



Ministerio
de Salud Pública

Instructivo para usuarios del trámite

Trámite: Segundo Relevamiento Sobre Rehabilitación Física
en Uruguay SERVICIOS

Dirección General de la Salud- Área Programática
Discapacidad y Rehabilitación
Dirección General de Coordinación



Índice

Trámite: Segundo Relevamiento Sobre Rehabilitación Física en Uruguay SERVICIOS.....	1
1. Manual para usuarios del trámite.....	3
Descripción del Sistema.....	3
¿Qué requisitos previos debo cumplir para la realización del trámite?.....	3
¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite en línea?.....	3
Inicio de Trámite.....	3
Paso 1: Cláusula de Consentimiento informado.....	5
Paso 2: Datos del Servicio.....	6
Paso 3: Datos generales.....	10
Paso 4: Datos de accesibilidad.....	15
Paso 5: Descargar Formulario completado.....	16
¿Dónde puedo hacer seguimiento de mis Trámites?.....	17
¿Dónde puedo realizar consultas?.....	17

1. Manual para usuarios del trámite

Descripción del Sistema

El trámite está dirigido a los prestadores integrales y no integrales de salud, públicos y privados, cuyo formulario tiene carácter de Declaración Jurada. El trámite tiene el objetivo de relevar información sobre todos los servicios de rehabilitación física que brindan estos prestadores, sean internos o externos, así como las características de la población que atienden y los servicios con que cuentan.

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

Contar con Usuario gub.uy u otro medio de identificación electrónica o proveedor de identidad como ser:

- Cédula de Identidad digital (es necesario contar con lector de cédula).
- Identidad Mobile – Abitab.
- TuID – Antel.

¿Cuáles son los pasos que debo seguir para realizar este trámite en línea?

Inicio de Trámite

Para iniciar el trámite, es preciso loguearse en el sistema de Simple, localizar el trámite “Segundo Relevamiento sobre Rehabilitación Física en Uruguay - DIGESA (Discapacidad y Rehabilitación) – DIGECOOR. SERVICIOS” y presionar el botón “Iniciar”.



Figura 1 – Localizar el trámite.

A continuación, se describen los diferentes pasos para la realización de este trámite. En cada formulario, los campos que presentan un asterisco (*) negro indican que son requeridos.

Paso 1: Cláusula de Consentimiento informado.

Al inicio del trámite se presentan las secciones de identificación y al final del paso 1 la cláusula de consentimiento.

Segundo Relevamiento sobre Rehabilitación Física en Uruguay DIGESA (Discapacidad y Rehabilitación) - DIGECOOR. Servicios

Figura 2 – Título del trámite.

Cláusula de consentimiento informado

Los campos indicados con * son obligatorios.

Cláusula de consentimiento informado

"De conformidad con la Protección de Datos Personales y Acción de Habeas Data (LPDP), Ley n.º 18.331 del 11 de agosto de 2008, los datos suministrados por usted quedarán incorporados en una base de datos, la cual será procesada exclusivamente para la siguiente finalidad:
Realizar el segundo relevamiento de servicios de rehabilitación física en Uruguay
a cargo del Área programática Discapacidad y Rehabilitación de la Dirección General de la Salud y de la Dirección General de Coordinación.

El responsable de la base de datos es el Ministerio de Salud Pública (MSP) de Uruguay, y la dirección donde podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, actualización, inclusión o supresión es Av.18 de Julio 1892, piso 4, Montevideo, según lo establecido en la LPDP.
En caso de servicios digitales, su cédula de identidad quedará vinculada al trámite que está realizando, de forma de facilitar su consulta y monitoreo. Podrá gestionar su funcionamiento y obtener información adicional en la opción "Mi Perfil" ingresando a <https://www.gub.uy>"

Términos de la cláusula*: Acepto los términos
 No acepto los términos.
En caso de no aceptar los términos, no se podrá continuar con el trámite.

Figura 3 – Cláusula de consentimiento informado.

Nota: La Cláusula de consentimiento debe ser aceptada para poder continuar el trámite.

Paso 2: Datos del Servicio.

Este paso consta de 3 secciones principales: datos de institución/servicio, domicilio del servicio y datos de contacto del servicio.

- 1- “Datos de institución/servicio” (en el campo “Tipo de Institución” se debe seleccionar una de las opciones listadas)

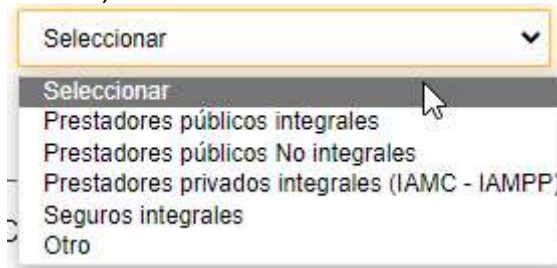


Figura 4 – Campo Tipos de Institución.

