PA y tecnología especializada para la comunicación e información.</p> <p>Lograr que el acceso a la tecnología de alta especificidad acompañe el crecimiento y el desarrollo, en especial en las primeras etapas de la vida.</p> <p>En los 2 primeros años:</p> <p>Ofrecer cursos de capacitación al personal de salud y de extensión a la comunidad en el uso y aplicaciones de estos PA.</p> | <p>Ayudas técnicas proporcionadas. N.º de ayudas técnicas entregadas a usuarios de RHB, clasificadas en CIE⁴ y GATE¹ (indicador ampliado 30 de OMS³). (Las ayudas técnicas entregadas también podrán ser clasificadas de acuerdo con edad, sexo, y en función de las 6 categorías de PA de la OMS).</p> <p>Cobertura de AT para grupos de población específicos. N.º de niños, en el país, que necesitan y tienen una AT / N.º de niños que necesitan y no tienen la AT (indicador ampliado 33 de OMS³).</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|---|---|---|--|---|
| | | Promover/fortalecer la capacitación y el uso adecuado de los productos de apoyo y tecnológicos en el 2do. y 1er. nivel de atención en rehabilitación y en salud. | | | |
| 4.3 Promover el modelo de cuidado, mantenimiento, readecuación y reutilización de los diferentes productos de apoyo. | 4.3.1. Generar los lineamientos básicos para la promoción del modelo mencionado. | <p>Elaborar una guía que contenga las recomendaciones para cumplir con el objetivo.</p> <p>Promover la creación y desarrollo de centros departamentales en las intendencias, que cumplan los cometidos del modelo.</p> <p>Promover la capacitación de todos los RR. HH. involucrados en el proceso de la provisión de productos de apoyo.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación.</p> <p>CENATT/ MIDES. BPS/ CRENADECER. BSE. Otros fabricantes y proveedores.</p> <p>Academia.</p> <p>Intendencias y otros.</p> | <p>Contar con la guía de recomendaciones para promover el conocimiento y la aplicación del modelo.</p> <p>Contar con centros departamentales para el cumplimiento del modelo.</p> <p>RR. HH. involucrados en la provisión de PA capacitados en las funciones del modelo.</p> | <p>N.º de PA reutilizados/ N.º total de PA entregados.</p> <p>N.º de PA nuevos/ N.º total de PA entregados.</p> |

¹ Organización Mundial de la Salud. Lista de Ayudas Técnicas Prioritarias. Mejora del acceso a las tecnologías de apoyo para todos, en cualquier lugar (Iniciativa GATE). 2016.

² UNIT-ISO 9999:2022. Productos de Apoyo - Clasificación y terminología.

³ Organización Mundial de la Salud. Menú de Indicadores de Rehabilitación: una herramienta complementaria al Marco para el Monitoreo y la Evaluación de la Rehabilitación. 2020.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 1995.



Línea estratégica 5.

Sistemas de información e investigación sobre rehabilitación en salud física. Cooperación internacional (2025-2030)

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|---|---|--|---|---|
| <p>5.1. Mejorar la calidad de información de las bases de datos de las personas que requieren un abordaje en rehabilitación en salud física.</p> | <p>5.1.1. Promover la construcción de una base de datos con registro sistematizado sobre patologías y/o deficiencias que requieran un abordaje en rehabilitación en salud física y productos de apoyo brindados.</p> | <p>Generar un grupo de trabajo para realizar las siguientes actividades, con el objetivo de integrar los datos en la Historia Clínica Electrónica:</p> <p>Evaluar y definir un listado de códigos de patologías generadoras de deficiencias y/o discapacidad (basado en la CIE10¹, Baremo Nacional de Discapacidad).</p> <p>Evaluar y definir un listado de códigos de productos de apoyos prescritos y entregados a las personas (basados en UNIT², GATE³).</p> <p>Definir criterios para evaluar e identificar a las personas con discapacidad que requieren atención prioritaria.</p> <p>Estudiar la incorporación de herramientas informáticas en el Padrón de Afiliados y/o Historia Clínica Electrónica (utilizando las preguntas del Grupo Washington).</p> | <p>MSP: DIGESA, JUNASA, Gobierno electrónico. MIDES/ Dirección de Discapacidad.</p> <p>CNHD.</p> <p>Prestadores del SNIS y externos al SNIS. Udelar/ U. A. Rehabilitación y Medicina Física.</p> <p>Registros Médicos.</p> <p>Sistemas de Información y Comunicación. Udelar/ Departamento de Métodos Cuantitativos.</p> | <p>En el 1er. año:</p> <p>Listado de códigos de patologías generadoras de deficiencias y/o discapacidad.</p> <p>Listado de códigos de productos de apoyo.</p> <p>Listado de personas con discapacidad que requieren atención prioritaria.</p> <p>En el 3er. año:</p> <p>Contar con una modalidad de registro uniforme y sistematizado para todos los servicios que asisten PcD.</p> <p>Tener incorporado el registro codificado de patologías generadoras de deficiencias y/o discapacidad incorporada en la Historia Clínica Electrónica.</p> <p>Tener incorporado el registro codificado de aquellos productos de apoyo que son prescritos y entregados a las personas.</p> | <p>N.º de servicios de rehabilitación en salud física que incorporaron el conjunto de datos a la Historia Clínica Electrónica.</p> <p>N.º de personas capacitadas por año del personal involucrado en el registro y procesamiento de los datos.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|-----------|------------------|--|----------------------|---|-------------|
| | | <p>Definir un conjunto mínimo de datos relevantes en rehabilitación en salud física para aquellas patologías seleccionadas en las que interesa realizar estadísticas.</p> <p>Implementar un plan piloto para probar los datos generados en las actividades anteriores y luego poder incorporarlos en la Historia Clínica Electrónica.</p> <p>Viabilizar la incorporación de este conjunto de datos a la Historia Clínica Electrónica.</p> <p>Generar mecanismos que permitan compartir información entre prestadores públicos y privados del SNIS y externos al SNIS.</p> <p>Promover la capacitación continua del personal involucrado en el registro y procesamiento de los datos.</p> | | <p>Contar con informes periódicos sobre datos recabados en las historias clínicas.</p> <p>Contar con personal capacitado en el registro y procesamiento de datos.</p> | |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|--|---|--|--|--|--|
| | <p>5.1.2. Construir un sistema de georreferenciación de la red de rehabilitación en salud física del país.</p> | <p>Impulsar la creación de un sistema de georreferenciación de servicios de rehabilitación en salud física y productos de apoyo, habilitado para todos los prestadores de salud, para facilitar la derivación correcta de los pacientes a los lugares correspondientes.</p> <p>Generar un equipo de monitoreo que mantenga actualizados los datos del sistema de georreferenciación.</p> | <p>MSP/ DIGESA; JUNASA; Gobierno electrónico. MIDES/ Dirección de Discapacidad. Prestadores de Salud y de Rehabilitación.</p> | <p>Mapeo digital actualizado, que contenga los lugares a los que se pueden derivar los pacientes por rehabilitación en salud física, según las características de los pacientes que admiten, tipo de prestaciones que brindan los servicios y su localización.</p> | <p>N.º de servicios de rehabilitación en salud física y productos de apoyo georreferenciados por año.</p> |
| <p>5.2 Fomentar la investigación en temáticas de discapacidad y rehabilitación en salud física.</p> | <p>5.2.1. Apoyar la producción de material científico en el ámbito de la discapacidad y la rehabilitación en salud física.</p> | <p>Definir líneas de investigación prioritarias en discapacidad y rehabilitación en salud física basadas en la CIF⁴.</p> <p>Promover la investigación en discapacidad y rehabilitación en salud física en la Academia, centros de formación técnica y red asistencial.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área programática Discapacidad y Rehabilitación.</p> <p>CNHD.</p> <p>MIDES/ Dirección de Discapacidad.</p> <p>ANII.</p> <p>UdelaR y otras universidades.</p> <p>Centros de rehabilitación de tercer nivel.</p> | <p>Publicar periódicamente evidencia científica sobre rehabilitación en salud física.</p> | <p>Nº de artículos publicados por año a nivel nacional.</p> <p>Investigación en rehabilitación:</p> <p>Nº total de fondos disponibles para la investigación en rehabilitación en salud física anualmente en el país.</p> |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|--|---|---|---|--|--|
| | | <p>Fomentar la publicación y difusión, preferentemente en revistas arbitradas, de nuevas investigaciones en temáticas prioritarias y relevantes, aplicables a la red de rehabilitación en salud física.</p> <p>Crear un repositorio digital que concentre trabajos nacionales de investigación en rehabilitación en salud física.</p> | | | N° total de proyectos de investigación sobre la RHB en salud física que se llevan a cabo anualmente en el país (indicador ampliado 12 de OMS ⁵). |
| 5.3 Promover la cooperación internacional en el área de rehabilitación en salud física. | 5.3.1. Fomentar las relaciones internacionales y la realización de actividades de cooperación en rehabilitación en salud física. | Diseñar un plan de cooperación internacional y regional en el área de rehabilitación en salud física con organismos y centros de referencia internacionales, que incluya y desarrolle los intercambios ya existentes, haciendo énfasis en áreas que requieren mayor fortalecimiento (ej.: carrera de Ortoprésis). | <p>MSP: DIGESA/ Área Programática Discapacidad y Rehabilitación; DIGESE/ Departamento de Relaciones Internacionales.</p> <p>Ministerio RR. EE.</p> <p>MIDES.</p> <p>CENATT; CNHD; Udelar; BSE; BPS; OPS; Servicios de Rehabilitación del SNIS interesados; otros.</p> | Incremento del intercambio técnico sobre rehabilitación en salud física con organismos internacionales y/o regionales. | <p>N.º de intercambios ejecutados en el quinquenio.</p> <p>N.º de convenios concretados.</p> |

