



FACULTAD DE  
CIENCIAS ECONÓMICAS  
Y DE ADMINISTRACIÓN

**POSGRADOS**



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y DE ADMINISTRACIÓN**

**TRABAJO FINAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**Organización del servicio de provisión de productos de apoyos del Centro Nacional de  
Defectos Congénitos Complejos y Enfermedades Raras (CRENADECER).**

**Autores**

**Boniatti, Valeria 4.491.823-1**

**Cabrera, Álvaro 4.222.490-3**

**Caraballo, Alexandra 4.825.931-2**

**Martinez, Mariana 2.001.351-2**

**TUTOR: Prof. Diego Guerrero Paladini**

**Montevideo  
URUGUAY  
2025**

El tribunal docente integrado por los abajo firmantes aprueba el Trabajo Final:

Título

.....  
.....

Autor/es

.....  
.....

Tutor

.....

Posgrado

.....  
.....

Puntaje

.....

**Tribunal**

Profesor.....(nombre y firma).

Profesor.....(nombre y firma).

Profesor.....(nombre y firma).

FECHA.....

## **Agradecimientos**

A la Universidad de la República que nos permitió acceder a una formación de posgrado de calidad, con docentes nacionales e internacionales de destacada trayectoria, en la que encontramos rápidamente las respuestas académicas que demandaban nuestros objetivos de formación en materia de gestión de servicios de salud, en un contexto interdisciplinario que nos enriqueció profundamente en el diálogo de saberes entre los distintos perfiles profesionales.

A nuestro tutor el Prof. Diego Guerrero Paladini, al equipo docente del posgrado, a nuestros compañeros y al personal técnico, administrativo y de servicio que hicieron de estos dos años de formación una experiencia académica, profesional y personal inigualable.

A la Dra. Ana Kuster, Gerenta de Servicios Asistenciales del BPS por abrirnos las puertas de CRENADECER para poder realizar allí nuestro trabajo final, que esperamos que sea un aporte de valor para su Servicio.

## RESUMEN

La provisión de productos de apoyo constituye un componente indispensable para garantizar el derecho a la salud, la autonomía y la inclusión social de las personas con discapacidad. Estos productos comprenden el conjunto de equipos, dispositivos e instrumentos que son elaborados o diseñados para mejorar la participación de las personas en su entorno cotidiano. En Uruguay, los servicios asistenciales del Banco de Previsión Social, funcionan como prestador parcial, asegurando a los usuarios del SNIS la cobertura de ciertas prestaciones, entre ellas las tecnologías de apoyo. Al día de hoy el servicio de Rehabilitación del BPS no cuenta con un Proceso para la Provisión de Productos de Apoyo ni con un Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte que estén validados y estandarizados.

El objetivo del presente trabajo es proponer el diseño del Proceso Asistencial de Provisión de Productos de Apoyo y del Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte en un organismo público estatal en el periodo comprendido de agosto a diciembre del año 2025, en el Departamento de Montevideo-Uruguay. En cuanto a la metodología de relevamiento de datos, se utilizaron 3 métodos: el estudio de la documentación, la entrevista personal y la observación directa, que permitieron identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. A modo de conclusión, se confirma una gestión asistencial altamente dependiente de la experticia individual del equipo de trabajo, careciendo de una formalización documentada que garantice un modo de hacer estandarizado y una trazabilidad del proceso, exponiendo a la organización a riesgos operacionales. El producto final de este trabajo puede contribuir a una gestión técnica eficiente y de calidad del servicio de provisión de Productos de Apoyo.

**Palabras clave:** Provisión, Productos de Apoyo, CRENADECER, Procedimiento, Proceso.

## Tabla de contenidos

Introducción.....	1
Justificación.....	2
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
Metodología de la obtención de la información de campo.....	3
Marco teórico.....	4
Tecnología asistiva.....	6
Derecho al acceso a tecnología asistiva.....	7
Demanda sanitaria en tecnología de asistencia.....	9
Procesos y procedimientos.....	10
Cronograma de actividades.....	13
Relevamiento de información.....	14
Estudio de documentación.....	14
Entrevista personal dirigida.....	20
Observación directa.....	21
Proceso Provisión Productos de Apoyo.....	22
Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte al Proceso de Provisión de Productos de Apoyo.....	25
Conclusiones.....	30
Referencias.....	33
Anexos.....	36

## SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
BSE	Banco de Seguros del Estado
CENATT	Centro Nacional de Apoyos Técnicos y Tecnológicos
CHPR	Centro Hospitalario Pereira Rossell
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud
CRENADECER	Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras
DDHH	Derechos Humanos
FNR	Fondo Nacional de Recursos
GATE	Global Cooperation on Assistive Technology
MSP	Ministerio de Salud Pública
OASIS	Orden de Asistencia
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OSN	Objetivos Sanitarios Nacionales
PA	Productos de Apoyo
PAIS	Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte
PPPA	Proceso Provisión de Productos de Apoyo
PCD	Personas con discapacidad
PIAS	Plan Integral de Atención en Salud
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TA	Tecnologías de apoyo o Tecnologías asistiva

## **Introducción**

El Banco de Previsión Social (BPS) se encarga de “organizar la seguridad social, y coordinar los servicios estatales de previsión social”, fue fundado en 1958, empezando a actuar como tal en 1967. (Evolución Histórica, 2016). Asimismo, funciona como prestador parcial de salud, asegurando a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) la cobertura de ciertas prestaciones sanitarias, entre ellas las tecnologías de apoyo.

El BPS fue considerado la segunda maternidad más grande del país después del Centro Hospitalario Pereira Rosell (CHPR) hasta el año 2007-2008, con la creación del SNIS, deja de funcionar como maternidad y surge la necesidad de reorganizar su actividad para continuar funcionando como servicio de salud, comenzando el recorrido de refuncionalización para constituirse en un Centro de Referencia vinculado a la Discapacidad. Actualmente tiene aproximadamente 19.934 usuarios activos a los que se presta algún tipo de producto de asistencia complementaria según el sistema informático de gestión asistencial utilizado en la organización. En el año 2014, BPS creó el Centro de Referencia Nacional de Defectos Congénitos y Enfermedades Raras (CRENADECER) pero no es sino hasta el mes de diciembre de 2023 que se establece por ordenanza del MSP N° 2.805 y su modificativa posterior 087 del 7 de febrero de 2024 (Anexo III) la designación de CRENADECER como Centro de Referencia Nacional de Enfermedades Raras, quedando su órbita de funcionamiento dentro del BPS a partir del 1 de enero de 2024, en aplicación del artículo 10 de la Ley de Centros de Referencia N° 19.666 y su Decreto reglamentario 79/019. (IMPO, 2024)

En la actualidad aún no existe una reglamentación específica vinculada a la provisión de productos de apoyo en nuestro país. Dentro del catálogo básico de prestaciones del SNIS, aprobado en el Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), tampoco existe un listado positivo taxativo de productos de apoyo vinculado a la prestación de los servicios de rehabilitación. (Ministerio de Salud Pública, 2024, pp. 31-32).

## **Justificación**

La provisión de productos de apoyo constituye un componente indispensable para garantizar el derecho a la salud, la autonomía y la inclusión social de las personas con discapacidad. Estos productos comprenden un conjunto de equipos, dispositivos e instrumentos que son elaborados o diseñados para mejorar la participación de las personas en su entorno cotidiano. Su provisión en tiempo y forma es un factor determinante para eliminar barreras del contexto en el que habitan, promoviendo la participación social, el acceso al trabajo, a la educación y reduciendo inequidades.

Desde el punto de los derechos humanos, el acceso a los productos de apoyo se enmarca en la Ley N° 18.651 y su decreto reglamentario N° 79/014 que obliga a promover la disponibilidad y accesibilidad a los productos de apoyo. A nivel nacional, BPS a través de CREDANECER es el principal proveedor de productos de apoyo con una cobertura asistencial limitada a sus usuarios y a beneficiarios de asistencia complementaria. Junto con el Centro Nacional de Apoyos Técnicos y Tecnológicos (CENATT) y el Banco de Seguros del Estado (BSE) son los tres mayores proveedores de productos de apoyo en el país.

El servicio de Rehabilitación de BPS no cuenta con un Proceso para la Provisión de Productos de Apoyo ni con un Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte que estén validados y estandarizados.

Asimismo, en la actualidad no existe un dispositivo en el BPS que se encargue de la gestión integral de este tipo de prestación, afectando directamente a la población beneficiaria en los tiempos de espera para la adquisición del producto, en la posibilidad de prescripción oportuna, en la trazabilidad y en el gasto sanitario. Esta situación puede repercutir en el bienestar de los usuarios así como también en el gasto público, dificultando la planificación y la evaluación de resultados.

El desarrollo de un proceso eficiente para la gestión y dispensación de los productos de apoyo y de un procedimiento que establezca como se ejecutan las actividades es esencial para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a las prestaciones vinculadas a la tecnología asistiva para movilidad y posicionamiento, mejorar la equidad en el acceso y permitir una atención oportuna. Se entiende que ésto contribuye a garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad y se enmarca en los principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del SNIS.

### **Objetivo General**

Proponer el diseño del Proceso de Provisión de Productos de Apoyo y del Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte en un organismo público estatal en el periodo comprendido de agosto a diciembre del año 2025, en el Departamento de Montevideo-Uruguay.

### **Objetivos Específicos**

- Presentar y documentar el Proceso Asistencial de Provisión de Productos de Apoyo de CRENADECER.
- Presentar y documentar el Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte al Proceso de Provisión de Productos de Apoyo.

### **Metodología de Obtención de la Información de Campo**

Para realizar el relevamiento de los datos necesarios de este estudio se emplearon distintos métodos de recolección de la información:

- **Análisis de documentación:** Se accede a reglamentaciones y circulares de dominio público disponibles en la web institucional, búsqueda de normativa de dominio

público en IMPO, datos asistenciales no sensibles del sistema de información hospitalaria de uso en CRENADECER, a través de MHO y del sistema de gestión de adquisiciones institucional GRP para la consulta de los contratos de provisión de los productos de apoyo.

- **Entrevista personal dirigida:** Se realizó una entrevista a la Dra. Ana Kuster, Gerente de los Servicios Asistenciales de BPS, quien brindó de forma colaborativa información muy relevante sobre los servicios asistenciales de CRENADECER, su historia y evolución, población de referencia, fuentes de financiamiento, dinámicas y formas de trabajo, etc. (véase en anexo A transcripción completa de la entrevista de 1:30hs de duración).
- **Observación directa:** El equipo realizó una recorrida coordinada a las instalaciones de la Unidad de Atención Ambulatoria y particularmente al servicio de Rehabilitación Física y los sectores donde se provee la Tecnología Asistiva en CRENADECER (véase imágenes en anexo C).

### **Marco Teórico**

Según el reporte global sobre discapacidad de la Organización Mundial de la Salud, las personas con discapacidad en todo el mundo tienen peor salud y carecen de la asistencia sanitaria que necesitan con mayor frecuencia que las personas sin discapacidad. Las personas con discapacidad tienen más del doble de probabilidades de verse confrontadas con proveedores de atención de la salud insuficientemente capacitados y con instalaciones sanitarias inadecuadas; casi el triple de probabilidades de quedar privadas de asistencia

sanitaria; y el cuádruple de posibilidades de recibir un tratamiento deficiente. (Organización Mundial de la Salud, 2011, pp. 66-67).

El acceso a los servicios de salud de calidad es un objetivo fundamental para garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad. Para las Naciones Unidas (2016) los Objetivos de Desarrollo Sostenibles 2030 (ODS), la cobertura sanitaria universal es una meta a alcanzar por todos los países, eso incluye el acceso a los servicios de rehabilitación y los productos de apoyo para las personas con discapacidad. (p.14) Dentro del alcance de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030 (OSN) del Ministerio de Salud Pública (MSP) se encuentra como propuestas de intervención mejorar el acceso a servicios de salud para la atención de la discapacidad y generar protocolos en la provisión de ortesis, prótesis y ayudas técnicas ajustados a las necesidades de los usuarios del SNIS. (Ministerio de Salud Pública, 2023, p. 63)

La iniciativa GATE de la OMS (Global Cooperation on Assistive Technology), reúne a personas que comparten la visión de un mundo donde la tecnología de asistencia sea universalmente accesible para todos, en todas partes, haciendo foco en las necesidades, capacidades y la centralidad del usuario en la provisión de tecnología de asistencia; en las políticas y regulaciones necesarias para garantizar el acceso a los productos de asistencia y promover su uso; en el desarrollo y la disponibilidad de productos de asistencia seguros, de alta calidad y asequibles; en sistemas y procesos para la distribución y entrega de la tecnología de asistencia a quienes la necesitan; así como también la formación y el desarrollo de profesionales capacitados en la asistencia y el uso de tecnología de asistencia. (World health Organization, 2024, pp. 5-6)

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay publicó en el año 2024 el Plan Nacional de Rehabilitación en Salud Física, documento que oficia de plan estratégico para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación y a la tecnología asistiva para todas las personas con

discapacidad. En este plan estratégico se reconoce que el suministro de productos de apoyo forma parte integral de la atención de salud y es una intervención costo eficaz fundamental para que las personas puedan formarse, trabajar y ser autónomas en su hogar. (Ministerio de Salud Pública, 2024, pp. 40-41)

Un producto de apoyo es “todo artículo, equipo o dispositivo adquirido comercialmente, modificado o adaptado que se utilice para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas”. Este término por lo tanto hace referencia a una “amplia variedad de productos” entre los cuales se pueden señalar los siguientes: muletas, prótesis, ortesis, sillas de ruedas y triciclos para personas con dificultades de movilidad; audífonos e implantes cocleares para personas con problemas de audición; bastones blancos, magnificadores, dispositivos oculares, libros sonoros y software para la magnificación y lectura de pantalla para personas con deficiencias visuales; tableros de comunicación y sintetizadores del habla para personas con deficiencias del habla; dispositivos como calendarios con símbolos gráficos para personas con deficiencia cognitiva. (Organización Mundial de la Salud, 2011, cap.4)