- 1.1. Si se selecciona “Prestadores públicos integrales” aparece la nueva sección “Prestadores públicos integrales” donde deberá seleccionar lo que corresponda en el menú que se despliega.

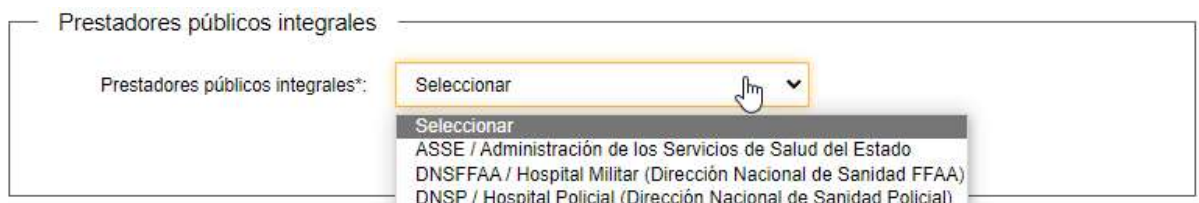


Figura 5 – Campo Prestadores públicos integrales.

- 1.2. Si se selecciona “Prestadores públicos No integrales” aparece la nueva sección “Prestadores públicos No integrales” donde deberá seleccionar lo que corresponda al menú que se despliega.

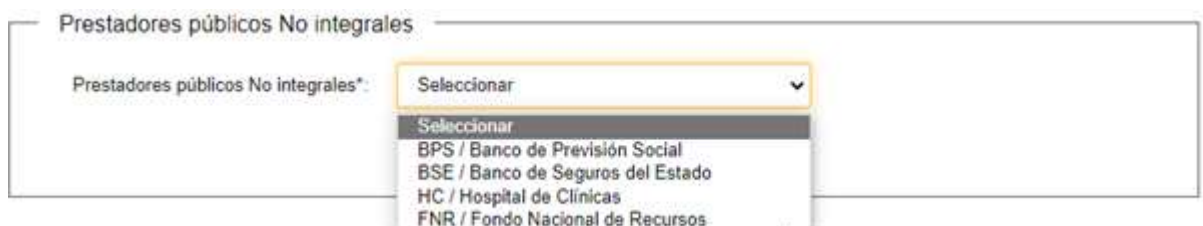


Figura 6 – Campo Prestadores públicos No integrales.

- 1.3. Si se selecciona “Prestadores privados integrales (IAMC-IAMPP)” aparece la nueva sección “Prestadores privados integrales – Departamento *” (se debe tener seleccionado un departamento).



Datos institución/servicio

Tipo de institución*: Prestadores privados integrales (IAMC - IA ▼

Domicilio del servicio

Departamento*: Montevideo ▼

Localidad*: Seleccionar ▼

Calle*:

Número*:

Prestadores privados integrales

Prestadores privados integrales - Montevideo*: Seleccionar ▼

Nombre del servicio*:

- Seleccionar
- AESP / Asociación Española Primera de Socorros Mutuos
- CASMU / (CASMU-IAMPP)
- CCOU / CIRCULO CATOLICO
- COSEM / Cooperativa de Servicios Médicos
- CUDAM / Centro Uruguayo de Asistencia Médica
- GREMCA / Gremial Médica Centro Asistencial
- MHE / Mutualista Hospital Evangélico
- MUCAM / Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica
- SMI / Servicio Médico Integral
- UNIVERSAL / Universal Sociedad de Producción Sanitaria
- HOSPITAL BRITÁNICO / La Sociedad Hospital Británico en el Uruguay
- CRAME / Cooperativa Regional de Asistencia Médica del Este
- MEDICARE / Copamhi Asociación Civil
- MP / Medicina Personalizada
- Seguro Americano
- SUMMUM / Summum Medicina Privada S.A.
- BLUE CROSS & BLUE SHIELD
- Sanatorio Americano

Datos de contacto del servicio

Teléfono*:

Otro teléfono*:

Correo electrónico*:

Figura 7 – Campo Prestadores privados integrales.

1.4. Si se selecciona “Seguros integrales” aparece la nueva sección “Seguros integrales”. (se debe tener seleccionado un departamento).