¹ Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión. 2008.

² UNIT-ISO 9999:2022. Productos de Apoyo - Clasificación y terminología.

³ Organización Mundial de la Salud. Lista de Ayudas Técnicas Prioritarias. Mejora del acceso a las tecnologías de apoyo para todos, en cualquier lugar (Iniciativa GATE). 2016.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. 2001.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Menú de Indicadores de Rehabilitación: una herramienta complementaria al Marco para el Monitoreo y la Evaluación de la Rehabilitación. 2020.



Línea estratégica 6.

Gobernanza y fuentes de
financiamiento (2025-2030)

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|---|--|--|--|--|--|
| <p>6.1. Generar normativas para la gobernanza del Plan nacional de rehabilitación en salud física.</p> | <p>6.1.1. Establecer las reglamentaciones correspondientes para asegurar la viabilidad del Plan nacional de rehabilitación en salud física.</p> | <p>Promover la aprobación del catálogo del Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) con las prestaciones en rehabilitación en salud física actualizadas.</p> <p>Promover la creación de un modelo de gestión de la red de rehabilitación en salud física.</p> <p>Generar pauta de fiscalización para el cumplimiento de criterios de accesibilidad universal en establecimientos de salud.</p> <p>Generar un sistema de rectoría para la supervisión de la ejecución del Plan, por parte del Ministerio de Salud Pública.</p> | <p>MSP: DIGESA/ Área programática Discapacidad y Rehabilitación; JUNASA/ Economía de la Salud.</p> <p>Ministerio de Economía y Finanzas.</p> <p>ASSE y resto de prestadores de salud del SNIS.</p> <p>Prestadores externos al SNIS.</p> <p>Fondo Nacional de Recursos.</p> | <p>Contar con Plan de fiscalización y monitoreo para la implementación del Plan nacional de rehabilitación en salud física aprobado.</p> | <p>Prestaciones en rehabilitación en salud física actualizadas y aprobadas incorporadas en el Catálogo del Plan Integral de Atención en Salud.</p> <p>Rehabilitación en salud física integrada en planes de salud y otros planes oficiales relacionados, tanto internos como externos al MSP (indicador ampliado 2 de OMS).</p> <p>Documento de fiscalización y monitoreo para la implementación del Plan Nacional de Rehabilitación aprobado.</p> <p>Cronograma de desarrollo de la gobernanza del Plan aprobado.</p> |
| | <p>6.1.2. Garantizar el funcionamiento de la red de servicios a través del sistema de rectoría del Plan.</p> | <p>Promover la información, la concientización y la articulación referidas al Plan, para permitir alinear a los diferentes actores involucrados en la situación actual de nuestro país y el conjunto de acciones propuestas.</p> | | <p>Contar con un grupo de trabajo interinstitucional para la gobernanza del Plan implementado y funcionando.</p> | |

| Objetivos | Líneas de acción | Actividades | Actores involucrados | Resultados esperados | Indicadores |
|--|--|--|--|--|--|
| | <p>6.1.3. Construir indicadores de monitoreo para la implementación del Plan nacional de rehabilitación en salud física.</p> | <p>Construir un documento con indicadores de monitoreo.</p> <p>Validar indicadores con equipos técnicos y comité asesor.</p> | | <p>Contar con un listado de indicadores de monitoreo construido y validado operativamente.</p> | <p>Informe documentado con indicadores de monitoreo, y resultados de su validación operativa</p> |
| <p>6.2. Promover la creación de una línea presupuestaria para viabilizar la implementación del Plan nacional de rehabilitación en salud física.</p> | <p>6.2.1. Promover la creación de una línea de financiamiento para la inclusión de prestaciones de rehabilitación en salud física en el SNIS, en el presupuesto de salud.</p> | <p>Definir la meta presupuestaria para rehabilitación en salud física en el presupuesto de salud.</p> <p>Identificar las prestaciones de rehabilitación en salud física que deben financiarse 100 %.</p> <p>Identificar las prestaciones de rehabilitación en salud física que deben financiarse según los ingresos de los usuarios.</p> | <p>Ministerio de Salud Pública: DIGESA/ Área programática Discapacidad y Rehabilitación; JUNASA/ Economía de la Salud. Ministerio de Economía y Finanzas.</p> <p>ASSE y resto de prestadores de salud del SNIS.</p> <p>Prestadores externos al SNIS.</p> <p>FNR.</p> | <p>Financiamiento del Plan nacional de Rehabilitación en Salud física asegurado y aprobado por el Poder Ejecutivo.</p> | <p>Incorporación de línea de financiamiento para el Plan nacional de rehabilitación en salud física en la Rendición de cuentas nacional.</p> |