### **Tecnología Asistiva**

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (2023) el término «tecnologías de apoyo o tecnología asistiva» es una denominación paraguas que incluye a los productos de apoyo así como también a las políticas, sistemas y servicios que se requieren o son necesarios para asegurar su provisión. (Organización Mundial de la Salud, 2023, p. 5). Se define como producto de apoyo a “cualquier dispositivo externo digital o no digital (incluidos dispositivos, equipos, instrumentos o software), que sea utilizado para mantener o mejorar la capacidad funcional y la independencia de las personas en alguno de los seis principales dominios funcionales de cognición, comunicación, audición, visión, movilidad y

autocuidado”. Los productos de apoyo son una subcategoría de los productos de salud y también son utilizados para prevenir deficiencias y/o condiciones de salud adversas secundarias a otras patologías. (Organización Mundial de la Salud & Unicef, 2022, p. 6)

La tecnología asistiva es un campo en continuo cambio y desarrollo, especialmente en los productos de apoyo, sobre todo aquellos que son más sensibles al avance de la tecnología digital y/o a las necesidades de salud emergentes en los países, como el envejecimiento de las poblaciones y las limitaciones de funcionamiento que están asociadas. Los productos de apoyo no digitales son menos sensibles a los avances tecnológicos, son ejemplo de esto las muletas, bastones, prótesis, ortesis, sillas de ruedas, entre otros. Sin embargo, los productos de apoyo digitales son muy sensibles a los cambios tecnológicos y al desarrollo de la investigación científica aplicada, incluyendo en esta categoría a las tecnologías para trackeo visual, interacción cerebro-computadora, robótica, tecnologías de comunicación aumentativas, entre otros. (Global report on Assistive technology, 2023, pp. 5-7, 52-54)

### **Derecho al Acceso a Tecnología Asistiva**

La Convención de las Naciones Unidas sobre las personas con discapacidad (PCD) es un tratado internacional que “promueve la protección y el goce pleno de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad”; fue aprobada en el año 2006 por todos los estados partes, entre los que se encuentra el estado uruguayo y ratificada por nuestro país en noviembre de 2008 por la ley 18.418, y por la Convención de las Naciones Unidas en junio de 2020, vinculando los países miembros a las obligaciones de promover, proteger y garantizar los derechos de personas con discapacidad. En la Convención se establece que las PCD tiene derecho a gozar del más alto nivel de salud posible sin discriminación por motivos de discapacidad, incluyendo la rehabilitación, reconociendo que el acceso a las tecnologías asistivas a un costo asequible es fundamental para la movilidad

personal, y que la disponibilidad, el conocimiento y el uso de éstas tecnologías de apoyo a efectos de la habilitación y rehabilitación de las PCD es un derecho humano. (Ministerio de Desarrollo Social, 2014, pp. 7, 19-21)

El acceso a tecnología asistiva de calidad a un costo asequible para todas las personas con discapacidad es un derecho humano fundamental consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Todo el mundo tiene derecho a la salud, servicios sociales y de atención que brindan igualdad de oportunidad para que las personas disfruten del nivel de salud más alto posible y la tecnología de asistencia es una parte integrante de dichos servicios. Asimismo, la tecnología de asistencia representa un medio para ejercer los derechos humanos fundamentales, facilitando la movilidad, la integración y la comunicación. Para esto se requiere que los estados proporcionen la asistencia tecnológica necesaria para permitir a las personas con discapacidad ejercer su derecho a la educación, al trabajo, al ocio, la participación en la vida cultural de la comunidad, garantizando las libertades de opinión y expresión. (Organización Mundial de la Salud & Unicef, 2022, pp. 10-13).

Los ODS de la agenda 2030 para el desarrollo sostenible se compromete a "no dejar a nadie atrás", en particular las personas con dificultades funcionales que necesitan acceso a tecnología de asistencia para poder contribuir igualmente a alcanzar los objetivos de una manera equitativa. Es parte de los OSN 2030 de Uruguay mejorar el acceso a servicios de salud para la atención de la discapacidad y generar protocolos en la provisión de ortesis, prótesis y ayudas técnicas ajustados a las necesidades de los usuarios del SNIS.

Según las directrices de la OMS 2023, con el objetivo de mejorar los servicios de provisión de PA, se sugieren “cuatro pasos mínimos para el suministro de tecnología de asistencia que todos los prestadores de servicios de rehabilitación deberían seguir que son “evaluación, ajuste, capacitación del usuario y seguimiento”:

1. **Evaluación:** determinar las necesidades, preferencias, objetivos y objetivos de la persona.
2. **Ajuste:** asegúrese de que el producto seleccionado coincida con el perfil del usuario.
3. **Capacitación del usuario:** sobre cómo usar y mantener de manera segura el producto.
4. **Seguimiento:** proporcionar reparaciones, mantenimiento, adaptaciones, renovaciones y evaluación.

### **Demanda Sanitaria En Tecnología De Asistencia**

Con base en los datos de la encuesta presentada en el Reporte Global de la OMS del 2023, la estimación de la prevalencia de la necesidad de productos de asistencia, incluidos los lentes, en la población mundial es del 31,3% (límites de incertidumbre: 25,7% a 36,9%). Del mismo modo, la prevalencia estimada de necesidad de productos de asistencia, exceptuando los lentes, en la población mundial es del 11,3% (8,8% a 13,9%). 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, sólo el 3% de las personas disponen de productos de apoyo.

En Uruguay, la encuesta nacional de personas con discapacidad realizada en 2004, señala que la prevalencia de la discapacidad alcanza al 7,6% de la población total. En cifras absolutas la población con al menos una discapacidad se estima en 210.400 personas. (7,7% para Montevideo y 7,5% para el Interior Urbano). El 57% de las personas con discapacidad son mujeres (60% en Montevideo y 54% en el Interior), y según franjas de edades más de la mitad de la población con al menos una discapacidad (50,8%) tienen 65 años o más, el 18,4% tiene entre 50 y 64 años, el 12,9% tienen 30 y 49 años, en tanto los niños, adolescentes y jóvenes representan el 17,9%. (Instituto Nacional de Estadística, 2004, pp. 13-14)

En Uruguay existen trabajos previos que sistematizan y ordenan los mecanismos de cobertura actual de productos de apoyo pero no se conoce con exactitud cual es la necesidad real de productos de apoyo que el sistema de salud en su conjunto debería proveer para aumentar la profundidad de la cobertura asistencial incorporando a las Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) estas prestaciones mediante mecanismos que garanticen la sostenibilidad financiera del SNIS. (Red Pro-Cuidados, 2023, pp. 3–4, 23–24, 30–31)

### **Procesos y Procedimientos**

Toda organización, sea cual sea su naturaleza, tiene su misión o su razón de ser. Así cómo surge la Misión también lo hace la visión que refleja las expectativas de esa organización a futuro, cual es el papel que va a ocupar en la sociedad y que es lo que se pretende lograr. Para el autor, además de lo mencionado, toda organización se desarrolla bajo determinados valores y determinadas políticas que guían el accionar, estos valores y políticas deben ser el reflejo de la Misión y la Visión que se pretende alcanzar. El autor plantea que para que se cumpla lo anterior deben fijarse objetivos que vayan en dirección a lo que se plantea lograr. A esos objetivos las organizaciones las denomina plan estratégico, en él se detallan el conjunto de actividades o tareas que deben realizarse y que suelen agruparse según afinidad, es así que el autor menciona las funciones más típicas como ser Producción, Comercialización, Administración y Finanzas, entre otras. Más allá de esta separación de funciones existen tareas que implica la participación de varias áreas y es lo que se denomina flujo o proceso. (Mari, 2020, pp. 5-7).

El autor llega a conceptualizar que “los procesos son el conjunto de actividades interrelacionadas entre sí, que con un propósito definido, transforman entradas en salidas valiosas para el cliente.” (Mari, 2020, p.10)

Para Mari (2020, p. 10) existen los procesos centrales y los procesos de apoyo. Define a “los procesos centrales, también denominados procesos críticos o sustantivos, son aquellos procesos que contribuyen a alcanzar la misión de la organización, es decir, hacen a la razón de ser de ésta”. El autor plantea que a través de los procesos centrales de una organización se vincula la misión, los objetivos y las actividades que se desarrollan. Con respecto a los procesos de apoyo Mari (2020, p.11) menciona que “son aquellos que sustentan a los procesos centrales y que permiten su desempeño eficaz y eficiente.” Estos procesos, según el autor, tienen determinadas características: transforman un input en un output con valor para el cliente y este debe generar valor para uno o más clientes. Los procesos de apoyo no varían según la organización en que operen, los mismos resultan indispensables para alcanzar sus objetivos. Mientras que los procesos centrales van a depender de la misión que tenga cada organización.

El concepto de procedimiento administrativo hace referencia a cómo se hace o se ejecutan las tareas ligadas a las actividades del proceso de negocios; según Penengo “es una sucesión cronológica y secuencial de operaciones.” (Mari, 2020, p.15) Hace referencia a una secuencia ordenada de pasos o actividades que se deben seguir para cumplir con las tareas. El procedimiento administrativo debe estar documentado y estandarizado para evitar la fluctuación en las tareas realizadas por los trabajadores.

“Los procedimientos son parte de los procesos y presentan dos características: las operaciones definidas como una serie de pasos y un método que determina el orden y la forma de realizarlo.” (Rodríguez, 2020, p. 6) Mencionan a los procedimientos como la acción para llevar adelante el proceso, llegando a plantear que la característica que predomina a la hora de pensar en procedimientos es la eficiencia entendida como el logro del objetivo con el menor consumo de recursos posible. Agregan que es imprescindible a la hora de evaluar un

procedimiento tener en cuenta cuatro criterios que son “pertinencia, congruencia, integridad y orden” (Rodríguez, 2020, pp. 9-10)

- **Pertinencia:** los procedimientos deben estar alineados con los objetivos de la organización.
- **Congruencia:** cada procedimiento debe crear valor para la organización e impulsar el proceso hacia adelante.
- **Integridad:** la omisión de una operación hace que pierda valor el resultado del procedimiento y se considera completo cuando han sido realizadas todas las operaciones.
- **Orden:** deben realizarse de modo secuencial y creciente, siempre considerando que si alguna de ellas es aleatoria puede convertirse en una única operación.

Para los autores, cuando se considera que los criterios mencionados se aplican al diseño de procedimientos es razonable que se obtengan resultados de calidad. (Mari, 2020, p. 16) Agrega que “los procedimientos deben ser documentados de tal manera que se entienda como debe ejecutarse la tarea. La falta de procedimientos documentados generará que cada persona lleve a cabo los procedimientos según su criterio o experiencia y no del modo que fue pensado”. Además, plantea que de no ser así se genera una mayor dificultad a la hora de controlar y no se tendrá como referencia ante la capacitación de nuevo personal.

En síntesis, el concepto de proceso responde a la pregunta ¿qué se hace? mientras que cuando se pretende definir el concepto de procedimiento responde a ¿cómo se hace?

## Cronograma de Actividades

El presente trabajo se desarrolló teniendo en cuenta el siguiente cronograma que se presenta en la figura 1.

**Figura 1. Cronograma de Actividades**

Meses	2025																							
	JULIO				AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<i>Definir el tema y delimitar el problema</i>	█	█	█	█																				
<i>Realizar la revisión bibliográfica preliminar</i>	█	█	█	█																				
<i>Formular el objetivo general y específicos</i>	█	█	█	█																				
<i>Seleccionar la Metodología a utilizar</i>	█	█	█	█																				
<i>Redactar el Índice, fases metodológicas, cronograma y datos obtenidos.</i>					█	█	█	█																
<i>Redactar la introducción y justificación</i>					█	█	█	█																
<i>Revisar la normativa y bases de datos</i>		█	█	█	█	█	█	█																
<i>Redactar el Marco Teórico</i>									█	█	█	█												
<i>Realizar una observación directa en CREDANECER</i>											█													
<i>Entrevistar a la Gerencia Asistencial</i>											█													
<i>Analizar el proceso actual de la provisión de productos de apoyo</i>											█	█												
<i>Identificar oportunidades de mejora en el proceso de provisión de PA</i>											█	█	█											
<i>Elaborar y analizar indicadores</i>											█													
<i>Diseñar el proceso de provisión de PA</i>											█	█	█											
<i>Diseñar el procedimiento asistencial integrado de soporte de provisión de PA</i>													█	█	█									
<i>Elaborar un flujograma del proceso de provisión de PA</i>													█	█										
<i>Redactar el análisis de la información</i>											█	█	█											
<i>Elaborar tablas y cursograma del procedimiento</i>																	█	█	█					
<i>Revisar y editar el documento</i>																	█	█	█	█	█			
<i>Incorporar Anexos</i>													█	█	█	█	█	█	█					
<i>Redactar las conclusiones</i>																					█	█	█	
<i>Revisión con el Tutor</i>			█				█				█			█							█	█	█	
<i>Realizar ajustes finales</i>																					█	█	█	
<i>Entregar el Trabajo Final</i>																							█	

## **Relevamiento de la Información**

### **Estudio de la Documentación: Normativa e Indicadores Asistenciales**

La entrega de productos de apoyo por parte de BPS se realiza desde mucho antes de la creación del Centro de Referencia en Enfermedades Raras en 2014, motivo por el cual el CRENADECER continúa manteniendo la cobertura de los usuarios de asistencia complementaria quienes conservan este derecho desde la entrada en vigencia del Decreto de Ley N°15.084 en 1981 referido a los beneficiarios de las asignaciones familiares. Asimismo ofrece cobertura asistencial a la población de usuarios amparados por el reglamento Materno Infantil de BPS de la misma década del siglo XX.

A partir de la creación del Centro de Referencia CRENADECER en el año 2014, se dicta una ordenanza con criterios de cobertura para la población de usuarios con enfermedades raras de origen genético y malformaciones congénitas, que a su vez el BPS complementa con criterios de ingreso establecidos por ordenanza interna.

En virtud de la historia normativa e institucional del BPS en materia de provisión de Tecnología Asistiva descrita ad supra, se comprende porqué en la actualidad CRENADECER le brinda cobertura asistencial, en todo el territorio nacional, a dos tipos de beneficiarios:

- Usuarios del Centro de Referencia que presentan enfermedades raras y malformaciones congénitas que cumplan con los criterios de ingreso (amparados en la ley de maternidad, en la ordenanza de creación de CRENADECER y en reglamentaciones internas de BPS).
- Los beneficiarios de asistencia complementaria que están amparados por la ley 15.048 de 1981 y cuya población se compone de menores de 14 años (hasta 13 años y 364 días) hijos de trabajadores dependientes de la actividad privada o funcionarios del BPS,

con diagnóstico de patología congénita. Cubre los productos de apoyo que los prestadores integrales del SNIS no incluyen dentro de sus prestaciones de salud.