Datos institución/servicio

Tipo de institución*: Seguros integrales

Domicilio del servicio

Departamento*: Montevideo

Localidad*: Montevideo

Calle*:

Número*:

Seguros integrales

Seguros integrales Montevideo*:

Nombre del servicio*:
Seleccionar
BLUE CROSS & BLUE SHIELD
HOSPITAL BRITÁNICO
MEDICARE / Copamhi Asociación Civil
MP / Medicina Personalizada
SANATORIO AMERICANO
SUMMUM

Figura 8– Campo Seguros integrales.

1.5. Si se selecciona “Otro” se debe seleccionar si “¿Tiene personería jurídica? ”

¿Tiene personería jurídica? *: Sí
 No

Figura 9 – Personería jurídica.

Al seleccionar un departamento aparece la nueva sección “Otro”. (esta nueva sección siempre contendrá el campo “Otro - Departamento *)”).

Datos institución/servicio

Tipo de institución*: Otro ▼

¿Tiene personería jurídica?*: Sí
 No

Domicilio del servicio

Departamento*: Durazno ▼

Localidad*: Seleccionar ▼

Calle*:

Número*:

Otro

Otro - Durazno*: Seleccionar ▼

Nombre del servicio*: ASOCIACION DE IMPEDIDOS DURAZNENSES (ADID)
FUNDACION SAN ANTONIO DE PADUA (FUSAP)
Otro

Figura 10 – Campo Otro. Listado desplegable.

Dentro de Otro se encuentra la opción Otro que despliega campos (“Especifique Otro” y “Nombre del servicio”) para ser completados por el usuario.



Datos institución/servicio

Tipo de institución*: Otro

¿Tiene personería jurídica? *: Sí No

Domicilio del servicio

Departamento*: Durazno

Localidad*: Seleccionar

Calle*:

Número*:

Otro

Otro - Durazno*: Otro

Especifique Otro*:

Nombre del servicio*:

Figura 11 – Campo Otro. Especificación manual.

En cualquiera de los dos casos anteriores luego se despliega la sección:

2- “Domicilio del servicio”.

Domicilio del servicio

Departamento*:

Localidad:

Calle*:

Número*:

Figura 12– Domicilio del servicio.

Se debe ingresar los datos de Departamento, localidad, calle y número.

- 3- “Datos de contacto del servicio” es la tercera sección de este paso. Se debe ingresar los datos de teléfono, otro teléfono, correo electrónico y confirmación de correo electrónico.

Datos de contacto del servicio

Teléfono*:

Otro teléfono:

Correo electrónico*:

Confirmación de correo electrónico*:

Figura 13– Datos de contacto del servicio.

Notas:

- a) El botón “Guardar y Cerrado” que se muestra debajo del formulario en cada paso permite que el usuario pueda guardar el trámite para continuar completándolo más tarde.
- b) El botón “Volver” permite regresar a la página anterior y el botón “Siguiente” pasar a la próxima página del trámite.



Segundo Relevamiento sobre Rehabilitación Física en Uruguay DIGESA (Discapacidad y Rehabilitación) - DIGECOOR. Servicios



Datos del Servicio

Los campos indicados con * son obligatorios.

Datos institución/servicio

Tipo de institución*:

¿Tiene personería jurídica? *: Sí No

Domicilio del servicio

Departamento*:

Localidad*:

Calle*:

Número*:



Otro

Otro - Durazno*:

Especifique Otro*:

Nombre del servicio*:

Datos de contacto del servicio

Teléfono*:

Otro teléfono*:

Correo electrónico*:

Confirmación de correo electrónico*:

[← Volver](#)

Figura 14 – Datos del Servicio.

NOTA: Coloque el texto “NO TIENE” si el servicio no tiene un nombre específico.

Paso 3: Datos generales

En este paso se indican los datos generales del servicio.

- Sección primera: Datos generales.
- Sección segunda: RRHH del Servicio.
- Sección tercera: Datos selección “categoría seleccionada en la sección anterior”.
- Sección cuarta: Equipos e instalación de servicios.

Sección primera: Datos generales



Datos Generales

Nombre de Director/a o Responsable del servicio*:

Identifique el/los rango/s de edad/es de la población que atiende el servicio*:

- 0-5
- 6-11
- 12-14
- 15-19
- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-64
- 65 y más

¿Qué cantidad de personas atiende este servicio mensualmente?*:

Promedio mensual de personas atendidas por rehabilitación física en el servicio*:

Promedio mensual de consultas médicas por rehabilitación física en el servicio*:

En RHB física, la atención específica en consultorio que ofrece la institución, ¿es individual o en equipo?*:

¿La institución cuenta con más de un local/servicio para brindar RHB física?*: Sí No

Figura 15 –Datos generales.