Capítulo 7

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción. [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331228>
2. Ministerio de Salud Pública. Objetivos Sanitarios Nacionales 2030. [Internet]. Montevideo; 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030>
3. Organización de las Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. [Internet]. Rev 3. Cepal; 2018. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40155-la-agenda-2030-objetivos-desarrollo-sostenible-oportunidad-america-latina-caribe>
4. Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad: Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad: Informe de la Secretaría. [Internet]. No. A67/16. 2014. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/170540>
5. Asamblea Mundial de la Salud. Discapacidad: Proyecto de acción mundial de la OMS sobre discapacidad 2014-2021: Mejor salud para todas las personas con discapacidad: Informe de la Secretaría. [Internet]. No. EB134/16. 2014. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/175064>

6. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad: Informe final. Montevideo; 2004. Disponible en: <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/publicaciones/encuesta-nacional-personas-discapacidad-2004-1>
7. Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico 2013. [Internet]. Montevideo; 2013. Disponible en: <https://www4.ine.gub.uy/Anda5/index.php/catalog/724>
8. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into pediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers. [Internet]. Geneva; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics>
9. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Plan Nacional de Rehabilitación 2021-2030. [Internet]. Chile; 2021. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/minsal-presenta-el-primer-plan-nacional-de-rehabilitacion-que-fija-lineamientos-hasta-el-ano-2030/>
10. Ferrari A, de Castellet F. Fisiatría: Semiología, Fisioterapia, Rehabilitación. Montevideo: Editorial Delta; 1973.
11. OPS/OMS. [Internet]. Rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud; 2024. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion#:~:text=La%20rehabilitaci%C3%B3n%20es%20un%20conjunto,%2C%20trastorno%2C%20lesi%C3%B3n%20o%20trauma>
12. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Washington D.C; 2001.
13. World Health Organization. [Internet]. Rehabilitation 2030. Basic Rehabilitation Package Clinical Resource – A Resource for Primary Health Care & Low-Resource Settings. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/basic-package-of-interventions-for-rehabilitation-a-toolkit-for-primary-care-professionals--information-sheet>
14. Gutenbrunner C, Stievano A, Stewart D, Catton H, Nugraha B. Role of nursing in rehabilitation. Journal of Rehabilitation Medicine – Clinical Communications [Internet]. 2021 jun. 4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8215228/>

15. Organización Mundial de la Salud. Menú de indicadores de rehabilitación (RIM). [Internet]. Ginebra; 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331230>
16. Ley N° 19.666: Aprobación de normas para la designación y funcionamiento de los centros o servicios de referencia en salud que garanticen la equidad en el acceso a la atención de calidad de patologías complejas. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19666-2018>
17. British Society of Physical & Rehabilitation Medicine. [Internet]. Disponible en: <https://www.bsprm.org.uk/>
18. Ministerio de Salud Pública. Catálogo de Prestaciones Integrales de Salud (PIAS). [Internet]. Montevideo; 2018. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias>
19. Banco de Previsión Social. Prestaciones y servicios para personas con discapacidad: actualización con datos al 2018. Asesoría General en Seguridad Social. Montevideo; 2019.
20. Ministerio de Salud Pública. Informe ministerial país para la 76° Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud. Montevideo; 2023. [No publicado].
21. Organización Mundial de la Salud. 76° Asamblea Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/world-health-assembly/seventy-sixth-world-health-assembly>
22. Who.int. [Internet]. Rehabilitation. World Health Organization; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>
23. Organización Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la Rehabilitación en los Sistemas de Salud. [Internet]. No. EB152/8. Ginebra; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_8-sp.pdf
24. Ministerio de Salud Pública: Dirección General de Coordinación, Dirección General de la Salud-Área Programática Discapacidad y Rehabilitación. Rehabilitación Física en Salud en Uruguay. Sistematización del Segundo Relevamiento de Servicios y Recursos en Rehabilitación Física. Montevideo; 2024.
25. Ministerio de Salud Pública: Dirección General de Coordinación, Dirección General de la Salud-Área programática Discapacidad y Rehabilitación. Rehabilitación

Física en Salud en Uruguay. Informe Técnico del Segundo Relevamiento de Servicios y Recursos en Rehabilitación Física. Montevideo; 2024.

26. Presidencia. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. Hacia una estrategia nacional del desarrollo. Uruguay, 2050. Escenarios demográficos 2050. Serie de divulgación - Volumen III. Disponible en: https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/documentos/2018-05/2257_Escenarios_demograficos_Uruguay_2050_web.pdf
27. Organización Mundial de la Salud, UNICEF. Informe mundial sobre la tecnología de apoyo: resumen. [Internet]. Ginebra; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240049178>
28. Organización Mundial de la Salud. Lista de Ayudas Técnicas Prioritarias (Iniciativa GATE). [Internet]. Ginebra; 2016. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/priority-assistive-products-list>
29. Who.int [Internet]. Assistive Technology. World Health Organization; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>
30. Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (UNIT). ISO 9999:2022. Productos de Apoyo – Clasificación y Tecnología. Montevideo; 2022.
31. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [Internet]. Nueva York; 2006. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
32. Centro de Información Oficial. Ley N° 18.418. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [Internet]. Montevideo; 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes-internacional/18418-2008>
33. World Health Organization [Internet]. Rehabilitation 2030 Initiative. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>
34. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); 2015.
35. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre discapacidades y rehabilitación. CE 154/14. Washington D.C; 2014.

36. Royal College of Physicians of London (RCP). Medical rehabilitation in 2011 and beyond: report of a joint working party of the Royal College of Physicians and the British Society of Rehabilitation Medicine. London; 2010.
37. World Health Organization. Progress indicators for Access to assistive technology. World Health Assembly (WHA) 71.8. 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-ATM-2022.01>
38. Frontera WR, et al. Advancing Academic Capacity in Physical and Rehabilitation Medicine to Strengthen Rehabilitation in Health Systems Worldwide: A Joint Effort by the European Academy of Rehabilitation Medicine, the Association of Academic Physiatrists, and the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2022. 1;101(9):897-904. Doi: 10.1097/PHM.0000000000002067
39. Centro de Información Oficial. Ley N° 18.651. Ley de protección integral de personas con discapacidad. [Internet]. Montevideo; 2010. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>
40. Centro de Información Oficial. Ley N° 18.211. Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Montevideo; 2007. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>
41. Centro de Información Oficial. Decreto 2/008 Reglamentación de la Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. [Internet]. Montevideo; 2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/2-2008>
42. Intendencia Departamental de Tacuarembó. Intendencia de Tacuarembó felicita a APADISTA por sus 33 años de labor y compromiso. [Internet]. Uruguay; 2024. Disponible en: <https://tacuarembogub.uy/?p=27381>
43. Decreto P. E. 135/986. Uruguay. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/135-1986>
44. MSP. Uruguay. Acta Intención de Cooperación técnica internacional entre SUNNAAS SYKEHUS HF, Ministerio de Salud Pública y Banco Seguros del Estado. Uruguay, Firmado 9 de marzo de 2023.
45. Ministerio de Salud Pública. Recomendaciones para el trato y una atención adecuada de las personas con discapacidad en los servicios de salud. [Internet]. Montevideo; 2021. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/>

comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-trato-atencion-adeuada-personas-discapacidad

