

**Manual para usuarios del trámite  
Relevamiento de servicios de rehabilitación  
física en los Prestadores de Servicios de Salud**

**DIGESA-Área Programática Discapacidad y  
Rehabilitación**



**Ministerio  
de SALUD**

<b>1. Descripción del Trámite .....</b>	<b>3</b>
<b>1. ¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite? .....</b>	<b>3</b>
<b>2. ¿Qué requerimientos necesito para poder realizar este trámite en línea? ..</b>	<b>3</b>
<b>3. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite? .....</b>	<b>4</b>
<b>Paso 1 – Descargar el Formulario .....</b>	<b>4</b>
<b>Paso 2 – Completar el Formulario .....</b>	<b>4</b>
<b>Paso 3 – Enviar el formulario completo .....</b>	<b>7</b>
<b>5. ¿Dónde puedo realizar consultas? .....</b>	<b>7</b>
<b>6. Información – Soporte de Activos .....</b>	<b>8</b>

## 1. Descripción del Trámite

Se trata de una Declaración Jurada que deben realizar los Prestadores Integrales de Salud del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con el objetivo de relevar información sobre servicios de rehabilitación física que brindan y las características de la población que atienden cada uno de ellos y los servicios con que cuentan.

**La Información que se solicita a cada Prestador de Salud posee valor de Declaración Jurada.**

### 1.¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite?

Se requiere descargar el formulario **FO-13120-008 Relevamiento de Servicios de Rehabilitación física en los Prestadores de Salud del SNIS** del siguiente link:  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/tramites-y-servicios/formularios>

### 2.¿Qué requerimientos necesito para poder realizar este trámite en línea?

- Descargar el formulario FO-13120-008 Relevamiento de Servicios de Rehabilitación física en los Prestadores de Salud del SNIS
- Completar el formulario, según las indicaciones del punto 4.
- Firmar y sellar el formulario completo por el Responsable de la Institución de Salud.
- Remitir el formulario completo por:
  - Correo electrónico a: [relevamientoserviciosrehabilitacion@msp.gub.uy](mailto:relevamientoserviciosrehabilitacion@msp.gub.uy)
  - Enviando en sobre cerrado y correctamente identificado a:  
Área programática Discapacidad y Rehabilitación del Ministerio de Salud Pública - DIGESA – Uruguay - Montevideo: 18 de julio 1892- Piso 4º Anexo.

### **3. ¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite?**

#### **Paso 1 – Descargar el Formulario**

Descargar el formulario FO-13120-008 Relevamiento de Servicios de Rehabilitación física en los Prestadores de Salud del SNIS.

#### **Paso 2 – Completar el Formulario**

Completar el formulario con los datos requeridos, que se detallan a continuación:

**Fecha:** Se deberá registrar la fecha en que se firma el formulario con la información que la Institución de salud considera como válida, para informar al Ministerio de Salud.

**Institución:** Se marcará el nombre del prestador de salud al que refiere la información que se informa, eligiéndolo de la lista desplegable.

**Nombre del Servicio:** Seleccione el nombre del Servicio de Rehabilitación Física del prestador

**Director del Servicio:** Nombre y apellido del responsable del Servicio de Rehabilitación Física de la Institución.

**Dependencia Jerárquica:** Explicitar de quien depende jerárquicamente el director del servicio de rehabilitación física en la Institución.

- 1. Población que atiende:** Se deberá informar contestando SI o NO en la casilla correspondiente caracterizando la población que atiende tanto de adultos, como de niños; especificando el rango de edades de las personas que atiende de cada grupo.
- 2. Otras Instituciones que derivan o referencian pacientes al servicio:** Se deberá contestar SI o NO; en caso afirmativo se deberá registrar la lista de instituciones que derivan o referencian pacientes para ser atendidos en esta Institución.
- 3. Tercerización de Servicios:** Se deberá enumerar las prestaciones en rehabilitación física que la institución contrata o referencia a servicios externos a la misma, y explicitar el nombre de las instituciones que lo realizan.
- 4. Departamentos de procedencia de los usuarios:** Se deberá marcar con SI o NO, los departamentos geográficos de residencia de donde provienen los usuarios que se atienden en esta institución.

**5. Opciones del usuario para agendar la primera consulta:** Se deberá informar marcando con SI o NO en la casilla correspondiente, caracterizando las diferentes opciones que utiliza la institución habitualmente para agendar la primera consulta.

**6. Accesibilidad física al Servicio de Rehabilitación:** Se deberá informar optando por SI, NO O ALGUNOS en la casilla correspondiente si la institución cuenta con:

- Baños con accesibilidad para pacientes usuarios de sillas de ruedas.
- Consultorios con accesibilidad para pacientes usuarios de sillas de ruedas.
- Accesibilidad a pisos altos para pacientes usuarios de sillas de ruedas.
- Accesibilidad a gimnasio para pacientes usuarios de sillas de ruedas.
- Accesibilidad en la entrada de la institución y para la circulación por los pasillos para personas con sillas de ruedas.
- Accesibilidad en la entrada de la institución y para la circulación por los pasillos para personas ciegas.
- Existencia de señalización accesible para personas ciegas.
- Existencia de numeradores auditivos para personas con baja visión.

**7. Accesibilidad en la recepción del paciente:** Se deberán registrar algunos datos acerca de cómo se realiza la recepción de los pacientes que concurren a estos servicios, utilizando las opciones SI o NO.