El marco regulatorio de la Asistencia Complementaria es el mismo que establece las disposiciones para las asignaciones familiares referidas al decreto de ley 15.084 y el reglamento del Servicio Materno Infantil, Resolución 1.439/82, actualizada por resoluciones N° 2.805/84, 2.853/85, 2.457/86 de la DGSS y 33-1/88 y 31-25/92 del BPS, que si bien establecen cuáles serán los beneficiarios de éstas prestaciones asistenciales, no hacen referencia explícita a los tipos de prestación asistencial ni al listado de los productos de apoyo a los cuáles pueden acceder.

Actualmente, el Centro de Referencia cuenta con un total de 19.934 usuarios, de los cuales 7.953 son usuarios propios del Centro de Referencia Nacional y 11.579 son usuarios externos al CRENADECER con derecho de cobertura por ser beneficiarios de asistencia complementaria.

### ***Tiempos de espera en la provisión de los productos de apoyo***

Los tiempos transcurridos entre la prescripción por parte del Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación del BPS y la entrega efectiva de la Tecnología Asistiva al usuario del Servicio, son unos de los indicadores asistenciales más comúnmente usados para monitorizar el servicio de provisión de Productos de Apoyo. Los siguientes datos fueron consultados en el Sistema de Información Hospitalaria MHO de uso en CRENADECER.

## Definición del indicador de la variable

Tabla 1

### Tiempo de espera para la provisión de Productos de Apoyo

<b>Fórmula</b>	Días calendario transcurridos desde la prescripción hasta la entrega del producto de apoyo.
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura
<b>Definición</b>	Es el tiempo transcurrido desde la prescripción del PA por parte del médico fisiatra de BPS y la entrega efectiva del Producto de Apoyo al usuario solicitante
<b>Justificación</b>	Otorga información útil que permite conocer la accesibilidad que tiene la población de referencia a los productos de apoyo. Permite aproximarse al conocimiento de la disponibilidad de recursos destinados a la atención de la población de usuarios.
<b>Población</b>	Usuarios internos y externos de CRENADECER
<b>Fuentes</b>	MHO/ Depto. Registros Médicos BPS

El tiempo de espera promedio para la provisión de los productos de apoyo de movilidad y posicionamiento en CRENADECER es diferente según el tipo de Producto de Apoyo (PA) a provisionar. Como se observa en el Anexo B, existen al menos 62 tipos de dispositivos de tecnología asistiva que están dentro de las prestaciones del BPS (solo incluye movilidad y posicionamiento), los que difieren en complejidad, diseño, confección personalizada y costo. Los mecanismos de provisión determinan en gran medida los tiempos de espera para la entrega del producto, pudiendo identificar tres categorías:

- A.** Productos de apoyo en stock: son aquellos PA que se encuentran almacenados en CRENADECER, cuya confección y diseño es estándar.
- B.** Productos de voucher: denominamos de esta manera a aquellos PA que se encuentran contemplados en los procedimientos de compras vigentes con los proveedores locales

acreditados del BPS para la provisión de los dispositivos de apoyo. El costo de estos es intermedio y requieren para su diseño la toma de medidas y un molde personalizado del paciente que generalmente se obtiene y confecciona en los talleres de los proveedores (ortopedias, entre otros).

- C.** Productos adquiridos a través del mecanismo de compra por excepcionalidad o compra urgente en salud: incluye equipamiento tecnológico de alto costo que no es posible incluir actualmente en los pliegos de compra por su complejidad o disponibilidad local, generalmente deben ser importados y requieren un ajuste del diseño adecuado al usuario del PA.

A continuación se presentan algunos indicadores de tiempo de espera de los Productos de Apoyo según su vía de adquisición:

***Tiempos de espera promedio según mecanismo de provisión***

**Tabla 2**

**Tiempo de espera promedio para la provisión de productos en stock**

<b>Fórmula</b>	Número total de días de espera/número total de productos entregado de stock*periodo de tiempo
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura
<b>Definición</b>	n° de días de espera del PA estándar (o de stock) / n° total de Producto de Apoyo entregados de stock * período de tiempo (mes, semestre, año)
<b>Justificación</b>	Este indicador evalúa el tiempo de entrega de los productos que se encuentran a disposición y almacenados en CRENADECER.
<b>Población</b>	Usuarios internos o externos de CRENADECER que requieren cualquier PA estándar que se encuentran en stock.
<b>Fuentes</b>	MHO/ Dpto de Registros Médicos

La disponibilidad de productos de apoyo de stock es inmediata con tiempos de espera de 0 (cero) días. Esto implica que una vez indicado el PA por el Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación de CRENADECER, el usuario realiza la prueba de ajuste, es instruido en el uso y se le entrega el dispositivo en el momento.

**Tabla 3**

**Tiempo de espera promedio para la provisión de productos por Voucher**

<b>Fórmula</b>	Número total de días de espera/número total de productos entregados por proveedores BPS*periodo de tiempo
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura
<b>Definición</b>	n° de días de espera del PA de voucher / n° total de Producto de Apoyo entregados de voucher * período de tiempo (mes, semestre, año)
<b>Justificación</b>	Este indicador evalúa el tiempo de entrega de los productos que son confeccionados por los proveedores que tienen contrato vigente con BPS.
<b>Población</b>	Usuarios internos o externos de CRENADECER que requieren cualquier PA incluidos en la lista de compras del BPS.
<b>Fuentes</b>	MHO/ Dpto de Registros Médicos

El tiempo de espera promedio aproximado para la entrega del PA confeccionado en el servicio es de 15 días. Este indicador puede tener variaciones relacionadas a factores externos a CRENADECER, como lo son la disponibilidad de las familias para concurrir al Centro de Referencia, sobre todo las del interior del país; la disponibilidad de las familias para concurrir a la toma de molde/medidas a los locales de los proveedores de los PA, sobre todo cuando deben adquirir más de un PA y éstos son provistos por diferentes ortopedias.

**Tabla 4****Tiempo de espera promedio para la provisión de productos por Compra Salud Urgencia**

<b>Fórmula</b>	Número total de días de espera/número total de productos entregados por Compras Salud Urgencia *periodo de tiempo
<b>Tipo</b>	Indicador de estructura
<b>Definición</b>	n° de días de espera del PA de Compra Salud Urgencia / n° total de Producto de Apoyo entregados por compra salud Urgencia* período de tiempo (mes, semestre, año)
<b>Justificación</b>	Este indicador evalúa el tiempo de entrega de los productos que son adquiridos por compra de Urgencia y registrados en GRP.
<b>Población</b>	Usuarios internos o externos de CRENADECER que requieren cualquier PA que no se encuentra en stock o en la lista de compras de BPS (voucher)
<b>Fuentes</b>	MHO/ Dpto de Registros Médicos

El tiempo promedio aproximado es de 120 días y está condicionado sobre todo por los plazos legales de las importaciones de productos definidos en los procedimientos de compra entre BPS y las empresas proveedoras. Los tiempos para la presentación de recursos por parte de las empresas y los tiempos necesarios para el asesoramiento técnico y selección de las ofertas por parte de CRENADECER son factores a considerar.

Se presenta en Anexo B el listado de productos de apoyos de movilidad y posicionamiento que son provistos por el Centro de Referencia, discriminando cuáles pueden ser adquiridos a través de los mecanismos habituales de provisión:

- A.** Entrega de stock,
- B.** Entrega por adjudicación del listado de productos licitados con los proveedores,
- C.** Compra por excepcionalidad o compra urgente en salud.

## **Entrevista Personal Dirigida**

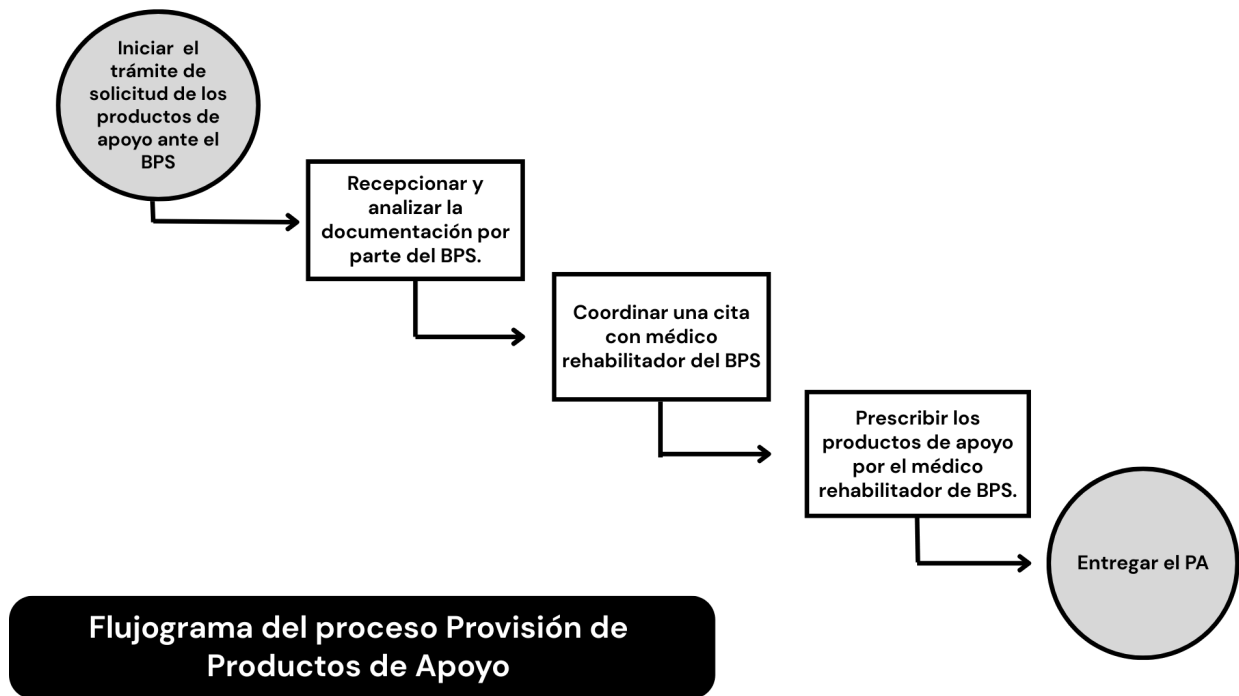
Se realiza una entrevista personal a la Gerenta de Servicios Asistenciales del BPS, la Dra. Ana Kuster, de la que se destacan a continuación algunos elementos más orientados a los objetivos del trabajo, puede verse la entrevista completa en el Anexo A.

Actualmente en CRENADECER no existe un procedimiento escrito para la provisión de los Productos de Apoyo, sino que se realiza por la expertise del equipo técnico del Servicio de Rehabilitación, que ha desarrollado una forma de trabajo reconocida entre las instituciones del medio local. Con la inauguración y puesta en funcionamiento de CRENADECER en 2014 se abren llamados para algunos profesionales de la salud vinculados a la Rehabilitación de las Personas con Discapacidad, conformándose inicialmente un equipo técnico integrado por dos (2) Licenciadas en Fisioterapia, dos (2) Médicas especialistas en Medicina Física y Rehabilitación y una Licenciada en Enfermería que comienzan a plantear nuevas formas de trabajar con este tipo de productos. La incorporación de profesionales de la rehabilitación ha logrado un cambio importante en los procedimientos asistenciales aunque no se han documentado ni estandarizado. La Gerencia de Servicios Asistenciales de CRENADECER no cuenta con una reglamentación específica, procesos ni procedimientos vinculados a la provisión de los Productos de Apoyo.

La provisión de los productos de apoyo en el CRENADECER tiene algunas variaciones según se trate de usuarios propios del Centro de Referencia Nacional o de usuarios externos, pero se inician dentro del servicio con una prescripción médica en el contexto de la asistencia clínica. Para simplificar la comprensión de la información, se muestra en la Figura 2 la representación gráfica del flujograma del proceso asistencial que fue elaborado en base a la información relevada en la entrevista.

**Figura 2**

**Flujograma del Proceso Provisión de Productos de Apoyo**



**Observación Directa**

CRENADECER se encuentra ubicado sobre la calle Agraciada 2965, presenta 2 entradas, 1 para usuarios y otra para funcionarios con accesibilidad para ambulancia. Además cuenta con otra entrada por la calle Jujuy con acceso al público y ambulancias. Su planta física es accesible y se encuentra adaptada para usuarios que utilizan productos de apoyo para su movilidad, como la presencia de rampas en su entrada y baños amplios que permiten el acceso a sillas de ruedas.

En planta baja se encuentran los consultorios de médicos Fisiatras o rehabilitadores, estos son amplios y cuentan con camilla, escritorio y otras herramientas que son necesarias para la atención del usuario. Presenta un ordenador donde el médico accede al sistema de MHO, y visualiza la agenda de los usuarios y su HCE donde registra la consulta.

La oficina del equipo de recepción cuenta con dos Licenciados en Registros Médicos, que son quienes reciben la documentación por vía email y se encargan de corroborar los derechos de asistencia del usuario y generar la OASIS 16. Cuenta con un taller ubicado en el subsuelo a cargo de un funcionario administrativo de BPS quien realizó una especialidad en electrónica y diseñó un programa para gestionar productos en stock que se pueden reparar, para darle trazabilidad a los productos de apoyo y posicionamiento. Dentro del mismo se encuentra un sector destinado a los productos en stock, que son entregados con mayor rapidez por el Médico Rehabilitador o el Licenciado en Fisioterapia. Véase imágenes del Centro en Anexo C.

### **Proceso de Provisión de Productos de Apoyo (PPPA)**

Siguiendo las recomendaciones técnicas establecidas en la bibliografía seleccionada para el presente trabajo y teniendo en cuenta la importancia en el rediseño y mejora de los procesos y procedimientos administrativos de Mari, J. 2020, se elabora la Ficha y el Diagrama de descomposición del PPPA. La Ficha del proceso es elaborada a partir de la información relevada en la entrevista acerca del objetivo, las entradas, las actividades que lo conforman y su vinculación entre ellas, las salidas de valor, los clientes y el responsable del proceso. (véase Tabla 5)

A continuación de la Ficha del proceso se elabora el Diagrama de descomposición del PPPA donde se visualiza el proceso, las actividades y las tareas que se llevan a cabo en cada actividad.