46. Ministerio de Salud Pública. Guía de recomendaciones para la rehabilitación post ACV en los servicios de salud. [Internet]. Montevideo; 2023. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-recomendaciones-para-rehabilitacion-post-acv-servicios-salud>
47. Alfonso L, Núñez H. Nuestra historia. Orígenes y desarrollo de la Rehabilitación en el Uruguay. SURMEFI. Uruguay; 2024. Disponible en: <https://www.surmefi.org.uy/web/es/nosotros/historia.html?showall=1>
48. Gutenbrunner C, Ward AB, Chamberlain MA. Libro Blanco de la Medicina Física y de Rehabilitación en Europa. Revista de Medicina de Rehabilitación, 45(10), 6; 2013.
49. Stucki G, Bickenbach J, Gutenbrunner C, Melvin J. Rehabilitation: The health strategy of the 21st century. Journal of Rehabilitation Medicine. 2018; 50(4):309–16.
50. Ferrari Forcade A, de Castellet F. Fisiatría: Semiología, Fisioterapia, Rehabilitación. Editorial Delta. Montevideo; 1973.
51. Inclusionydiscapacidad.uy. [Internet]. Taller de nivelación de conocimiento sobre la Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF) para la valoración de la discapacidad. Montevideo; 2019. Disponible en: <https://inclusionydiscapacidad.uy/taller-de-nivelacion-de-conocimiento-sobre-la-clasificacion-internacional-de-funcionamiento-cif-para-la-valoracion-de-la-discapacidad/>
52. Hospital de Clínicas, Instituto de Neurología y Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física. Documento de la creación y organización de la Unidad de Rehabilitación del paciente neurológico. Biblioteca Departamento y Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física. Montevideo; 1992. [Solo formato impreso].
53. Borelli G., Arriola M. Informe Unidad de Rehabilitación Neurológica “A 10 años de su creación” Biblioteca Departamento y Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física. Montevideo; 2002. [Solo formato impreso].
54. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza 510/2003. Creación del Centro Nacional de Rehabilitación Pediátrica TELETÓN. Montevideo; 2003.

55. Presidencia/AUCI, MIDES, BPS, ASSE, MSP, INE, ALIANZA, OPS, UNFPA y ONU Mujeres. Proyecto Derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad. Proyecto país 2015-2020. Uruguay, 2019.
56. MSP. Cartilla ACV MSP. Uruguay, 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-recomendaciones-para-rehabilitacion-post-acv-servicios-salud>
57. Manual para pacientes y su familia luego de un ataque cerebrovascular (ACV). Uruguay, 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/manual-para-pacientes-su-familia-luego-ataque-cerebrovascular-acv>
58. INE. Censo de población. Uruguay, 2023. Disponible en <https://www.gub.uy/instituto-nacional-estadistica/comunicacion/noticias/poblacion-preliminar-3444263-habitantes#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20preliminar%20estimada%20seg%C3%BAn,y%20sus%20principales%20caracter%C3%ADsticas%20sociodemogr%C3%A1ficas.>
59. MSP. Guía de fragilidad en personas adultas mayores: criterios prácticos e instrumentos de pesquisa en el primer nivel de atención. Uruguay, 2022. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-fragilidad-personas-adultas-mayores>
60. Ashwal S, Russman BS, Blasco PA, Miller G, Sandler A, Shevell M, et al., Practice Parameter: Diagnostic assessment of the child with cerebral palsy, *Neurology* 2004;62:851-63
61. MSP/JUNASA. Metas asistenciales 2024-2025. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/metas-asistenciales-2024-2025>

Marco normativo nacional e internacional

1.1

Marco normativo e iniciativas internacionales

Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad (2006)

A nivel internacional, la legislación existente orienta de forma clara a lograr un buen trato de las personas con discapacidad y su acceso efectivo a la atención en salud. El reconocimiento de las personas con discapacidad como sujetos de derecho fue incorporado en la agenda de DDHH a través de las organizaciones de personas con discapacidad, hasta consagrarse efectivamente en la mencionada Convención. En la misma, se expresa lo siguiente:

Principios generales:

Derecho a la salud, la habilitación y la rehabilitación de las Personas con Discapacidad.

Según la "Convención de Derechos de las personas con discapacidad": "La discapacidad es un concepto dinámico, que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y

al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. (31)

Uruguay ratificó en el año 2011 la Convención Internacional de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad. (32) Esto implica asumir compromisos y trabajar para que dichos derechos sean ejercidos por todas las personas con discapacidad. Dentro de los artículos se encuentran:

- Artículo 11: los Estados Parte se comprometen a prestar asistencia a las personas con discapacidad en emergencias, desastres y catástrofes. Todas las medidas necesarias para garantizar la protección y la seguridad de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo.
- Artículo 25: los Estados Parte reconocen que las personas con discapacidad tienen “Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sin discriminación”.

Rehabilitación en los sistemas de salud OMS, fortalecimiento de la rehabilitación y Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (PNUD)

El objetivo de desarrollo sustentable número 3 se refiere a alcanzar la cobertura universal de salud; es imprescindible que se ocupen del espectro completo de necesidades de la población y promover el bienestar de todos a todas las edades. Incluye promoción y prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Fortalecer los sistemas de salud con énfasis en la rehabilitación es una estrategia fundamental para lograr este objetivo. El envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, el aumento de la prematuridad en el RN, los accidentes de tránsito, entre otros, traen como consecuencia mayores requerimientos que exceden las oportunidades de rehabilitación disponibles. Los sistemas de salud se enfrentan a la responsabilidad de responder a los desafíos emergentes y las políticas de salud deben hacer énfasis no sólo a reducir la mortalidad, sino también en promover el funcionamiento, siendo la rehabilitación fundamental para ello. (1, 21, 33, 34)

Fortalecimiento de la rehabilitación. Plan de acción sobre discapacidad y rehabilitación para la Región de las Américas OMS (2014-2021)

La OMS propuso a las naciones el Plan Mundial sobre Discapacidad 2014-2021. Allí se expresa que la discapacidad es un desafío mundial de salud pública. (...) porque las personas con discapacidad, en particular los niños, afrontan obstáculos generalizados para acceder a los servicios de salud en general y a los de rehabilitación, a la educación, empleo y servicios sociales (lo que incluye vivienda

y transporte). Estos obstáculos tienen orígenes diversos, por ejemplo: legislación, políticas y estrategias inadecuadas; insuficiente oferta de servicios; problemas en la prestación de servicios; desconocimiento e incompreensión de la discapacidad; actitudes negativas y discriminación; escasa accesibilidad; financiación insuficiente; y poca participación de las personas con discapacidad en decisiones que afectan directamente a su vida. También existen barreras específicas para que las personas con discapacidad tengan la posibilidad de expresar sus opiniones y buscar, recibir y difundir información e ideas en pie de igualdad con las demás personas y por los canales de comunicación que elijan.