Se debe ingresar información válida en todos los campos requeridos de esta sección. Si en la pregunta sobre la cantidad de personas que atiende el servicio mensualmente la respuesta es “No sabe”, coloque 0 en el promedio mensual de personas atendidas mensualmente y en el promedio mensual de consultas médicas.

En el último campo “¿La institución cuenta con más de un local/servicio para brindar RHB física?” si se selecciona “SÍ” se mostrará el siguiente campo:

¿La institución cuenta con más de un local/servicio para brindar RHB física?*: Sí No

Especifique cuántos locales/servicios posee la institución para brindar RHB física a sus usuarios*:

Figura 16 –Campo desplegado con respuesta Sí a “Institución cuenta con más de un local/servicio para brindar RHB física”.



Sección segunda: RRHH del Servicio

RRHH del Servicio

¿Qué profesionales en su institución indican los tratamientos de rehabilitación física?*

- Licenciado en Enfermería
- Licenciado en Fisioterapia
- Licenciado en Fonoaudiología
- Licenciado en Neuropsicología
- Licenciado en Nutrición
- Licenciado en Psicología
- Licenciado en Psicopedagogía
- Licenciado en Terapia Ocupacional
- Licenciado en Trabajo Social
- Licenciado Psicomotricista
- Médico Cirujano plástico
- Médico Deportólogo
- Médico General
- Médico Internista
- Médico Neurólogo
- Médico Neuropediatra
- Médico Psiquiatra
- Médico Rehabilitador (Fisiatra)
- Médico Reumatólogo
- Médico Traumatólogo y Ortopeda
- Médico Urólogo
- Auxiliar Enfermería
- Maestra Especializada
- Profesor Educación Física
- Técnico Ortoprotésista
- Otros

Figura 17 – RRHH; Indicación de tratamientos de RHB física.

Esta pregunta es de múltiple opción independiente de la siguiente consulta.



Identifique de la siguiente lista las categorías de RRHH con los que cuenta este servicio*:

- Licenciado en Enfermería
- Licenciado en Fisioterapia
- Licenciado en Fonocardiología
- Licenciado en Neuropsicología
- Licenciado en Nutrición
- Licenciado en Psicología
- Licenciado en Psicopedagogía
- Licenciado en Terapia Ocupacional
- Licenciado en Trabajo Social
- Licenciado Psicomotricista
- Médico Cirujano plástico
- Médico Deportólogo
- Médico General
- Médico Internista
- Médico Neurólogo
- Médico Neuropediatra
- Médico Psiquiatra
- Médico Rehabilitador (Fisiatra)
- Médico Reumatólogo
- Médico Traumatólogo y Ortopeda
- Médico Urólogo
- Auxiliar Enfermería
- Maestra Especializada
- Profesor Educación Física
- Técnico Ortoprotésista
- Otros

Figura 18 – RRHH; Indicación de categorías de RRHH con las que cuenta el servicio.

Esta pregunta es de múltiple selección y según la cantidad de opciones que se marquen se desplegarán a continuación igual número de secciones “Sección tercera: Datos selección “categoría seleccionada en la sección anterior”.

Sección tercera: Datos selección “categoría seleccionada en la sección anterior”

Imagen de ejemplo con la categoría “Licenciado en Enfermería”.



Datos selección Licenciado en Enfermería

Identifique la cantidad de horas por semana asignadas para la categoría de RRHH seleccionada con que cuenta este servicio*:

Identifique la cantidad de profesionales en la categoría de RRHH seleccionada con que cuenta este servicio*:

Figura 19 – Datos selección categoría seleccionada RRHH.

Sección cuarta: Equipos e instalación de servicios

Esta última sección del paso 3 dispone de las siguientes 5 preguntas sobre los equipos e instalación del servicio.

Equipos e Instalación del servicio

¿Este servicio cuenta con gimnasio terapéutico?*: Sí No

¿Este servicio cuenta con área para terapia física?*: Sí No

¿Este servicio cuenta con área de terapia ocupacional?*: Sí No

¿Este servicio cuenta con piscina terapéutica?*: Sí No

¿Este servicio cuenta con área de actividades de vida diaria?*: Sí No

Figura 20 –Equipos e Instalación del servicio.

En caso de seleccionar “Sí” a la pregunta se desplegará un listado de opciones de cada área del servicio.

A modo de ejemplo se presenta la figura con el listado de opciones para equipamiento de piscina.