**Tabla 5**

**Ficha del Proceso Provisión de Productos de Apoyo**

<b>NOMBRE</b>
Proceso Provisión de Productos de Apoyo
<b>OBJETIVO</b>
Proveer los Productos de Apoyo en tiempo y forma.
<b>ACTIVIDADES</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Iniciar el trámite de solicitud de los productos de apoyo ante el BPS.</li><li>2. Recepcionar y analizar la documentación por parte del BPS.</li><li>3. Coordinar una cita con médico rehabilitador del BPS.</li><li>4. Prescribir los productos de apoyo por el médico rehabilitador de BPS.</li><li>5. Entregar los Productos de Apoyo.</li></ol>
<b>ENTRADAS</b>
Solicitud del adulto responsable de una cita con el médico rehabilitador de BPS vía correo electrónico o en forma presencial.
<b>SALIDAS</b>
Los Productos de Apoyo oportunamente solicitados por los beneficiarios.
<b>ALCANCE</b>
Desde que el adulto responsable inicia la solicitud hasta que los Productos de Apoyo son puestos a disposición de los beneficiarios.
<b>RESPONSABLE DEL PROCESO</b>
Licenciada/o en Enfermería.

## **Diagrama de descomposición del Proceso Provisión de Productos de Apoyo**

### **Provisión de Productos de Apoyo**

#### **→Iniciar el trámite de solicitud**

- Recepcionar solicitud de atención.
- Ingresar solicitud a BPS según requisitos.

#### **→Recepcionar y analizar la documentación**

- Recibir la documentación y confirmar derechos en BPS.
- Generar la orden de asistencia OASIS 16.

#### **→Coordinar cita con médico rehabilitador**

- Recibir la solicitud de consulta con Médico de BPS.
- Informar al adulto responsable fecha y hora de consulta.

#### **→Prescribir los productos de apoyo por el médico rehabilitador de BPS**

- Evaluar al usuario y la solicitud del médico tratante.
- Registrar la solicitud en HCE y realizar la prescripción.
- Realizar la solicitud en el sistema y entregar la orden física.
- Categorizar la orden según el producto (stock, voucher o compra salud).
- Identificar disponibilidad del PA stock y tomar medidas o molde.
- Iniciar el proceso de compra si es voucher o compra urgente.
- Recibir ofertas de compras para evaluación.
- Tomar una decisión de compra.
- Publicar la adjudicación de compra si es PA compra urgente.

#### **→Entregar los Productos de Apoyo**

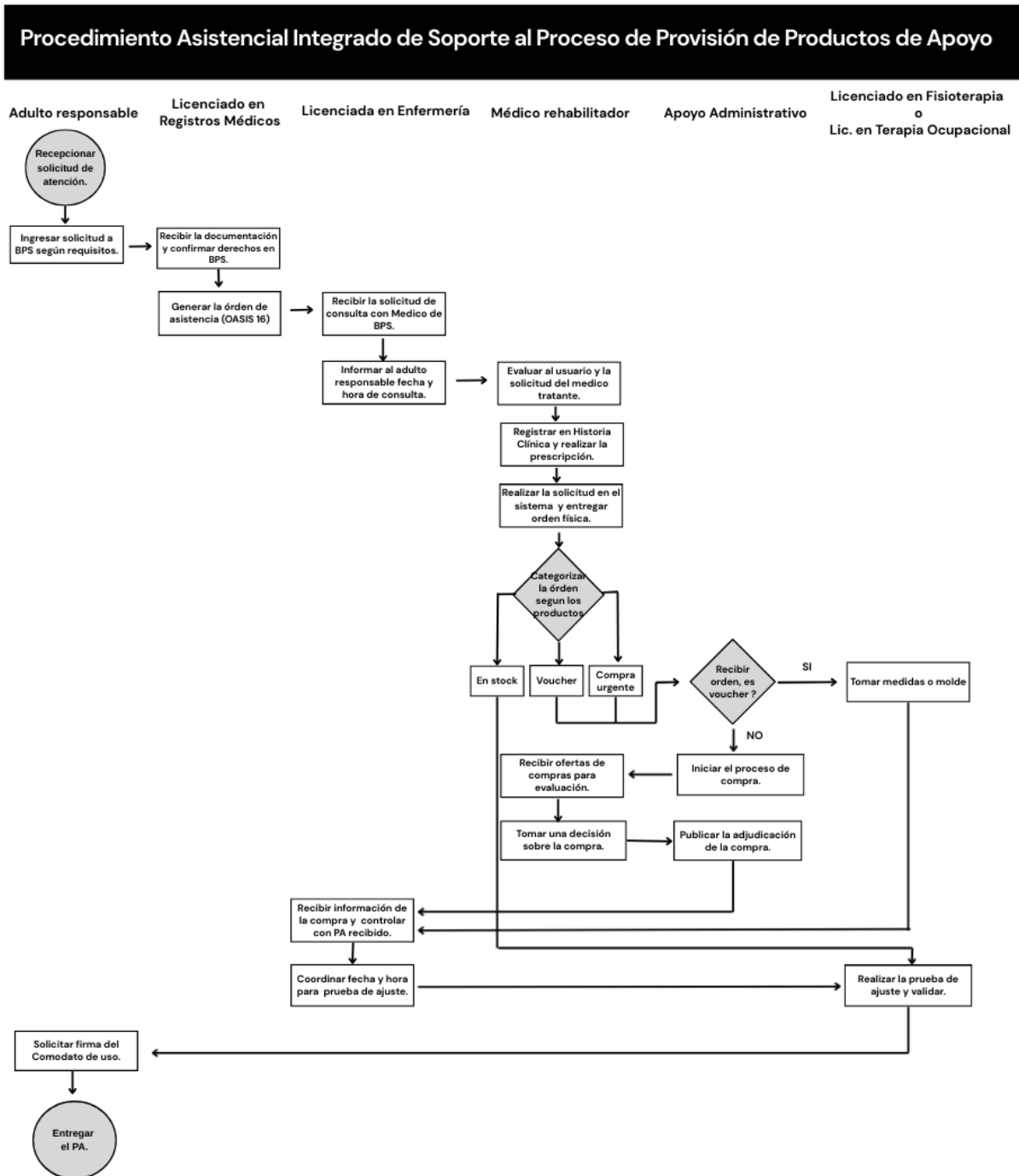
- Recibir información de compra y controlar con PA recibido.
- Coordinar fecha y hora para prueba de ajuste.
- Realizar la prueba de ajuste y validar.
- Solicitar firma del Comodato de uso.
- Entregar el PA.

## **Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte al Proceso de Provisión de Productos de Apoyo (PAIS)**

Continuando con las indicaciones técnicas establecidas por Mari, J. 2020, sobre procedimientos, se confeccionó el Cursograma del PAIS (véase Figura 3) que fue elaborado en base a la información relevada sobre las tareas que lo integran, la vinculación secuencial que entre ellas y el método o forma de ejecución. A continuación se visualiza la Tabla de actividades y procedimientos del PAIS donde se expone en forma de desarrollo las tareas a realizar y los responsables de cada actividad. (véase Tabla 6)

Figura 3

Cursograma del procedimiento asistencial



**Tabla 6**

**Actividades y procedimiento del proceso asistencial**

<p><b>Actividades del proceso asistencial de provisión de Productos de Apoyo</b></p>	<p><b>Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte mediante el cual se ejecutan las actividades del Proceso Provisión de Productos de Apoyo</b></p>
<p>Iniciar el trámite de solicitud de los productos de apoyo ante el BPS.</p>	<p>Un adulto responsable del menor envía por mail a <a href="mailto:recepcionudt@bps.gub.uy">recepcionudt@bps.gub.uy</a> o se dirige personalmente a la oficina del equipo de recepción de CRENADECER en Av Agraciada 2965 Montevideo-Uruguay, con fotocopia de cédula, receta del médico tratante y negativa del prestador a proveer el producto de apoyo que fue indicado.</p>
<p>Recepcionar y analizar la documentación por parte del BPS.</p>	<p>La documentación es recibida por un Licenciado en Registros Médicos de BPS, que se encarga de confirmar en el sistema informático de BPS los derechos de cobertura asistencial de la persona, para poder generar la Orden de Asistencia correspondiente a los usuarios de asistencia complementaria (denominada OASIS 16)</p>
<p>Coordinar una cita con médico rehabilitador del BPS.</p>	<p>Una vez confirmados los derechos de cobertura, se comunica con el Licenciado en Enfermería del servicio correspondiente y obtiene turno para consulta con médico rehabilitador del CRENADECER. Se comunica con el familiar por correo electrónico y/telefónicamente para informar sobre fecha y hora de la consulta.</p>
<p>Prescribir los productos de apoyo por el médico rehabilitador de BPS.</p>	<p>El Médico rehabilitador evalúa al usuario junto con la solicitud de producto de apoyo emitida por el médico tratante del prestador y registra la atención en Historia Clínica. Existen formularios en el sistema de HC para algunos de los productos de apoyo. Si procede realiza la solicitud en el sistema y entrega al adulto responsable una orden en papel, se entregan tantas órdenes como productos solicitados.</p>
<p>Entregar los Productos de Apoyo.</p>	<p><b>Entrega de los productos de apoyo (PA):</b> La disponibilidad del producto de apoyo depende de si el CRENADECER:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Los tiene almacenados en sus instalaciones en el caso de un PA estándar.</li> <li>B. Debe adjudicar la compra a algunos de sus proveedores en los casos de productos de apoyo que requieren confección personalizada.</li> </ul>

C. Debe proceder a realizar una compra urgente de salud en los casos no incluidos en los puntos anteriores.

**Entrega de productos de apoyo estándar del stock de CRENADECER:** Si el dispositivo se encuentra en el stock del servicio, se informa a la Licenciada en Enfermería quien coordina la entrega del producto, que está resguardado en el subsuelo de la Unidad de Atención Ambulatoria de CRENADECER. Se realiza la prueba de ajuste por Licenciado en Fisioterapia, Licenciado en Terapia ocupacional o el Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación que realiza la prescripción. Si la prueba de ajuste es adecuada, se firma un comodato de uso, se explica el uso cuidados del producto y se efectiviza la entrega.

**Entrega de productos de apoyo que requieren confección personalizada:**

Si el producto requiere la toma de molde o medidas y no está disponible en stock, pero se encuentra dentro de la lista de productos de apoyo incluidos en los procedimientos de compra vigentes del BPS (voucher), el adulto responsable entrega la orden realizada por el médico de BPS en el sector de Apoyo Administrativo al Servicio de Rehabilitación quienes coordinan la toma de molde o medidas, de ser posible para ese mismo día o para cuando el beneficiario tenga disponibilidad.

Una vez que el proveedor entrega el producto (en general, el proveedor cuenta con un plazo de 15 días para entregar en BPS el producto confeccionado) éste es recibido por el Licenciado en Enfermería del servicio, quien constata que sea el producto solicitado y realiza la coordinación para la prueba de ajuste y entrega del PA al beneficiario. En ésta cita estarán presentes el Licenciado en Fisioterapia, el Licenciado en Terapia Ocupacional o el Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, el técnico de la empresa que confeccionó el producto y el beneficiario acompañado por un adulto responsable.

Si la prueba de ajuste es adecuada, se solicita al adulto referente la firma de un comodato de uso, se le explica el uso y los cuidados del producto, efectivizando la entrega. Si no se logra el ajuste y las modificaciones se pueden realizar en instalaciones del BPS, el técnico de la empresa proveedora realiza los ajustes correspondientes, se prueba nuevamente, y

si se logra el ajuste se procede a la entrega luego de solicitar la firma de un comodato de uso y de explicar uso y cuidados del producto. Si el ajuste no se lograra todavía, se puede autorizar al proveedor a realizar los ajustes correspondientes en su taller o solicitar confeccionar nuevamente. En estos casos se iniciará expediente por probable incumplimiento.

**Entrega de productos de apoyo que requieren compra por urgencia:**

Si el PA no forma parte de la lista de productos incluidos en los contratos vigentes (stock o voucher) el adulto responsable entrega las órdenes generadas por el especialista en la oficina de Apoyo Administrativo al Servicio de Rehabilitación, para que el funcionario administrativo de BPS pueda iniciar el procedimiento de compra en GRP (sistema informático). La Oficina de Compras Salud es quien se encarga de realizar la compra, catalogada en el sistema como: “Compra Salud Urgente”. Esta oficina publica el pliego particular, invita oferentes, etc.

Una vez obtenidas las ofertas y finalizados los plazos establecidos por ley, envía al médico de BPS las ofertas recibidas para ser evaluadas desde el punto de vista técnico. Realizada esta evaluación, realiza el registro en GRP.

El sector administrativo de la oficina de compras y secretaria de administración y control comunica de forma pública la resolución de adjudicación. Si no hay dificultades con la adjudicación, el proveedor debe entregar el producto en el plazo establecido en el pliego particular.

La Licenciada en Enfermería recibe el producto y constata que sea el solicitado, realiza la coordinación de fecha para la prueba de ajuste y entrega del PA donde estarán presentes el beneficiario acompañado por un adulto responsable, el técnico del BPS y el proveedor.

Si la prueba de ajuste es adecuada, se orienta al usuario del PA en su uso, se firma comodato de uso y se entrega. Si no se logra ajustar, se puede autorizar a llevar al taller del proveedor a realizar los ajustes correspondientes en un plazo que se determina según el tipo de ajuste, posteriormente se vuelve a coordinar fecha para prueba de ajuste y entrega.