La OMS propone el plan de acción sobre discapacidad y rehabilitación, aprobado por los Estados Miembros en 2014 y les pide que eliminen las barreras y mejoren el acceso a los servicios y programas de salud; fortalezcan y amplíen la rehabilitación, los dispositivos de asistencia y los servicios de apoyo, la rehabilitación basada en la comunidad; y mejoren la recopilación de información pertinente e internacional. (5, 35)

Iniciativa “Global Cooperation on Assistive Technology” (GATE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Los productos de apoyo y tecnologías asistivas permiten y promueven la inclusión y la participación a la comunidad y todos los ámbitos de la sociedad, incluidas las esferas políticas, económicas y sociales. Sin embargo, a nivel mundial, el 90% no tienen acceso a ellas. Esto tiene un considerable impacto negativo en educación, salud y en el bienestar de los individuos y sus familias, las comunidades y la sociedad. El reconocimiento de la integración de los productos de apoyo y tecnologías asistivas a los sistemas de salud permite hacer real el progreso hacia el cumplimiento de las metas de los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la cobertura universal.

Con el fin de mejorar el acceso a los productos de apoyo y tecnologías asistivas, la OMS ha impulsado la estrategia GATE y ha publicado una lista modelo, de las que se consideran prioritarias. Esta lista es el primer paso para satisfacer el compromiso mundial de mejorar el acceso; pretende ser un modelo para que cada Estado establezca su propia lista nacional de cuáles son las prioritarias en función de sus necesidades y de los recursos de que disponga. (29, 36)

Las tecnologías de apoyo mejoran la salud y el bienestar de sus usuarios y de las familias, pero sus ventajas van más allá. Sus efectos positivos son también socioeconómicos, puesto que reducen el gasto de los servicios sanitarios y sociales (por ejemplo, los costos de las sucesivas hospitalizaciones, internación en residencias,

los subsidios, prestaciones sociales y compensaciones y mejoran la productividad de los trabajadores), lo cual, indirectamente, estimula el crecimiento económico. Es importante el/los beneficios para el individuo de una mayor independencia y bienestar que se pueden lograr al ser habilitados con tecnología. Cuanto más singular sea la condición de salud y situación de la persona, mayor será el nivel de aportes especializados requerido (ej.: infancia, adolescencia, enfermedades progresivas, peor estado de salud al envejecer, ya sea con o sin discapacidad y otros). (28)

Con el envejecimiento de la población y sobrevida por enfermedades no transmisibles, se estima que 3.5 billones de personas necesitarán TA para el 2050. La mayoría de las personas requieren el uso de más de un producto asistivo. Mejorando el acceso a la TA se puede contribuir a llegar a los objetivos de desarrollo sustentable y de asegurar que “nadie quede atrás”; permitiendo la inclusión y participación de la persona, en su familia, comunidad y todos los ámbitos de la sociedad, incluidas las esferas política, económica y social. La mayoría de las personas pueden necesitar TA en algún momento de la vida, puede ser temporalmente o durante toda su vida. Quienes más requieren TA son los adultos mayores, los niños, adultos con discapacidad y aquellas personas con condiciones de salud crónicas (diabetes, *stroke*, demencia). (29)

En el caso de niños, requieren que la misma sea específica y acompañe los cambios que se producen durante el desarrollo y crecimiento, en especial en las primeras etapas de la vida. La TA puede ayudar a las personas en todos los aspectos de su vida, incluyendo educación, empleo, *fitness*, ocio, deportes, en AVD como autocuidado, cocinar y leer.

Las barreras que impactan en el acceso a la TA incluyen: poca concientización, altos costos, limitado acceso físico, inadecuados productos, insuficiente personal capacitado para su fabricación, insuficientes fondos y políticas inadecuadas. La agenda 2030 para el desarrollo sustentable (ODS) prioriza la cobertura universal de salud y bienestar (Universal Health Coverage –UHC) para todos y enfatiza que para poder llegar a los ODS es necesario que todas las personas accedan a los productos asistivos. (29)

WHA 71.8 Indicadores progresivos para evaluar el acceso a la tecnología asistiva y Asamblea Mundial de Salud - mayo 2018

En la 71 Asamblea Mundial en Salud, en mayo de 2018 se adoptó la resolución 71.8, en que “urge a los estados miembros realizar acciones que mejoren el acceso a la Tecnología Asistiva”; solicita a la OMS que prepare el Informe global sobre el

acceso a Tecnología de Asistencia (GReAT) basada en la mejor evidencia científica disponible y experiencia internacional. También solicita a la Secretaría de la OMS que presente informes de progreso a la AMS en 2022, 2026 y 2030, en acceso a TA. Por lo tanto, la OMS ha desarrollado indicadores de progreso para recopilar datos de alto nivel, y ser aplicados por parte de los Estados miembros. (37)

Avanzando en las capacidades académicas en Medicina Física y Rehabilitación para fortalecer la rehabilitación en los Sistemas de Salud en todo el mundo

Para fortalecer la rehabilitación en los sistemas de salud y su concreción en un plan nacional de rehabilitación es imprescindible el rol de la Universidad de la República y la Facultad de Medicina en la formación de los recursos humanos necesarios, en las diversas disciplinas relacionadas, incluyendo ortoprótesis (que no existe en nuestro país), en la investigación, actualización y generación de nuevos conocimientos. Lo cual implicaría el inicio de un proceso continuo y permanente de: a) análisis de los requerimientos país b) la formación de estos y c) la necesaria integración de estos hacia un modelo de equipo asistencial interdisciplinario. Se hace énfasis en realizar un esfuerzo conjunto desde la Academia Europea de Rehabilitación y Medicina Física, Asociación de Fisiatras Académicos y la Sociedad Internacional de Medicina Física y Rehabilitación. (38)

1.2

Marco Normativo Nacional

.....

Protección de los Derechos de las personas con Discapacidad. Ley N° 18.651 de 2011

En el año 2011 se aprobó una nueva ley de Protección Integral a las Personas con Discapacidad, que actualizó la normativa vigente en la materia y comenzó un proceso paulatino de revisión de la legislación y los procedimientos relacionados a las personas con discapacidad relacionados a la salud. Específicamente a la rehabilitación en salud. (39)

Creemos importante destacar el contenido de los artículos 1,2, 4, 8,15, 35, 36 y 88. Consideramos que estos artículos son una fuerte base para la creación de un Programa Nacional de RHB.

En el año 2021, el MSP juntamente con el MIDES desarrollaron una guía de recomendaciones focalizada sobre las barreras (físicas, comunicacionales y actitudinales) que impiden o limitan el acceso a los servicios y la atención de salud de las personas con discapacidad.