Equipos e Instalación del servicio

¿Este servicio cuenta con gimnasio terapéutico?: Sí No

¿Este servicio cuenta con área para terapia física?: Sí No

¿Este servicio cuenta con área de terapia ocupacional?: Sí No

¿Este servicio cuenta con piscina terapéutica?: Sí No

Nombre de equipamiento para piscina*: Bastones
 Flotadores
 Pelotas
 Andadores
 Otros

¿Este servicio cuenta con área de actividades de vida diaria?: Sí No

Figura 21 –Despliegue de opciones (Equipos e instalación de servicio). Ejemplo Equipamiento para piscina.

Todos los campos requeridos de esta sección deben ser completados para poder avanzar en el formulario.

NOTA: Se entiende por área de terapia física a aquella que implica las terapias que aplican agentes físicos tales como tens, ultrasonido, magneto, tracciones, masajes, etcétera.

Paso 4: Datos de accesibilidad

Esta sección solicita información referente a la accesibilidad de los servicios prestados.

Accesibilidad

¿Por cuál o cuáles vías se puede agendar una persona para la primera consulta?*

- Presencial
- Teléfono
- Sitio web
- APP
- Corre electrónico
- Whatsapp
- Otra

¿Hay algún procedimiento para priorizar a alguna persona en la agenda y/o reducir el tiempo de espera?*

Sí
 No

Describe brevemente el procedimiento*:

¿Cuánto se tarda aproximadamente en obtener día y hora para la primera consulta en RHB física?*

Seleccionar ▼

¿Cuánto se tarda aproximadamente luego de la primera consulta en acceder al tratamiento en RHB física indicado?*

Seleccionar ▼

Figura 22 –Accesibilidad.

Nota: El campo “Describe brevemente el procedimiento” sólo se mostrará si en la pregunta anterior se respondió “Sí”.

Las preguntas de los dos últimos campos de la sección listan las siguientes opciones:

Seleccionar ▼

- Seleccionar
- 2 días o menos
- Entre 2 y 7 días
- Entre 1 y 2 semanas
- Entre 2 semanas y 1 mes
- Más de 1 mes

Figura 23 –Listado de opciones.

Paso 5: Descargar Formulario completado

En este último paso se le pide al usuario que confirme si está de acuerdo con la información del documento generado. Si selecciona “Sí” se le habilitará el link para descargar un PDF



con toda la información registrada anteriormente en el formulario. Si selecciona “No”, no se le dará la posibilidad de descargar el archivo PDF.



Descargar Formulario completado

Los campos indicados con * son obligatorios.

Descargar formulario completado

Ha completado el formulario. Sí
¿Desea descargarlo?*: No

[Descargar Formulario Segundo relevamiento de servicios de rehabilitación física en Uruguay - DIGESA \(Discapacidad y Rehabilitación\) - DIGECOOR-Servicios \(.pdf 172.94KB\)](#)

[← Volver](#)


[✓ Guardar y Cerrado](#)

[Siguiente >](#)

Figura 24–Sección Descargar Formulario Completado.

El usuario puede regresar a los pasos anteriores del formulario y editar información si así lo desea.

En caso de presionar “Siguiente” el formulario pasará a una última instancia en la que una vez que el usuario presione en el botón “Finalizar” el trámite pasará a completado.

 Paso final
Para confirmar y enviar el formulario a la siguiente etapa haga click en Finalizar.

[← Volver](#)

[✓ Finalizar](#)

Figura 25–Paso final.

Finalización del trámite

¿Dónde puedo hacer seguimiento de mis Trámites?

Usted podrá hacer seguimiento de los trámites en los que participó siempre y cuando se encuentre logueado.

Para poder hacer el seguimiento de sus trámites, debe ingresar en **Mis trámites**, opción que figura a la izquierda de la pantalla.

Una vez ingresado, se observará:

- Id del trámite.
- Nombre del Trámite.
- Etapa en la que se encuentra el Trámite. Si el trámite está Finalizado, este campo figurará en blanco.
- Fecha de modificación del último paso efectuado.

- Estado del Trámite.
- Acciones.

Listado de trámites		Trámites en bandeja de entrada					Búsqueda avanzada
Bandeja de entrada	Sin asignar						
Mis trámites							
Id	Nombre	Etapa	Documento	Modificación	Vencimiento	Acciones	
16593	Segundo relevamiento sobre rehabilitación física en Uruguay DIGESA (Discapacidad y Rehabilitación)- DIGECOOR. SERVICIOS	Formulario de Discapacidad y Rehabilitación	uy-ci-64284670	27.sep.2022 10:36:53	N/A	Realizar	

Figura 26– Bandeja Mis Trámites.

¿Dónde puedo realizar consultas?

- Por correo electrónico a: 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.