## **Conclusiones**

El presente trabajo ha tenido como objetivo el análisis de la gestión de la Provisión de Productos de Apoyo en CRENADECER pero no solo cumple con lo mencionado sino configura una base documental para profundizar en futuros trabajos sobre esta temática que puedan realizarse en éste Centro o por otras instituciones proveedoras de Tecnología Asistiva a nivel local. Los productos finales son la ficha del Proceso Provisión de Productos de Apoyo y la ficha del Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte a través del cual se ejecutan las tareas, ambos representan herramientas que pueden ser utilizadas por el Servicio de Rehabilitación del BPS para facilitar/profesionalizar desde el punto de vista de la gestión, el trabajo cotidiano en materia de Provisión de los Productos de Apoyo de movilidad y posicionamiento, que actualmente representa un servicio de valor y de gran importancia a nivel nacional. A partir del relevamiento documental, las entrevistas realizadas y la observación directa fue posible identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora. Dada la magnitud de la demanda y complejidad de los productos que brinda el Centro de Referencia es de suma importancia establecer procesos y procedimientos claros, homogéneos y estandarizados.

Luego del análisis se confirma una gestión asistencial altamente dependiente de la experticia individual del equipo de trabajo, careciendo de una formalización documentada que garantice un modo de hacer y una trazabilidad del proceso. La ausencia de un proceso y procedimiento documentado expone a la organización a riesgos operacionales generando mayores niveles de variabilidad en la calidad del servicio que se presta, dificultando la capacitación de personal nuevo que ingresa a la organización, repercutiendo asimismo en el control interno y en el control del gasto. Se entiende al proceso de provisión de Productos de Apoyo fundamental para el cumplimiento de la misión y visión Institucional de BPS, por lo

que se entiende que la estandarización es clave para pasar de un proceso artesanal a un sistema de gestión de calidad.

En cuanto al análisis de los indicadores de gestión se puede observar, en lo relativo a tiempo de espera por modo de provisión, que la provisión a partir del stock es eficiente ya que no presenta días de espera. En cuanto a la provisión por voucher el tiempo de espera es de 15 días no asociado a la prescripción médica sino a la coordinación con proveedores externos y con los usuarios para la toma de medidas o moldes. Para los productos a ser adquiridos por compra de salud urgencia el promedio es de 120 días condicionado por plazos legales para realizar la compra.

Se visualiza además la necesidad de un marco legal regulatorio para los servicios de provisión de Tecnología Asistiva a nivel nacional, donde los órganos rectores definan con claridad los catálogos o listas prioritarias de productos de apoyo, las fuentes de financiamiento, así como la población de referencia a la que cada prestador debe garantizar la cobertura asistencial.

La existencia de un Proceso de Provisión de Productos de Apoyo (PPPA) y un Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte (PAIS) favorece la práctica asistencial así como también la gestión del aprovisionamiento de recursos materiales del servicio. El PPPA establece el qué y el porqué mientras que el PAIS define la secuencia de acciones y sus responsables, importante a la hora de ejecutar las tareas. Se considera que al documentar y formalizar se asegura que todos los usuarios reciban el servicio bajo las mismas condiciones de calidad, en forma oportuna configurando equidad en el servicio. No solo es fundamental para los usuarios sino para la organización, quienes podrán analizar la trazabilidad de los procedimientos, corregir desviaciones y llevar un control adecuado de los productos de apoyo otorgados. La implementación de un proceso se proyecta más allá de lo operativo también acerca a CREDANECER a cumplir un rol protagónico en las políticas sobre discapacidad en

el país alineándose con la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad y con la Ley 18.651.

Es importante mencionar que el proceso es un primer paso para la digitalización y sistematización de la información que posibilite la monitorización de las entregas, los indicadores y lograr una mejor gestión de la demanda de PA.

En síntesis, el presente trabajo pretende validar, y a través de la documentación, posibilitar la estandarización del Proceso Provisión de Productos de Apoyo y del Procedimiento Asistencial Integrado de Soporte mediante el cual se ejecutan las actividades de dicho proceso. La contribución de nuestro trabajo permite el análisis de la provisión de productos de apoyo mediante un enfoque de procesos, respetando la forma de trabajo actual del servicio, reconociendo las dinámicas de trabajo profesionales y validando la experiencia acumulada en CRENADECER en sus 15 años de trayectoria institucional en materia de Tecnología Asistiva. Creemos que el producto final de este trabajo puede contribuir a una gestión técnica eficiente y de calidad del servicio de provisión de Productos de Apoyo.

## Referencias

- Evolución histórica*. (2016, October 27). BPS. Retrieved December 2, 2025, from <https://www.bps.gub.uy/11626/evolucion-historica.html?utm>
- Guerrero, D., & Rodriguez, A. M. (2020). *Gestión estratégica de y por procesos*. Montevideo, Uruguay.
- Instituto Nacional de Estadística. (2004, Diciembre). *Encuesta Nacional de personas con discapacidad*.  
[https://www5.ine.gub.uy/documents/Demograf%C3%ADayEESS/PDF/Informes%20Demogr%C3%A1ficos/discapacidad%20\(1\).pdf](https://www5.ine.gub.uy/documents/Demograf%C3%ADayEESS/PDF/Informes%20Demogr%C3%A1ficos/discapacidad%20(1).pdf)
- Ley 18.418*. (2008, noviembre 20). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18418-2008>
- Ley N° 18651*. (2010, marzo 09). <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18651-2010>
- Mari, J. (2020, marzo). *Los procesos y los procedimientos administrativos en las Organizaciones* (4° edición ed.). Montevideo, Uruguay.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2014, enero). *Uruguay y la convención sobre derechos de las personas con discapacidad*.  
[https://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/33704/1/convencion\\_enero\\_2014.pdf](https://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/33704/1/convencion_enero_2014.pdf)
- Ministerio de Desarrollo Social. (2025, agosto 12). *Bases hacia la construcción del 1er. Plan Nacional por la Accesibilidad y los Derechos de las Personas con Discapacidad*.  
[file:///C:/Users/Ceibal/Downloads/\\_Bases\\_hacia\\_la\\_construccion\\_del\\_1er\\_Plan\\_Nacional\\_por\\_la\\_Accesibilidad\\_y\\_los\\_Derechos\\_de\\_las\\_Personas\\_con\\_Discapacidad.pdf](file:///C:/Users/Ceibal/Downloads/_Bases_hacia_la_construccion_del_1er_Plan_Nacional_por_la_Accesibilidad_y_los_Derechos_de_las_Personas_con_Discapacidad.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2020, agosto 12). *Guía de derechos y apoyos para personas con discapacidad en Uruguay*.

Ministerio de Salud Pública. (2023). *Objetivos sanitarios nacionales 2030*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030>

Ministerio de Salud Pública. (2024, julio 01). *PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA SALUD (PIAS)*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/politicas-y-gestion/plan-integral-atencion-salud-pias>

Ministerio de Salud Pública. (2024, diciembre 09). *Plan nacional de rehabilitación en salud física de Uruguay*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-rehabilitacion-salud-fisica-uruguay-2025-2030>

Ministerio de Salud Pública. (2024, diciembre 09). *REHABILITACIÓN EN SALUD FÍSICA EN URUGUAY*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-rehabilitacion-salud-fisica-uruguay-2025-2030>

Ministerio de Salud Pública. (2025, julio 29). *Informes del segundo relevamiento de servicios y recursos en rehabilitación física en salud de Uruguay*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informes-de-l-segundo-relevamiento-servicios-recursos-rehabilitacion>

Ministerio de Salud Pública. (2025, julio 29). *SEGUNDO RELEVAMIENTO DE SERVICIOS Y RECURSOS DE REHABILITACIÓN EN SALUD FÍSICA EN URUGUAY*.  
<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informes-de-l-segundo-relevamiento-servicios-recursos-rehabilitacion>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*.  
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182>

Organización Mundial de la Salud, & Unicef. (2022). *Global report on assistive technology*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049451>

Organización mundial para la salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento,*

*de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*.

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

Red Pro cuidados. (2023, Diciembre). *MAPEO DE PRESTACIONES PÚBLICAS EN AYUDAS TÉCNICAS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EXTRAHOSPITALARIOS EN URUGUAY*.

<https://www.redprocuidados.org.uy/wp-content/uploads/2024/05/MAPEO-AYUDAS-TECNICAS-Y-DISP-EXTHOSP-DIC-2023.pdf>

Rodriguez, A. M. (2020). *Análisis y diseño de procedimientos*. Montevideo, Uruguay.

IMPO. (2019, 03 20). *Ley N° 19666*. IMPO. Retrieved December 7, 2025,

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19666-2018>

## ANEXOS

### ANEXO A

#### **Entrevista a la Dra. Ana Kuster, Gerenta de Servicios Asistenciales de BPS.**

**Equipo:** Hola Ana, gracias por recibirnos, nosotros somos un grupo de estudiantes del posgrado en gestión de servicios de salud de la Udelar que estamos ya en la etapa de elaboración del trabajo final. Avanzamos bastante, pero visto de afuera, nos pasa un poco lo que es esperable, que no entendemos bien aún cómo está la logística de funcionamiento instalada. Entonces, abarcamos parte de lo que es el servicio de provisión de productos de apoyo en tecnología asistiva enfocándonos en los productos de movilidad y posicionamiento, en colaboración con Mariana, que es la que tiene la mayor expertise.

Detectamos que el sistema o la forma de trabajo que tienen instalada para la provisión de los productos de apoyo (estamos enfocados solamente en movilidad y posicionamiento), es de calidad, se conoce, es conocida, funciona, pero no está procedimentada. Si mañana viene el personal nuevo, la capacitación a ese personal depende de que estén los profesionales que hoy están llevando adelante esta forma de trabajo.

Entonces, los riesgos que nosotros vimos es que la provisión final del producto podría tener alguna variación que no fuera lo que el centro necesita o para lo que está pensado el proceso y creímos que podría tener algún valor dejarlo procedimentado. Por lo menos, no han cambiado, no hacer un rediseño, pero sí una procedimentación escrita tanto del proceso asistencial integrado de la provisión del producto como de los procedimientos que ellos tienen asociados.

**Kuster, A:** Háganme en memoria, porque el otro día le pregunté a Mariana, porque ella ya me había escrito ¿Cómo es el título y el objetivo del trabajo de ustedes? ¿Es una tesis? Una tesis final.

**Equipo:** El nombre del trabajo es de organización del servicio y provisión del producto de apoyo y se está centrado particularmente en los productos de movilidad y posicionamiento.

**Kuster, A:** ¿Y el objetivo de trabajo, el alcance?

**Equipo:** El alcance es llegar al procedimiento, y entregar un producto final que es un procedimiento.

**Kuster, A:** Un procedimiento. Igual partieron como de un diagnóstico de situación, que es un poco esto que me estás contando de lo que evidenciaron como posibilidad de mejora.

No, bueno, lo que pasa es que uno piensa a veces. Tantos años que hay cosas que deberían estar hechas. Lo que pasa que también... Primero, yo no sé si ustedes deben de tener el organigrama por ahí, pero lo que nos pasa es que hay cosas que la gerencia desde mi lugar puede hacer o de alguna manera encauzar o dar la directiva de esto hay que hacerlo. Pero han habido como muchos cambios en estos 5 o 6 años últimos hasta sacando la pandemia por medio en cuanto a los niveles gerenciales, el modo de trabajo, lo que se pretendió hacer el año pasado con el proyecto EPOF, que no sé si están un poco al tanto, que buscó muchas cosas de estas, de hacer guías de práctica clínica o protocolos asistenciales, pero bueno, muchas cosas que van por el camino. Yo no estuve directamente involucrada con el proyecto EPOF, sino con una gerencia en paralelo que se encargó de toda esa parte como más dura, con personas que de alguna manera iban y hacían como de interlocutor con los técnicos clínicos especialistas de cada área, de cada equipo de referencias, fibrosis quística, etc.

Pero es verdad que viéndolo así tal vez toda la parte de rehabilitación y de terapia física quedó un poco por fuera y en paralelo. Lo otro que iba a decir es eso, los cambios, yo llegué acá en el 2018, hasta el febrero del 20 hubo una gerencia, después hasta el 24 hubo otra gerencia, hoy hay otra gerencia, son como muchos cambios y en el medio, porque también forma parte de lo que es la estructura de las personas y lo que uno puede abarcar y hacer y generar como producto. No es excusa, pero es como que yo a veces trato de, bueno, cada uno en su tema porque si no nos estamos cruzando permanentemente y tapando todos los agujeros, que es un poco mi rol también, tapar todo lo que no hay.

Y en realidad siempre desde el inicio hasta cuando yo concursé para entrar acá estuvo pensada una jefatura de rehabilitación de todo esto, que de alguna manera uno debería proponer o trabajar en forma más directa todas estas cosas como para ordenar ese servicio y que no la hubo. O sea, no sé si se llamó concurso, nunca se llamó concurso de jefatura y bueno, hasta el día de hoy está acéfala, entonces es un servicio que es muy grande, que tiene un alcance bastante importante, donde se maneja una diversidad de equipamiento, de pacientes, de necesidad, de terapia, de hidroterapia, de gimnasio, de respiración, de un montón de cosas, que tienen todos los otros licenciados como parte del equipo, se está sumando una Fono ahora, se sumó hace cuatro años un psicomotricista, o sea, se está buscando para que el equipo sea completo con todas las dificultades que hay detrás de cada persona que uno necesita y bueno, ahí sigue en el paralelo el proceder la asistencia o cuidado por el camino. Es verdad que hay un cuerpo estable, duro, de hace muchos años, de especialistas que claro, que

conocen casi como la palma de la mano la forma de lo que se hace y pequeños cambios que se han introducido como que se han ido adaptando muy fácilmente.

Pero es verdad, mañana ingresa uno y estaría muy correcto, muy bien decirle bueno, esto es así, cuando necesites pedir algo tenés que hacer esto, empieza por acá, tenés que asesorar, tenés que ver, viene la etapa de toma de medidas, si se ajusta, si no se ajusta, el posible incumplimiento, todo lo que genera un tema de, sobre todo lo que es a medida para el paciente. Y lo más es tardar, claro, se zafa. Pero bueno, sí, bien.

**Equipo:** ¿Qué población atienden ustedes acá? Tipo de usuario y volumen asistencial.

**Kuster, A:** Bueno, en realidad hay dos poblaciones que también es un poco complejo explicar. Si vamos como a la evolución histórica de lo que hoy es el Centro de Referencia, en realidad la asistencia de BPS, si vamos como hasta el 2010, incluso 2008, previo a la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, era vinculado al trabajador, a la esposa del trabajador, a los hijos del trabajador.