Creación del Sistema Nacional Integrado de salud (Ley 18211/2007 Artículo 4, Decreto 2/008)

En materia de salud, desde el año 2007 el Uruguay concretó la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), cuyo objetivo es brindar una asistencia con orientación preventiva, integral, de contenido humanista, universal, equitativa y longitudinal en la asistencia. El mismo buscó organizar la atención en salud para los ciudadanos del país. Está integrado por prestadores públicos y privados de salud. Para cumplir con estos principios, los distintos prestadores de salud y sus servicios, deben garantizar la satisfacción de las necesidades de salud de todos sus usuarios.

Dicha atención integral de salud está definida en la misma ley de creación del SNIS (ley 18211 en su artículo 4), donde se plantea que “El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- a. Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- b. Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos”.
(40, 41)

Objetivos Sanitarios Nacionales 2020-2030. Área de intervención 53. Mejorar el acceso a servicios de salud para la rehabilitación

Los OSN 2030 han establecido una nueva agenda de cooperación desde OPS y desde otras agencias del Sistema de Naciones Unidas para alcanzar resultados en la mejora de los estándares de salud en Uruguay. De esta forma se podrán sumar esfuerzos para superar las inequidades en el ejercicio del derecho a la salud, en superar la fragmentación y la segmentación del sistema sanitario, en reducir la morbimortalidad por enfermedades no transmisibles, en combatir las enfermedades

transmisibles emergentes y reemergentes, en disminuir los accidentes y la violencia de cualquier tipo y en mejorar la salud mental.

El trabajo intersectorial sobre los determinantes sociales de la salud, los desafíos de la transformación digital del sistema de salud y la necesidad de un fuerte anclaje territorial con activa participación social y comunitaria son también componentes sustantivos e ineludibles de la hoja de ruta a transitar.

En los OSN al 2030, en el área de intervención 53.1 “se define como línea de acción: “Desarrollar una propuesta para la rehabilitación física, integral e interdisciplinaria en el SNIS, que establezca niveles de complejidad y estándares mínimos de prestaciones. (2)

Algunos hitos y antecedentes que hacen al desarrollo de la rehabilitación en salud física en el país

2.1

En el ámbito del Ministerio de Salud Pública (MSP)

En 1981 desde el Ministerio de Salud Pública el Dr. Joaquín Purcallas, médico administrador, realiza el primer informe sobre situación de la rehabilitación en el Uruguay y plantea medidas para su encare global.

En 1982 se designa un grupo de trabajo, que hace sus primeras recomendaciones. Enfatiza la necesidad de la creación de una división de Rehabilitación en la esfera Ministerial; cuyas funciones principales serían: control, normatización, registro y procesamiento de datos y planificación. Además, proponen medidas prácticas a realizar, como el censo de instituciones y de personas con discapacidad a nivel nacional. Con dicha información se plantearían estrategias de desarrollo, basadas en la realidad. Primer informe: Grupo de trabajo MSP. Programa de Rehabilitación Coordinadores Salsamendi, De Castellet y otros.

En 1985 el MSP y OPS realizan en Tacuarembó una primera experiencia de Rehabilitación comunitaria (RBC) coordinada por los Dres. F. De Castellet (MSP) y Alicia Amate (OPS). Como derivación de esta experiencia, se constituyó la Organización de la Sociedad Civil (OSC) APADISTA, cuya misión es la habilitación y rehabilitación integral comunitaria para personas con discapacidad. La Dra. Susana

Beghetti es el médico fisiatra que llevó a cabo el trabajo y dirigió APADISTA. (42)

En 1986 el Poder Ejecutivo crea la Comisión Nacional de Habilitación y Rehabilitación que funciona en el ámbito del MSP. (43)

En 2015 se creó el Área Programática Discapacidad y Rehabilitación (APDyR) dentro de la Dirección General de la Salud (DIGESA) en el MSP.

Desde esta área ministerial, y en concordancia con los OSN y los lineamientos de la OPS-OMS, se han realizado las siguientes acciones dirigidas a fortalecer la rehabilitación y generar insumos para la generación de redes y el Plan Nacional de RHB (3):

- Entre 2018 y el 2020 el MSP participó en el proyecto país: 'El derecho a la igualdad y no discriminación de las personas con discapacidad', un trabajo interinstitucional (Presidencia/AUCI, MIDES, BPS, ASSE, MSP, INE y sociedad civil (ALIANZA)) e Inter agencial de Naciones Unidas (OPS, UNFPA y ONUMujeres). En el marco del mismo proyecto anteriormente mencionado, las instituciones intervinientes, elaboraron y aprobaron un documento llamado 'Requisitos mínimos para garantizar el acceso a la salud de las personas con discapacidad en Uruguay', que oficia de mapa de ruta para mejorar esta temática, en el sistema de salud. (55)
- Se organizó y participó de dos seminarios internacionales de Rehabilitación Compleja en Uruguay (2018 y 2019) con el Centro de Rehabilitación SUNNAAS de Noruega con apoyo de OPS y la Fundación noruega Hjelpemiddelfondet, con participación de referentes de Paraguay, Bolivia, Ecuador y Uruguay.
- En el año 2018 se organizó el Seminario-taller "Formación a capacitadores en educación para las familias de pacientes post ACV", junto a técnicos del centro de neurorrehabilitación del Instituto Guttmann (Barcelona-España) y de expertos locales de la Facultad de Enfermería, de la unidad de ACV del Hospital de Clínicas y de la Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física del Hospital de Clínicas (UDELAR), patrocinado por AECID que buscó reforzar la capacitación en aspectos sanitarios de los recursos humanos de la licenciatura de enfermería con énfasis en el primer nivel de atención, y apoyar los cuidados y el manejo familiar de la persona que sufrió un ACV.
- En el año 2019 se construyó una cartilla para el seguimiento de la RHB de pacientes con ACV dirigida al paciente, su familia, cuidadores y equipo de salud, con el objetivo de servir de nexo entre la consulta inicial y el proceso de

rehabilitación (56)

- En ese mismo año se construyó además el “Manual para pacientes y su familia luego de un ataque cerebrovascular (ACV)”, trabajado en conjunto con técnicos de la unidad de ACV del Instituto de Neurología y de la Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física del Hospital de Clínicas, saliendo al paso de uno de los problemas asistenciales en Uruguay como es la fragmentación de la atención y la brecha en la continuidad asistencial luego del alta hospitalaria. Buscando a su vez, aportar y dotar de herramientas al personal de salud y a los cuidadores familiares para lograr una interacción organizada y humanizada que busque informar, educar, orientar y motivar. (57)
- Se ha realizado un primer relevamiento exploratorio de recursos y servicios en rehabilitación en salud física a nivel país en 2019.
- Desde 2018 a la actualidad se ha fortalecido a nivel internacional el intercambio y cooperación técnica con asesores de OPS, con centros de Rehabilitación referentes, como el Centro SUNNAAS de Noruega, y otros países con experiencia avanzada en la creación de redes asistenciales. Convenio marco internacional en rehabilitación compleja entre el MSP con el Hospital SUNNAAS de Noruega y el Hospital Banco de Seguros del Estado. (44)
- Se coorganizó y promovió en el 2021 la participación de profesionales de rehabilitación en el seminario binacional sobre Rehabilitación Compleja organizado por el gobierno de la República Popular China a través del Hospital Xi Yuan de Beijing.
- Se ha participado regularmente en los seminarios de OPS “Liderazgo en Rehabilitación” en 2021 y 2022.
- Se elaboraron guías con estándares mínimos y se realiza la capacitación de los prestadores de salud sobre accesibilidad de las personas con discapacidad a los servicios de salud. (45)
- En 2022 el APDR realiza la revisión y readecuación de los PIAS en RHB y medicina física, que fueron aprobados por DIGESA. Aún están en consideración de JUNASA para su aprobación e implementación en los prestadores del SNIS.
- En el año 2023 se elaboró la primera guía de Recomendaciones para la rehabilitación en salud post ACV en los Servicios de Salud, en la cual se destacan los principios fundamentales de la rehabilitación de calidad en salud. (46)