**7.1. Intérprete.** Informar si el servicio o la institución cuenta en el personal con intérpretes de lengua de señas o personas hablantes de lengua de señas

**7.2. Prioridad en la agenda.** Informar si el servicio o la institución cuenta con algún procedimiento específico para asignarle prioridad a la persona con discapacidad en la agenda, o reducirle los tiempos de espera en la consulta.

**8. Primer contacto con el equipo asistencial. ¿Quién lo ve?** Se deberá explicitar qué técnicos hacen el primer contacto con la persona que es derivada a rehabilitación física, mediante las opciones SI o NO.

**9. Características de la Atención.**

**9.1. Tipo de Atención:** Se deberá informar acerca del tipo de atención que ofrece la institución para la rehabilitación física. ¿Lo realizan profesionales de forma individual o se propone un trabajo coordinado desde un equipo interdisciplinario? Utilice las opciones SI o NO

**9.2. Profesionales habilitados para indicar.** Se deberá especificar de forma exhaustiva ¿Cuáles son los profesionales y técnicos que están habilitados por la institución para indicar un tratamiento de rehabilitación física?

- 9.3. Costos.** Se deberá informar el costo que se requiere para acceder a los tratamientos de rehabilitación física, discriminados por costo, tipo y cantidad de sesiones a las que se accede.
- 9.4. Duración.** Se deberá informar acerca del plazo máximo de extensión que tienen los tratamientos de rehabilitación física, que brinda la institución a personas con algún tipo de patología crónica (Ejemplo: ACV, artrosis, dolor crónico, etc.).
- 9.5. Protocolos que utiliza.** El Servicio deberá informar si utiliza o no protocolos de atención para el tratamiento de alguna patología específica. En caso de utilizarlos deberá especificar el nombre de los mismos.
- 9.6. Evaluación de Resultados.** El Servicio deberá informar si utiliza o no algún método de evaluación de los resultados para los tratamientos. En caso, de utilizarlos, se deberán especificar los mismos.
- 10. Recursos Humanos con los que cuenta:** Se deberá informar sobre los recursos humanos con qué cuenta el servicio, discriminándolos por tipo, cantidad de técnicos y cantidad de horas semanales asignadas.
- 11. Equipamientos e instalaciones:** Se deberá informar marcando con SI o NO en la casilla correspondiente la existencia o disponibilidad de las diferentes opciones que se proponen.
- 12. Prestaciones que ofrece el Centro:** Se deberá informar marcando con SI o NO si el servicio brinda o no las diversas prestaciones que se enumeran. Se deberá explicitar a su vez, la modalidad correspondiente a las mismas, utilizando las opciones Propia, Tercerizada ó Ambas según la modalidad con la que realice la provisión de las mismas.
- En el punto **12.8 Ubicación Geográfica de los Servicios de Rehabilitación Física**, se deberá explicitar la ubicación geográfica de los distintos servicios e instalaciones de rehabilitación física que dispone la institución. Si los mismos no estuvieran centralizados en un solo lugar, se deberán explicitar los diferentes lugares donde se realizan dichas prestaciones aclarando departamento, localidad y dirección para cada uno.

### 13. Características del Centro:

**13.1. Dificultades:** Se deberá describir de forma sintética las principales dificultades que tiene el servicio para prestar la atención de forma adecuada.

**13.2. Proyectos:** Se deberá informar acerca de los nuevos proyectos y desarrollos que tiene la institución para la mejora de este servicio.

**14. Responsable institucional de la información:** Dada la importancia de lograr una información fidedigna para este Ministerio, se requiere proporcionar claramente los datos y la firma de la persona que representa a la institución, así como el sello correspondiente institucional que identifique al prestador.

**IMPORTANTE: La información contenida en este documento, está regida por lo dispuesto en el Artículo 239 del código Penal que reza: (Falsificación ideológica por un particular) “El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad o estado, o cualquier otra circunstancia de hecho será castigado con 3 a 24 meses de prisión”.**

## Paso 3 – Enviar el formulario completo

El formulario completo debe ser remitido por los siguientes medios:

- Correo electrónico a: [relevamientoserviciosrehabilitacion@msp.gub.uy](mailto:relevamientoserviciosrehabilitacion@msp.gub.uy)
- Enviando en sobre cerrado y correctamente identificado a:  
En Montevideo: Área programática Discapacidad y Rehabilitación del Ministerio de Salud - DIGESA – Uruguay - 18 de julio 1892- Piso 4º Anexo A.

## 5. ¿Dónde puedo realizar consultas?

- Por correo electrónico a: [relevamientoserviciosrehabilitacion@msp.gub.uy](mailto:relevamientoserviciosrehabilitacion@msp.gub.uy)
- Personalmente en: Área programática Discapacidad y Rehabilitación del Ministerio de Salud - DIGESA – Montevideo - 18 de julio 1892- Piso 4º Anexo, de lunes a viernes en el horario de 9 a 15hs.
- Telefónicamente: Tel 1934 int 4258, de lunes a viernes en el horario de 9 a 15hs.

## 6. Información – Soporte de Activos

Activo: Catálogo de Trámites

Criticidad (Alta/Media /Baja): Alta

Código del documento: MA-13120-001

Versión: 01

Elaborado por: Adriana Alvarez

Fecha: 25/04/2019

Gerencia Área Calidad y Gestión del Cambio- Mejora Continua

Revisado por: Agustín Bergeret

Fecha:26/04/2019

Área Programática Discapacidad y Rehabilitación

Aprobado por: Juan Lacuague

Fecha:26/04/2019

Director Área Programática Discapacidad y Rehabilitación