Los servicios asistenciales que tenía el Banco de Previsión Social en ese momento era la atención básica de la maternidad, los primeros años de vida del niño, lo que eran antes los centros maternos infantiles. Con el Sistema Nacional Integrado de Salud, con la cobertura de alguna manera en forma paulatina y universal para toda la población, el objetivo asistencial de BPS, de alguna manera, esos trabajadores y sus familias fueron mandados por las leyes y ordenanzas sucesivas a asociarse a un prestador integral de salud. Entonces el BPS quedó como medio, bueno, ¿y ahora cuál es nuestro rol? ¿Cómo encajamos en el sistema? ¿Qué es lo que vamos a hacer? Si bien yo en ese momento no estaba, pero bueno, un poco lo que te cuentan de venir del BPS fue encontrar esta población que de alguna manera también ya asistía, el de MEQI para las malformaciones y los defectos congénitos y enfermedades raras, de hacer eso cómo lo sustantivo de la asistencia.

Entonces donde era una maternidad pasa a ser una internación para este tipo de pacientes, que ahora les cuento bien qué patologías, que todavía muchas de ellas la puerta está como entreabierta, se está definiendo todo como del último año para acá, el tema sobre todo de ordenar. Y bueno, y lo que era esto acá, el antiguo de MEQI, Departamento de Medicina Quirúrgica, se convirtió en el Crenadecer. Igual todo eso no fue inmediato, la ley es del 2008, 2007, se implementó en 2008 y todo esto que yo les cuento del Crenadecer antiguo, digo así, porque ahora si bien es Crenadecer también, en un momento fue a partir de una ordenanza ministerial, su creación y ahora funcionamos bajo una ley que es del 2019.

Empezó a ser como el ambulatorio de esos chiquitos que nacían con algún problema, que escapaban a lo que es un primer nivel de atención y un control pediátrico de un niño sano, en principio como concepto muy grande, y los centros maternos infantiles también se configuraron. En realidad se buscó convenio con ACE, se siguió asistiendo a pacientes de ACE y allí no se iba más y las mujeres que ahora estaban a luz un niño, que era, o sea, se asistía a su prestador de salud. Eso que yo les digo de la ordenanza ministerial es del 2013 y 14 con sucesivas incorporaciones.

Lo que ustedes hoy están tratando de trabajar es como una partecita del Crenadecer, en realidad el Crenadecer se conforma por cuatro servicios, cuatro pilares, como van a entendernos así. Si empiezo con un hilo cronológico antes de nacer, en nacimiento y después en el crecimiento y desarrollo de ese niño, se conforma por un servicio que se llama UMEFEPE, Unidad de Medicina Embrio Fetal y Perinatal, que lo que hace es hacer el screening del primer trimestre a las mujeres embarazadas. Funcionamos un poco por fuera de la reglamentación porque lo que te dice la última ordenanza viva, que ya tiene muchos años, es que se iba a tener un avance en etapas, que primero íbamos a llegar a las mujeres embarazadas, a los efectores públicos de Montevideo y la red metropolitana.

Lo cierto es que nunca se avanzó en etapas y se dio naturalmente por el boca a boca y un poco por el fomento interno del servicio de acceder a esta prestación, que por cierto no están espías. De hecho muchas mujeres que tienen la posibilidad de pagarlo y que su prestador de salud se lo ofrece, se hacen el ADN fetal de la sangre materna y lo envían al exterior y le viene ahí el resultado de su screening. Nosotros tenemos un servicio que ofrece eso en forma gratuita a todas las mujeres embarazadas que son referenciadas.

¿Es donde hace? No, ASSE y privada. De hecho se mantiene ya desde hace algunos años que más del 70% de las mujeres que llegan al servicio son de prestadores privados. Y bueno, hoy por hoy, ya les digo, funcionamos como por fuera de lo que es la reglamentación y bueno, no tiene ningún tipo de límite el acceso.

Se hace el screening y se informa. Esto es un poco por cuentos, se va un poco de la temática de ustedes, pero es un poco para contarles el paraguas que después yendo de lo más particular llegamos al servicio. Ahí como teoría lo que se busca con el screening son las tres trisomías más frecuentes, el síndrome de Down, Patau y Edwards.

Estos dos últimos se dicen normalmente que son incompatibles con la vida, pero bueno, hay algún chiquito a veces que tiene un tiempo de sobrevida. Y lo que se da una vez pesquisado, o sea hay información que se ingresa en un software y seguro que te tira un número, ese número

cae dentro de determinados estándares. De cero a tanto es riesgo bajo, no son probabilidades, no es diagnóstico.

De tanto a tanto es riesgo intermedio, de tal número a tal número o de valores es riesgo alto. Las de riesgo intermedio y las de riesgo alto se les ofrece un asesoramiento personal, se las llama, se las cita a las que quieren venir, no es obligatorio, es voluntario, siempre desde el inicio, desde que el ginecólogo te ofrece en la consulta este tratamiento voluntario. Y si es así se les ofrece a las que quieren ahondar en el diagnóstico para una toma de decisión, sobre todo desde el momento que está vigente la ley de interrupción del embarazo, no quiere decir que uno lo fomenta, pero bueno, uno le da una información técnica para que la mujer o su familia decidan luego cómo seguir.

Hay situaciones que hay mujeres que no quieren saber, muchas gracias, sigo con esto, hay otras que sí, se les ofrece una punción para toma dependiendo del diagnóstico probable, líquido amniótico, velloso corial o hasta sangre de cordón, eso se manda a un laboratorio tercerizado y ahí uno trata de ser como más específico en el diagnóstico, también hacemos en algunos casos particulares, o sea, excepcionales del ADN fetal en sangre materna. Eso es un EFP pre-nacimiento. El niño nace, lo otro que forma parte del Crenadecer, así como centro de referencia, que está, que no está, pero que sí y que funciona muy bien, es la pesquisa neonatal, que es cuando el niño nace en la maternidad se le toma la gotita de sal de talón, eso se envía al laboratorio, el laboratorio que forma parte del EPS, que está mandatado por sucesivas ordenanzas del ministerio, eso sí es obligatorio, todos los niños que nacen en el territorio nacional, se les toma la gotita de sangre, se manda al laboratorio y se procesan para las enfermedades que el ministerio determina son obligatorias de pesquisar.

Y ahí tenemos nuestros datos de incidencia, se los capta, se los repite, también es una probabilidad, esa gotita te pone en pista de que algo mal anda, después se hacen estudios confirmatorios en prácticamente todos los casos. De la pesquisa hay ciertas patologías que luego continúan en el centro de referencia, o sea, son derivados como centro de referencia para la atención con nosotros, como puede ser la fibrosis quística, que somos como el centro, no creo que haya algún fibro quístico en el país, sobre todo luego del 2013, puede haber algún asmático no diagnosticado que no fue y que en vez de asma es otra cosa y nunca se lo estudió, algún adulto, pero luego de implementar la pesquisa de FQ, todos los niños nacidos luego de esas fechas son atendidos acá. Eso tiene un impacto muy importante, sobre todo en los últimos años, luego de las incorporaciones de medicamentos de alto costo que han habido, que están teniendo un cambio bastante importante en las manifestaciones clínicas, en el control de la enfermedad y en la evolución.

Yo no soy tan mayor, tengo mis años, pero cuando yo estudié y pasé por la clínica pediátrica, FQ vivía hasta los 18 años, 20, y tenemos pacientes adultos, adultos grandes, y bueno, con una sobrevivida, creo que con una calidad de vida bastante aceptable, gente que trabaja, niños que estudian, y bueno, creo que eso ha cambiado mucho. La otra que sale derivada de la pesquisa es algunos de los errores innatos del metabolismo, por ejemplo la fenilcetonuria y muchos otros, que es una lista muy variada, como de 20 y pico enfermedades, que se asisten acá en un grupo interdisciplinario específico que se llama Errores Innatos del Metabolismo. Esos chiquitos tienen consecuencias, muchos de ellos importantes, sobre todo desde el punto de vista neurológico, porque aquella cosa que no tienen, ese error en el metabolismo, que muchas veces es una enzima, un cofactor, algo que lleva a que se metabolice todo de forma correcta, no lo tenés, todo eso que se acumula para atrás, muchas de las veces termina siendo neurotóxico.

Entonces son chiquitos que tienen retraso en el desarrollo, algún tipo de retardo mental, al ser neurotóxico van presentando trastornos también en el movimiento, tipo muscular, hepático, lo que sea, y agarrado en la pesquisa se supone, en la teoría lo que se dice es que vos detectó ese niño asintomático o presintomático y le das una dieta libre de eso, que no puede metabolizar, tendés a que ese niño sea sano, con un régimen muy controlado. De hecho los PKU tienen prácticamente una dieta vegetariana, si se quiere, y bueno, ahora con algunas incorporaciones que nosotros desde acá les damos, como la harina libre de proteínas y de todo lo que es gluten, incluso cuando nacen, que no comen, las leches todas libres de ese aminoácido que no pueden utilizar o esa cosa, tenemos una variabilidad de leches específicas que se compran muy grande, y bueno, ahora también les estamos dando el sustituto al huevo para que puedan producir alimentos un poco más variables, y está llegando creo que dentro de un mes el arroz y los fideos libres para que puedan comer.

**Equipo:** ¿Y se les provee de forma gratuita a las familias?

**Kuster, A:** Sí, totalmente gratuita. Y bueno, después hay otras cosas que salen de la pesquisa, como el hipotiroidismo congénito que se hace en su prestado integral, que la única intervención es la hormona, si se quiere, y son niños sanos, nosotros se supone que estamos libres de, ¿cómo es que se llama la enfermedad? Tímidos como otras mujeres. Sí, tímidos como otras, bueno, estamos libres de niños de hace muchos años, que es un retardo mental severo, importante.

De hecho, la primera niña pesquisada en su momento cuando se decretó esto, creo que ya tiene más de 30, 31 años, de ahí para acá, no debería haber niños portadores del hipotiroidismo, porque se detectan, se tratan, se les viene el niño normal. A Cecilia que dijo que es la gerente del laboratorio, trae un poco a colación las palabras de la que inició todo esto, que es una doctora muy conocida, que participa activamente de las actividades que hacemos siempre desde pesquisa, es que desde que comenzó esto, hay una escuela de niños de aproximadamente 670 niños sanos, que de otra manera tendrían desarrollo alterado, enriquecimiento alterado, incluso acá tenían muertos muchos de ellos. La hiperplasia supra-órgano congénita también, en realidad, hay un mecanismo ahí del sodio, no sé qué, que son muchas veces causas de muerte súbita, de esas que no se conocen o qué sé yo, algunos podrían llegar a haber tenido esto.

Bueno, si se pesquisa, hasta hemos salido a buscar el prestado integral, cuál es la endocrinóloga de guardia, llévalo ya, que lo atienda, que dale tal cosa, se atiende su prestado integral, pero siempre tenemos como una contrarreferencia como muy fuerte en ese sentido, porque son niños que hay que cuidarlos muchos y empezar cuanto antes la intervención. Bueno, se detectan, se pesquisan y muchas veces lo otro que tenemos es que bueno, con el desarrollo, niños pequeños, un año, unos años, empiezan a aparecer cosas que los pediatras en los controles detectan y que dicen, esto puede ser tal cosa, esto puede ser tal cosa, tenemos que ir al centro. Entonces nosotros acá tenemos como nuestra puerta de entrada, que es el comité de recepción, que es donde recibe las solicitudes, que pueden ser como dos cosas, a veces son estudios genéticos de confirmaciones de enfermedades, que los estudios genéticos, a no ser el cariotipo, no está hoy tampoco en el PIAS, entonces lo mandan para que nosotros de alguna manera financemos ese estudio y secundariamente confirmamos si tiene una enfermedad, que puede ser del centro o no, o directamente para el ingreso, que ya tiene el diagnóstico, que ya se lo hicieron, los padres lo pagaron o no sé qué, o cómo hace, muchas veces decide abonar cosas que no están en el PIAS, tienen el diagnóstico y lo mandan para el ingreso.

Y ahí se desencadena el camino interno acá. El cariotipo se hace afuera. El cariotipo lo hacen los prestadores integrales, tampoco los prestadores integrales tienen obligatoriedad de ofrecer la consulta con un genetista, hoy por hoy la gran mayoría lo tienen, pero no es algo que está mandatado, entonces lo que nosotros hacemos, porque las solicitudes de estudios genéticos es laborioso y son muchas en general, o sea, viene por el comité de recepción, el comité de recepción lo ve primariamente, pero después hay una genetista que los ve detrás y que de alguna manera autoriza o no.

Porque bueno, a ver, muchas veces algunos pediatras un poco alejados de esto tan específico, te pueden poner en pista o en pesquisa y entonces podés irte a pensar lo más extraño y en realidad capaz que no es o justifica un estudio genético un poco más de baja complejidad para descartar otra cosa antes y después ir a lo que está hoy en boga, el exoma bendito, que todos quieren el exoma para ver dónde tengo. Y bueno, y ahí empieza la asistencia, una vez que se confirma alguna de las patologías que forman parte del centro de referencia, empieza el camino interno de asistencia con los especialistas y con los distintos equipos. Los equipos hoy por hoy que están conformados bajo la ley del centro de referencia que se aprobó por decreto ministerial en diciembre del 24 y que tuvo una modificatoria en febrero del 25, o sea que es sumamente reciente, 23-24, igual es reciente, para los procesos legales es reciente, lo que cambia es el financiamiento, el financiamiento de los centros de referencia es a través del Fondo Nacional de Recursos, entonces de alguna manera las patologías que están taxativamente enumeradas en esos decretos, ordenanzas, ya ahora me estoy cruzando ordenanzas, se supone que están financiadas por el fondo, digo se supone porque todavía esos carriles de dinero y de financiamiento están ajustándose, están caminando, eso funciona hoy por hoy, pero tiene algunos cuestionamientos que no hacen a la charla de hoy, pero bueno, es como el cambio sustancial que hay por debajo de eso.