- Con el apoyo de DIGECOOR se realizó entre 2023 y 2024 el segundo relevamiento de recursos y servicios de rehabilitación en salud física de los prestadores públicos y privados, integrales y no integrales a nivel país.
- Coordinación y articulación de acciones entre MSP, MIDES y BPS:
 - Proyecto de Baremo Único Nacional de Discapacidad.
 - Visitas conjuntas en territorio a departamentos para evaluar recursos y potencial para promover y mejorar servicios de rehabilitación. Intercambios sobre cómo mejorar coordinación asistencial de RHB pediátrica en la red pública de servicios.
 - Elaboración de las Guías sobre accesibilidad para las personas con discapacidad en los servicios de salud, incluyendo un fascículo específico para personas con TEA y capacitación online, al personal de salud del SNIS. (45)
- Desde el SNIS/JUNASA en el año 2024 se incluyó por primera vez una meta asistencial relacionada a la rehabilitación, promovida desde el Área Programática Discapacidad y Rehabilitación y la División Servicios de Salud del MSP; que obliga a los prestadores a elaborar un plan de rehabilitación antes del alta hospitalaria luego de un ataque cerebrovascular. (61)

2.2

En el ámbito asistencial, docente y de investigación

En 1947 luego de visitar varios centros de rehabilitación en EE. UU., el Profesor Mario Cassinoni crea en la Facultad de Medicina – UdelaR, la Cátedra de Medicina Física, actualmente Rehabilitación y Medicina Física. En sus inicios, la rehabilitación se centraba en la recuperación física después de una lesión o enfermedad. Luego de la Primera y Segunda Guerra Mundial, la rehabilitación adquirió un papel importante en la atención de los soldados heridos, centrándose en la recuperación física y la reintegración en la sociedad. Ambos hechos en nuestro país no tuvieron un impacto trascendental, pero si se desarrolla la rehabilitación con el concepto de inclusión en la sociedad. (47, 48)

En 1950 a instancias del Prof. Cassinoni, con el fin de formar personal de apoyo calificado para el Hospital Universitario y otros servicios de salud, crea la Escuela de Colaboradores del Médico, más tarde denominada Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Su primer responsable el Dr. Eugenio Foulquet, una de las carreras fundadoras, es la de Técnico en Fisioterapia, en 1953 y en 1956 el curso de auxiliar en Fonoaudiología.

En el año 1953, con la inauguración del Hospital de Clínicas, el Profesor Álvaro Ferrari Forcade organiza y pone en funcionamiento el Departamento de Fisiatría. Luego de su participación en la reunión de expertos de OPS en 1963 en Chile, asienta las bases de la especialidad de Fisiatría y Rehabilitación a nivel nacional y en América Latina.

En 1955 la epidemia de poliomielitis desborda las estructuras asistenciales tanto en los servicios públicos y privados lo que motiva y determina que el Dr. Ricardo Caritat emprenda una cruzada con la finalidad de levantar un Centro de atención en rehabilitación, para el niño con discapacidad neuro motriz en el Hospital Pereira Rossell. Se constituye de esta forma el actual Servicio de ortopedia Infantil apoyado financieramente por una Asociación Civil: La Cruzada por el Niño Lisiado Dr. Caritat.

A partir de la década de 1960, con el advenimiento de la medicina basada en la evidencia y el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, la rehabilitación comenzó a adoptar un enfoque más integral. Se empezó a considerar el abordaje biopsicosocial. (49)

En 1969, luego de la reunión de expertos de OPS en Chile, se asientan las bases de la especialidad de Fisiatría y Rehabilitación a nivel nacional y en América Latina, con la creación de la Asociación Latinoamericana de rehabilitación.

En el año 1969 se comienza a esbozar los primeros indicios del desarrollo de la Terapia Ocupacional en el Uruguay, con la apertura de talleres de Terapia Ocupacional, que dependían del Departamento de Fisiatría del Hospital de Clínicas. El mismo estaba ubicado en el primer subsuelo (Basamento), donde se desarrollaban actividades de laborterapia con pacientes que se encontraban internados en el hospital.

En 1973 se publica el Libro "Fisiatría" de A. Ferrari y F. de Castellet, que constituye un texto referente en nuestro país y América Latina sobre Semiología, Fisioterapia y Rehabilitación. (50)

En 1978 se cambia la denominación de la Escuela de colaboradores del médico a "Escuela de Tecnología Médica". En ese mismo año comienza la carrera de

Psicomotricidad y en 2002 primera etapa de Terapia Ocupacional que se concreta regularmente a partir de 2012 en la Escuela Universitaria de Tecnología Médica; así como el desarrollo de la Neuropsicología, la Psicología Médica y Trabajo Social, integrándose al equipo de Rehabilitación.

En el plano educativo son significativos los aportes de maestros/as especializados/as, psicopedagogos/as y profesores de educación física. (12, 51)

En nuestro país, en el año 1992 comenzó a funcionar la primera unidad de internación destinada a Rehabilitación integral del paciente con deficiencias neurológicas severas potencialmente discapacitantes. Es una Unidad de desarrollo docente, asistencial y de investigación ubicada en el segundo piso 2 del Hospital de Clínicas-Instituto de Neurología. Posee una integración multidisciplinaria de la que participan las Cátedras de Rehabilitación y MF, Neurología, Neurocirugía, Neuropediatría, Enfermería especializada y el Equipo de Rehabilitación del Dpto. de Rehabilitación y MF (Médico, Lic. en Fisioterapia, Laborterapia, Psicología Médica y Trabajo Social). (52, 53)

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF), que puso de relieve la importancia de la interacción entre la salud de una persona y su entorno en la determinación de su funcionamiento. Este fue un hito importante en la evolución de la rehabilitación, ya que subrayó la necesidad de un enfoque biopsicosocial que tenga en cuenta todos los aspectos de la vida de una persona. (12)

En Julio del 2003 son aprobados los estatutos de la Fundación Teletón, para la Creación del Centro Nacional de Rehabilitación Pediátrica de alta complejidad para niños y adolescentes de 0 a 18 años de todo el país, y el 29 de octubre de ese mismo año se declara de interés Ministerial. En mayo de 2006 comienza a funcionar el centro de Montevideo. (54)

En 2006 se inicia un servicio de rehabilitación multidisciplinario en el Centro de rehabilitación Casa de Gardel/ASSE.