Paralelamente, siempre las cosas son posibles de ser modificadas, mejoradas, y nunca tal vez se es tan amplio como a uno le gustaría, y en esas ordenanzas quedaron por fuera patologías o síndromes, que el BPS ya venía asistiendo y que si uno se pone como muy cuadrado de estos sí y estos no, quedarían por fuera o por hoy del centro, entonces luego de muchas reuniones, conversaciones, análisis, informes, el banco de previsión lo que decidió es, estas patologías también las vamos a seguir extendiendo, no con presupuesto fondo, no son informadas estas asistencias al fondo, las seguimos atendiendo por nuestra cuenta. Eso es como estamos parados hoy en el presente con esta situación. La población objetivo, luego de todo este periplo, la podemos ordenar en pacientes que continúan la asistencia en BPS, que tienen su derecho asistencial con nosotros, pero que son anteriores al Sistema Nacional Integrado de Salud, que nunca se les dijo, a ustedes no les corresponde venir más acá, vayan al Prestador Integral.

Muchos lo hicieron en forma voluntaria, y hoy por hoy tenemos algo así como 4.300 pacientes, que son lo que nosotros llamamos OASIS 13, OASIS es un apócope de órdenes asistenciales, orden de asistencia, eso marca una referencia de qué le corresponde, qué derechos tiene, como conceptos generales, la orden de asistencia de momento, hasta que el

organismo no define otra cosa, es hasta la muerte de la persona, o sea que es, por más que tenga intervalos, que nosotros muchas veces lo que hacemos es para tener un padrón de usuarios, un poco claro de qué asistencia tenemos, que se mueve en forma continua año a año, para un poco planificar la disponibilidad, la oferta, hacemos como depuración de los padrones, y muchas veces lo que hacemos es como bajar, eso no quiere decir que si pasan 5 años y viene y pide, porque se operó de la columna en el 2020, y quiere ver al traumatólogo, se le niegue, se le vuelve a abrir la agenda y tiene asistencia con nosotros, ese es un poco el concepto. Luego tenemos un grupito ahí que va quedando, que lo han ido depurando, de lo que son las OASIS 18, una vez que comenzó la ordenanza del crenadecer allá en el 2013, todos los pacientes que fueron entrando allí, fueron con una OASIS 18. Hoy por hoy tengo algo así como que más de 20 OASIS, porque qué pasa, a cada equipo de asistencia se le dio una OASIS, entonces tú tenés fibrosis quística, tenés OASIS 37, tú tenés, lo otro que no les dije, hay algunas que no necesitan demasiado cuestionamiento, porque son malformaciones y son evidenciales a simple vista, que son la fisura de la alveolopomina, que en realidad es un poco más amplio, porque son malformaciones del primer arco branquial, entonces es más allá que la fisura, y el mielomeningocele, entonces tenemos un grupo que es mielomeningocele, OASIS 40, que forma parte del centro, bajo la ley del centro de referencia, financiamiento fondo, del 2019, claro, y después tenemos errores sin dato de metabolismo, pero lo que te dice la ordenanza es derivado de la pesquisa neonatal, entonces tenés unos que sí, y otros que no son derivados de la pesquisa neonatal, entonces hicimos otro grupo, que son errores sin dato de metabolismo no fondo, y así hemos ido abriendo, tratando también de ordenar a la interna un poco la asistencia, porque se supone conceptualmente que cada grupo de esto va a tener una canasta de prestaciones asociadas, que por la patología le corresponde, eso todavía no se ha hecho, pero es lo que está como en perspectiva, y es en lo que supongo yo se va a trabajar, prestaciones de especialista que le corresponde, medicamentos que te corresponden, interconsultas o estudios paraclínicos que te corresponden, por tu patología.

Por ejemplo, es habitual que como nosotros tenemos un servicio odontológico bastante sólido, con prestaciones bastante amplias en cuanto a tratamientos de ortodoncia y odontología, básica, pero un poco más ampliada por las fisuras de todo lo que se hace, muchas veces un paciente, por ejemplo un fibroquístico, viene a la consulta y me duele, tengo una carie, me puse a parar, lo deriva a odontología. Eso en principio conceptualmente no debería pasar porque el tema odontológico de primera mano no tiene vínculo directo con la fibrosis quística en sí. Lo que se pensó, y lo digo porque estoy quedando grabada, porque esto es muy dinámico y puede cambiar, es que, claro, las canastas están directamente vinculadas con la

patología. Que también es muy difícil separar el cuerpo humano en pedacitos, ¿no? Porque muchas veces, yo me acuerdo cuando, como yo les digo, yo de clínica tengo bastante poco, llegué acá y tenía uno de los primeros casos, una niña de 9 años coordinada por una colecistectomía. ¿Qué hacemos nosotros pegando vesícula? Lo cuestioné, no la autoricé, a las 2 horas tenía a la neumóloga sentada ahí.

Y claro, que no, que tú tenés que saber que la fibrosis crítica, que los canales, que no solo impacta el pulmón, que también lo digestivo, y que entonces, y que tiene las piedras y que hay que sacarlas. Y tenía razón. Entonces, uno tiene, ¿no?, de a poco ir y ver hasta dónde, porque es muy difícil segmentar a una persona.

Pero bueno, hay cosas que se pueden considerar con las debidas justificaciones, pero hay otras cosas, como medias gruesas, que corresponden y otras que no. Y bueno, es un poco eso, ¿no?, de ordenar la asistencia. Y bueno, el servicio de rehabilitación.

Como yo lo concibo, el servicio de rehabilitación es sumamente amplio. Yo te diré que prácticamente todos los pacientes que se atienden acá, en algún momento de su vida, no sé, puede haber algún error innato, el metabolismo que no, pero van a llegar o van a tener algún cruce con algo de lo que implica el servicio de rehabilitación. Sea por un equipamiento, o sea por una consulta, porque muchas de estas patologías tienen un toque neurológico, todo lo que sean, ya esté yo que sé, ataxias neuromusculares, hasta la fibrosis quística por la restricción respiratoria que te da la propia enfermedad, se van al servicio y en la terapia te discapacitan y todo lo demás.

Este, no sé, es como muy, muy amplio. El mielomeningocele, que puede ser triangular o no, pero en realidad la evolución va agregando cronicidad y ampliamiento de su patología, entonces puede tener una terapia de hidroterapia, puede tener rehabilitación física de fisioterapia también, ni qué decir si tienen derivación que pueda tener algún impacto también más de tipo neurológico, tener alguna secuela quirúrgica, o sea, son como muy complejos, tienen como mucha diversidad de manifestaciones clínicas y de implicancias que pueden necesitar en algún momento una fisioterapia, una intervención médica con una conducta, un recurso, o sea, los mielos, las sillas, muchos de ellos, nuestro gran demandante por decirlo así, silla y posterior recambio, porque a veces son chiquitos que van creciendo y las sillas hoy por hoy se extienden, se amplían, se agrandan y todo lo demás, pero también el uso las deteriore, necesitás un recambio, son muchas cosas. Y después tenemos de estos que yo les digo, de las OASIS 13, de antes, pacientes que ya son adultos jóvenes, la mayoría de ellos, que muchos son parálisis cerebrales desde el momento que hoy por hoy estrictamente de parálisis cerebral no ingresarán, que tienen necesidad de este tipo de recursos desde, no sé, bipedestador,

andadores, estabas supinas, apoyos para todo lo que es el tema del baño, de la silla, no sé, de estos saben un pedo más que yo, pero todo lo que se les ocurra.

**Equipo:** Una consulta, ¿cómo es el seguimiento, por ejemplo, del andador y la silla rueda, luego que ya lo tiene el usuario? ¿Tiene que venir a un control cada tanto? ¿Cómo es el seguimiento?

**Kuster, A:** Yo creo que del equipo en sí no, lo que está pautado es el control asistencial de la persona que, en teoría, cada vez que viene, no te digo que va a venir consultado la supina, pero si es con el andador y que hace a su vida diaria ya su movilidad diaria debería ver con él para evaluar si le es suficiente, si necesita otra cosa, si se rompió o está inestable y hay que cambiarlo, pero es en la consulta, no es que se haga, corregime Mariana, vos que sabés más, un control directo sobre la tecnología. ¿Tienen un registro, por ejemplo, de que a esa persona en tal tiempo se le dio un andador o una silla de rueda? A ver, sistematizado se ha intentado muchas veces desde tablas Excel a otras cosas, ahora se está generando un software de creación propia de dos iluminados que tenemos acá, dos funcionarios que un poco con la idea de Mariana de la necesidad han podido desarrollar para tener esa trazabilidad, porque incluso muchas veces mientras se compra ese equipamiento a medida, tenemos nosotros en nuestro haber posibilidad de darle algo intermedio para que vaya usando, algo que es usado, que es como de segunda pero que está bien y está correcto, entonces mientras espera se lo lleva, eso antes capaz que ni se registraba o alguien lo anotaba en un cuadernito, pero no había un registro con esa trazabilidad que uno espera, recién ahora se está empezando a hacer eso, de cuando se lo lleva, de cuando se lo devuelve, que tenga un número como si fuese un inventario, pero del equipo, entonces que uno pueda seguir, en tal fecha se lo llevó fulano, lo devolvió, se lo dimos a vengar, no se preparó o no se puede usar más, se da de baja, se desecha, todo ese tipo de cosas. En un momento yo recuerdo cuando se implantó el MHO, que es el sistema que tenemos actual, es de gestión administrativa e historia clínica, porque dentro del MHO está la historia clínica, pero también está la gestión de farmacia y también está la gestión de todo lo que es las órdenes de trabajo, de pago de proveedores, sea un sueldo para un profesional que es destajista y que se le paga por orden de trabajo, así se le informa a la parte administrativa que luego liquida, hasta un estudio que se compra por compra directa y luego acá hay que pagarle al proveedor.

Es amplio, tiene algunos módulos. Sí, exacto, es bastante amplio. Y ahí la parte asistencial tiene ingresados todos los oasis.

Sí, en varias partes de distintos módulos de la gestión financiera, farmacia, administrativa, cada uno tiene un perfil dependiendo del nivel de responsabilidad y de asistencia que tenga. Cecilia, que es administrativa, tiene un perfil, yo tengo otro perfil, el médico en la consulta tiene un perfil, a veces puede ver algunas cosas o yo veo algunas cosas que él no puede, incluso otros módulos, yo puedo ver hasta agotes liquidadas, el médico no va a entrar a agote nunca. O sea que primero, por ejemplo, a cada profesional que ingresa por primera vez, se le da un perfil médico, más o menos todos tienen el perfil.

Enfermería tiene un perfil también que es distinto, el administrativo también. Y ahí vos entras con el número de cédula del paciente, entras a una ficha primera básica general donde se lo identifica patronímicamente, nombre, edad, lugar de residencia, prestador integral que tiene, oasis, y podés ver el número de teléfono de contacto, tienes lugar para agregar un correo electrónico también, después tenés una cosa que podés ampliar, por ejemplo, beneficios, si son pacientes que se mueven en silla de ruedas y tienen el beneficio otorgado de traslado. Si está vigente, si tienen el beneficio de alimentación, de hotelería, de atendidos de viva, todo eso nosotros lo damos también puntualmente para algunos casos.

El traslado, el beneficio del traslado, en general tiene como tres posibilidades, pueden ser pasajes para el paciente, o si es menor para el paciente y un acompañante, o si es bebé, hasta dos acompañantes a veces. El traslado en camioneta común, que es el paciente, un acompañante y chofer, o la ambulancia que viene con enfermería además. Y si fuese algún, tenemos traslados especializados, pero estos generalmente se reservan para pacientes que están en la unidad de internación, por ejemplo, y que tienen algún agravamiento que tienen que ser llevados a un CTI, nosotros no tenemos CTI propio, damos la asistencia en el hospital policial a través de un, ponganle un contrato, es un poco distinto.

Y hay que trasladarlo, entonces esos traslados generalmente son especializados, o alguna situación que hemos tenido acá, de agravamiento, de paro, hemos pasado algunas cosas complejas y hay que sacar ese niño inmediatamente y trasladarlo a otra unidad de más complejidad, se traslada a una especializada. Tenemos cobertura, tenemos un contrato, 1727 es la que está ahora, supimos que teníamos un movimiento al CEM, eso son gestiones que se hacen de uno manifiesta la necesidad, con las condiciones y la gestión administrativa, que es otra área del banco, hace el proceso de llamado, dependiendo del monto, una compra, como decís, felicitación ampliada, abreviada, no sé qué, y bueno, y ahí hay concursos y se evalúan las ofertas y luego se adjudica.

**Equipo:** ¿Eso lo hace el banco?

**Kuster, A:** Lo hace el banco, generalmente funciona con comisiones asesoras técnicas que evalúan las ofertas, no, es mezcla.

**Equipo:** ¿Acá se inicia la compra?

**Kuster, A:** Claro. Acá se inicia el proceso de solicitud de recursos, después va por allá, se publica, se hace todo lo formal, después vuelve para la evaluación técnica, que lo hacemos acá, y después va por allá. Y después vuelve.

Sí, es un proceso bastante largo, además ahora, no sé dónde estarán tanto, pero desde hace unos años está en toda la gestión pública lo que se llama el plan anual de compras, bueno, todo lo tenés que proyectar y planificar para el año que viene, todo lo que vayas a demandar tiene que estar cargado ahí, si no, es observable, es sancionable, un montón de cosas. Nos ha servido mucho para ordenar, para prever, el tema es que, también como concepto grande, que a veces cuesta entender a gente que no está en el área de asistencia directa, es que atendemos enfermedades raras, muchas veces son pocos pacientes que demandan eso, y a veces la variabilidad cambia, porque, por ejemplo, me pasó con farmacia y un medicamento que se compró, el paciente falleció y el medicamento se venció y hubo que desecharlo, y son miles de miles de miles de pesos. Y después te llaman y te dicen, ¿cómo es esto? Bueno, es que el 90% de eso que se desechó es a costo de este medicamento que se compró para este paciente que la previsión era el consumo a 6 meses y al segundo mes murió.

**Equipo:** ¿Este medicamento se obtuvo por el Fondo Nacional de Recursos?

**Kuster, A:** No, no. Medicamentos es un tema bastante complejo, porque, como vuelvo a repetir, atendemos enfermedades poco frecuentes y raras, entonces muchas de las cosas que nosotros demandamos, que necesitan nuestros pacientes como necesidad básica de su vida diaria, no lo compran otros y no están en el PIAS, entonces ahí vos tenés medicamentos que están en nuestro VADMECUM, tenemos un VADMECUM propio que tiene un código, generalmente de 4 dígitos, que el médico cuando hace la prescripción lo prescribe directamente, eso corre por el sistema, sale a farmacia, la farmacia lo ve, ve la vigencia, se puede prescribir en lo que es una prescripción crónica hasta 6 meses. Lo que está pautado por procedimiento es que el primer retiro, la primera cuota de esos 6 meses tiene que ser presencial para los pacientes que salen de la consulta, se llevan el medicamento, muchas

veces lo que pasa es que a veces se trata de cosas que son voluminosas como pañales, latas de alimentación, entonces piden que se les envíen.