En 2010 en Maldonado, con el apoyo de la Intendencia departamental, comienza a funcionar el Centro de Rehabilitación de alta Complejidad (CEREMA), para personas mayores de 15 años.

En 2012 en Fray Bentos se inaugura el segundo centro de rehabilitación infantil Teletón.

En el año 2014 se funda el Centro Nacional de Apoyos Técnicos y Tecnológicos (CENATT), pertenece a la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (SNCD) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Tiene como objetivo efectivizar los derechos de las personas con discapacidad de todo el territorio nacional, que se encuentren en situación socioeconómica vulnerable y/o sin otras coberturas sociales, a través de la entrega de los distintos productos de apoyo. Cuenta con algunas áreas: laboratorio de ortopedia técnica, área de taller de calzado ortopédico, área de apoyos técnicos, taller de reparación, mantenimiento y diseño.

En 2018 el BPS inaugura el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER).

En 2022 comienza a trabajar el servicio de Rehabilitación Neurológica del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, dependiente del Instituto de Neurología, siendo una unidad docente asistencial de varias carreras de la Facultad.

En 2022 el Hospital del Banco de Seguros del Estado, luego de un proceso de fortalecimiento institucional logra la acreditación en Calidad en Rehabilitación por la Comisión on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF) de los Programas Internación, Dolor y Rehabilitación Ocupacional.

Existen otras instituciones vinculadas a la rehabilitación que cumplen funciones variadas y relevantes; que van desde la atención en salud, educación, programas de ayudas técnicas, orientación e información laboral, talleres de producción y servicios, actividades deportivas y recreativas.

Productos de apoyo y tecnologías asistivas

3.1

Lista de productos de apoyo prioritarios propuestos para Uruguay

En la lista de GATE figuran 50 productos de apoyo prioritarios, cuya selección se ha basado en el grado en que se necesitan y en los beneficios que reportan a sus usuarios. No obstante, desde OMS, no se pretende que esta lista sea cerrada, sino más bien que sirva de modelo para que cada Estado Miembro establezca su propia lista nacional de productos de apoyo prioritarios en función de sus necesidades y de los recursos de que disponga. Además, puede orientar el desarrollo y la fabricación de productos, la prestación de servicios, la estructuración y facilitación del mercado, la adquisición de productos y las políticas de reembolso (incluida la cobertura de los seguros de enfermedad). (28)

Se confeccionó una lista en consonancia con GATE generada por OMS y adaptada a las necesidades de nuestro país como aporte al Plan Nacional de Rehabilitación. Se llegó a la misma por consenso entre todos los participantes del grupo asesor para la línea estratégica 4 y todo el equipo redactor. No pretende ser una lista cerrada y deberá acompañar y ser actualizada acorde a los cambios científico-tecnológicos. Se ordenan utilizando los mismos números que la iniciativa GATE.

1. Bastones
2. Sillas de ducha, baño, sillas posturales para la ducha y reposeras de baño
3. Férulas para pies equinovaros
4. Tableros, libros, tarjetas de comunicación
5. Software de comunicación
6. Muletas axilares / codo
7. Detectores de caída
8. Pasamanos / barras de apoyo
9. Productos absorbentes para la incontinencia
10. Software emulador de teclado y ratón
11. Lupas electrónicas portátiles
12. Lupas
13. Ortesis de miembro inferior
14. Ortesis de columna vertebral
15. Ortesis de miembro superior
16. Almohadones antiéscaras
17. Colchones antiéscaras
18. Prótesis de miembro inferior
19. Rampas portátiles
20. Andadores de 4 ruedas
21. Tabla / mesa de bipedestación ajustable
22. Calzado terapéutico, para pie diabético, pie neuropático, pie ortopédico
23. Triciclos
24. Andadores
25. Sillas de ruedas manuales para usuarios activos
26. Sillas de ruedas manuales controladas por asistente con y sin control postural
27. Sillas de ruedas eléctricas con control postural
28. Sillas de ruedas eléctricas

Se proponen, además:

- Prótesis de Miembro Superior
- Camas articuladas
- Lifter o elevadores manuales y a batería
- Respaldos hidráulicos
- Lentes

La evaluación, prescripción y el entrenamiento para el correcto uso: debe ser realizada por personal especializado; de preferencia en las Unidades Estratégicas interdisciplinarias móviles de PA o en los Centros terciarios de Rehabilitación.

Unidades o equipos estratégicos para productos de apoyo

Objetivo: Asegurar, a las personas que requieren productos de apoyo, el acceso oportuno, adecuado y el correcto entrenamiento para el uso y cuidado de estos.

Ubicación geográfica y física, distribución: Planteamos que las sedes estén distribuidas mediante regionalización progresiva en 2 a 3 etapas. Por ejemplo, al inicio en 1 al norte y 1 Sur del Río Negro y luego 4, según densidad de población, complejidad de las necesidades del usuario - productos de apoyo y otras. Estas sedes estarían centralizadas en Montevideo y con los Centros de Rehabilitación Terciarios.

Articulación en red con amplia comunicación, que permita la referencia y contrarreferencia, según complejidad del binomio usuario-producto de apoyo.

Integrantes: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, personas con experiencia previa (competencia notoria), ortesista, médico de preferencia especialista en Rehabilitación, Fonoaudióloga/o con experiencia en Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA), neuropsicólogo/a. La integración de estos equipos será acorde a la planificación previa con los usuarios en el lugar que se hará la intervención. Por ej. si la persona necesita un software adaptado tiene que participar quien realice CAA entre otros.

Funcionamiento y funciones:

Se plantea que los equipos interdisciplinarios sean móviles, en especial los de alta especialización, rotando según la regionalización adoptada. En estas sedes regionales se podría dar respuesta a todos los usuarios, incluyendo los PA de baja, mediana y alta complejidad.

Se considera importante ir desarrollando en forma progresiva por lo menos un equipo por departamento, que asegure el acceso a PA de mediana y baja complejidad, por ej.: férulas de posición, órtesis de miembros que mejoran la función, ayudas técnicas y adaptaciones para la vida diaria (independencia, autonomía y autocuidado), bastones, andadores, almohadones y colchones antiéscaras, otros. Para los PA considerados de baja complejidad, es también de capital importancia la correcta evaluación, prescripción, entrenamiento y supervisión en el uso adecuado

del mismo.

En el caso de PA de alta complejidad es necesario que la prescripción y entrenamiento sea realizada por equipos altamente especializados en centros de rehabilitación terciarios para Rehabilitación Compleja.

Funciones del equipo:

- Realizar la evaluación especializada que permita la prescripción correcta, las pruebas y modificaciones necesarias.
- Asegurar que el usuario realice el entrenamiento adecuado para optimizar su utilización y evitar complicaciones.
- Capacitar a familiares y cuidadores acerca del buen uso y cuidados de los productos de apoyo; mediante la educación e información verbal y/o apoyada con materiales impresos e inclusivos.
- Realizar seguimiento del binomio usuario - PA, para verificar el correcto uso, adecuar, modificar en caso necesario y según evolución de la persona a lo largo del tiempo.
- Seguimiento al producto en sí mismo, para su reutilización.



Dirección:
Avda. 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Teléfono: 1934



msp.gub.uy