Nosotros tenemos un sistema que se llama farmacia interior, que a todos los pacientes del interior del país, no aplica para Montevideo y zona metropolitana, les mandamos a través de un convenio que tenemos con el Carreo toda la medicación a su domicilio, todos los meses. Está dividido por zonas y cada día, dependiendo de la semana, sale zona tal, zona tal, zona tal. Tiene sus complejidades, las prescripciones, tiene algunas limitaciones, pero bueno, en general funciona así.

Después tenemos medicación que es fuera de Bademekum, que como la demanda es tan baja para tan pocos pacientes y la cantidad es tan poca, no lo ponemos al Bademekum porque el concepto de la química que uno comparte, no deberíamos tener un stock fijo permanente, sino que es a demanda, se compra por paciente, porque tenemos muy poco. Igualmente, generalmente una vez al año se pone en revisión ese Bademekum, tanto para bajar cosas que no se consumen, o meter cosas que vemos que va aumentando, porque también estamos en el sistema, hay cosas que se ponen de moda, hay cosas que cambian y que ven que ahora se usa más esto que lo otro, nos ha pasado que tal cosa no ingresa más al país, interrumpió y no sé, el proveedor no te lo trae más y tenés que cambiar por otro, que por ahí para nosotros era fuera de Bademekum y ahora aumenta la demanda porque este no hay, entonces lo metemos para adentro, pasa un montón de cosas. Luego tenemos usos compasivos.

Usos compasivos, se hace la prescripción del médico, también para hasta seis meses de tratamiento, si no me equivoco, es un formulario especial que va al Ministerio de Salud Pública con mi autorización también y eso se compra para los medicamentos que no están registrados en el país para su comercialización, entonces hay que procuramos que sea a través de un laboratorio, empresa de medicamentos en plaza, que nos lo traiga pero para el desaduanamiento de ese medicamento que no tiene permiso para venderlo, necesita el uso compasivo que nosotros mandamos para poder entrarlo. Eso viene también a nombre de pacientes, yo no puedo traer un uso compasivo para atarlo por los dos lados. Eso es un limitante porque ahora estuvimos viendo un poco la actualización, sobre todo en el Rehabilitación Natural del Metabolismo, que no es muy frecuente que se internen pero que pueden aparecer algunos, que tenemos que tener un stock mínimo, un stock crítico de algunos medicamentos en la internación y algunos de ellos son usos compasivos y hay que tenerlos.

¿Y después qué más tenemos? Después tenemos los medicamentos de alto costo, y ahí tenemos dos situaciones, financiamiento fondo y recurso de amparo. Financiamiento fondo, tenemos algunos como Trikafta, el Spinraza y el Ritiplam, que en su momento fueron recursos

de amparo pero como cada vez era más cantidad de pacientes lo que iniciaba en el procedimiento, hoy por hoy hay más de 80 pacientes con Trikafta, ya es ilógico estar comprando para 80, cada uno compra el fondo, el stock, nosotros ingresamos la solicitud de tratamiento con todo lo que el fondo exige, que es un montón, y ahí le manda el fondo del medicamento a la casa del paciente, o en realidad creo que es a la farmacia, el prestador integral del lugar donde vive el paciente. Salimos un poco nosotros de la logística, para nosotros está bueno porque el Trikafta, por ejemplo, es un medicamento de frío, cadena de frío, entonces te ahorras muchos pasamanos en el medio, nosotros exigimos además a los padres como es cadena de frío no mandarlo por encomienda, tienen que ir a retirarlo, ese era un problema, el fondo tiene su mecanismo y puede encontrar la manera de mandarlo a la farmacia al prestador integral del paciente.

Los otros dos que tenemos, todo esto ha sido en forma episódica que han ido entrando, el tratamiento para el AME que es Ritiplan y Spinraza creo que fue en septiembre del 23 o 24, me confundo los años, y el de Trikafta fue ahora en enero, antes de eso eran todos recursos de amparo, a su vez siguen estando los recursos de amparo de otro tipo de medicamentos que no son ninguno de estos tres, que son por ejemplo el tratamiento para los acondroplásicos, los chiquitos con enano, el Moxogo, ese sigue siendo recurso de amparo, después tenemos el Truxi que es para unas cosas raras, hay por eso, yo asocio más con los pacientes que las hermanitas, las Consoni con este otro, los nombres son... pero tenemos una variabilidad capaz de 10 títulos de medicamentos de alto costo que van por recursos. Ana, y en productos de apoyo, de movilidad y posicionamiento, ¿ustedes conocen el gasto en salud que tienen anual? La 16, la 16 sí, la 16 es que impacta mucho en el servicio de rehabilitación, la Oasis 16 nosotros le llamamos una Oasis complementaria, los pacientes en realidad que vienen a solicitar una complementaria es a solicitar algo que no está en el PIAS y por lo tanto su prestador integral no está obligado a brindarles, lo más frecuente que sucede de solicitudes por la Oasis 16 son estudios genéticos que podrán eventualmente después ingresar o no pero piden un estudio genético, los lentes que es algo bien puntual lentes para menores de 14 años que ahora estamos viendo una forma que con suerte va a salir de lo que es el área asistencial porque nosotros como prestación de asistencia no le damos nada, lo único que hacemos es un trámite administrativo de otorgar un voucher para que vayan a retirar los lentes vamos a ver si eso se acepta un poco más y lo otro que es muy común es toda la tecnología asistida ¿Y por la Oasis 16 cuántos? Los números se pueden sacar yo no los tengo en mi cabeza En otras Oasis tenías más o menos 4.300 Esas son las 13, después lo que no te dije es que pacientes de lo que sería el centro de referencia son unos 2.500, 2.300 Más los que vendrían por Oasis 16 Las

Oasis 16 son Es todo el sistema de salud Estas Oasis, las del centro de referencia y las 13 y ese grupito chiquito que está sin reordenar de las 18 que quedó del crenadicer anterior son Oasis que se mantiene o sea, el derecho asistencial te lo da ser portador de la enfermedad y lo tenés hasta que tenés la enfermedad Como estas son enfermedades que no se curan lo único que nosotros conceptualmente decimos que es curable es cuando se termina el tratamiento de la rehabilitación oral de la fisura, los pacientes llegan unos 20 años más o menos, que el grisamiento ya está las fisuras están cerradas hace rato los dientes están todos en su lugar le diste la terapia de fondo si pudiste por todo el tema del trastorno del lenguaje y vos decís, bueno está completa la intervención y la posibilidad de rehabilitación y decís, este paciente está de alta Es con lo único que podemos decir no se curó, pero bueno se logró hasta acá en asistencia todo lo demás es vitalicio es de por vida porque las enfermedades no revierten, no mejoran, no se recuperan o bueno, uno intenta que no avance pero en realidad la mayoría son progresivas ¿Cuál era la pregunta que me habías hecho? Números de Oasis 16 no los tengo en mi cabeza la Oasis 16 a diferencia de estas lo que tiene es que tiene una vigencia, una asta esto no fue así siempre ¿Pero qué pasa? Por detrás de la Oasis 16 subyacen algunos requisitos uno es que tiene que tener asociado una portante ¿Una qué perdón? Una portante a la seguridad social ahí te quedan casos, muchas veces los demás de extrema vulnerabilidad por fuera de la prestación tiene que ser menor de 14 desde el momento de la solicitud y bueno, tiene que tener algo todos los usuarios de IACE por presupuesto quedan por fuera de eso que tienen cobertura ¿Claro, hacen la finanza de un millón? Son muchos además de solo actividad privada o funcionario de la IPS también te queda el monotributista Son muchos Esto no es un tema que esté de alguna manera está cerrado con llave porque parte de la Ley de Asignación Infamiliar del año 82, 83 por allá, tiene mucho en su historia pero es algo que siempre está en algún momento de reuniones, de tipo de gestión, de estrategia de qué cosas son mejorables este tema de revisar el tema de los requisitos de la OASIS-16 en uno o en otro no quiere decir que se amplíe a mayores de 14 pero tal vez el tema de la portante sería una gran limitante pero bueno, eso de uno lo propone o lo puede conversar y tener sus puntos en favor o en contra o hasta prever el impacto o lo que fuese pero las decisiones son estratégicas lo mismo que se habló el otro día que se ha intentado varias veces nosotros tenemos, cuando hacemos los llamados a profesionales una serie de requisitos que hoy por hoy ningún organismo público lo mantiene y es que no puede tener otro vínculo con el Estado entonces si seas destajista, no podés tener otro vínculo con el Estado y eso es una gran limitante para nosotros a la hora de ser una opción laboral para muchos de los profesionales esto requiere una llevada del tema al Parlamento, lo cual se ha hecho en algunas instancias, pero no se ha logrado lo que se

pretende, que es quitar ese requisito pero bueno uno tiene identificados esas áreas de mejora como macro, como para decir bueno, hacemos esto más justo más universal pero bueno, siempre hay una línea de llegada, y es hasta acá y de acá para acá ¿Y el gasto anual en productos de apoyo lo conocen? Yo no lo tengo en la cabeza acá lo otro sí, de hecho se han hecho varios costeos de la asistencia y nosotros tenemos el área asistencial se complementa con un área administrativa, pero que tiene otra gerencia yo puedo pedir los datos, pero no los veo de forma directa entonces los tengo que pedir al área de administración y control que es donde se lleva toda la parte de compras y luego de lo que se llama acreedores, que es el pago yo a través de, no tanto de compras porque hay veces que uno pide la compra y después eso no se concluye pero a través de acreedores puedo sacar lo que yo liquido en un periodo y saber cuánto es mi gasto y después separarlo según lo que yo quiera saber pero hoy no les tengo un número para dar pero sí se puede conseguir no te vamos a pedir eso para que tengan una idea con la primer gerente de prestaciones de salud con la que yo trabajé, la contadora Esteves en un momento que todo lo que se pedía BPS lo daba sin un criterio o un tope monetario de cuánto era el valor se puso ese tema sobre la mesa y ella estimó en aquel momento que el máximo de una compra para un paciente estaba en 380.000 pesos que hoy a valores ajustados son unos 450.000 que es lo que uno, por ejemplo, el valor máximo que ponemos a la estimación de una silla de ruedas yo voy a poder pagar de las ofertas que reciba hasta 450.000 pesos de hecho, cuando la oferta del posible proveedor supera ese monto nos llaman y nos observan nos dicen, esto supera el monto estimado ¿por qué? si está la justificación y dependiendo de la brecha te dicen, bueno está porque no es solo gerencia, administración y control que es como nuestro primer escalón después viene gerencia financiera que te dice, yo esto no lo pago hay sillas que te pueden salir más de 10.000 dólares más de 10.000 dólares la silla más cara que hemos pagado fue por recursos de amparo y el valor del auto pero los recursos de amparo salen por lo general no es algo de gran niegue sí, te puedo decir que en un 95% o más la resolución es favorable también te puedo decir que en un 100% de los casos cuando la resolución judicial es favorable al paciente se apela generalmente pueden pasar 3 cosas en este tipo de recursos de amparo sea un equipamiento lo más habitual son medicamentos y es que seamos sentenciados en exclusividad al financiamiento de eso que pide la persona al BPS o que sea una sentencia compartida y ahí surgen 3 actores BPS, Ministerio directamente y Fondo y en esa acucística tenemos mucha variabilidad tenemos algunas sentencias que fuimos sentenciados solo BPS al financiamiento las compramos y las pagamos en un 100% BPS puede salir solo el Ministerio y del Fondo exclusivamente no conozco pero podría pasar también que la sentencia sea al Fondo o en

forma compartida que puede ser entre 2 o entre los 3 incluso el año pasado los padres tenían que aportar una parte tenían que aportar una parte fue algo bien novedoso que por su nivel de ingresos o lo que sea del núcleo familiar la familia y el resto la sentencian que era lo otro que te iba a decir bueno, eso como criterio general se apelan casi todas las sentencias y ahí tenés en que la gran mayoría se termina como dice la palabra jurídica afirmando ellos usan otra palabra la primera sentencia, la segunda instancia o puede haber un cambio puede decir que no me acuerdo un caso de una señora de FQ como de 60 y pico que perdió la demanda perdió el recurso y han habido casos, hubo algún otro de un chiquito, pero son los menos.

¿Qué más?

**Equipo:** El servicio dentro del Departamento de Rehabilitación, o el Servicio de Rehabilitación, el sistema o el servicio para la provisión de la tecnología asistiva, de movilidad de pacientes, ¿cómo está organizado?

**Kuster, A:** En realidad se da en el marco de la asistencia, en la consulta ambulatoria, surge una prescripción médica, esa prescripción médica entra a lo que es la gestión administrativa de ese recurso, sea, pongámosle nombre, una silla de ruedas de autopropulsión, a medida, se hace una compra directa, ahí surgen ofertas, se manda al técnico, en teoría al técnico que la solicitó, a que evalúe las ofertas y que diga cuál es la que mejor se ajusta a lo que él pidió, de ahí vuelve a la parte gestoría administrativa y se, de alguna manera, consolida la compra de una de las ofertas elegida por el profesional. En el pliego, o en las condiciones de la compra, está el tiempo de demora que eso le lleva a cada uno de los proveedores, en realidad vos lo pones como condición, tiempo de entrega 30 días, tiempo de entrega 60 días, 90 días, depende de lo que sea. Lo ponemos nosotros. Se pone para cada producto un estimado de lo que le puede llegar, pero si hubiese ellos, te ofertan eso. Exacto.

Por eso está el producto en una silla, más o menos 120 días, pero el proveedor te puede decir, no, mirá, yo la tengo justo de esa, la tengo acá y la entregó en una semana. Y el tiempo estimado muchas veces va en función del producto, de que de antemano podés saber qué hay en el mercado, disponibilidad inmediata, no suele pasar con los que son a medida, o bueno, Mariana sabe más de eso que yo, y uno, en esas que estima más plazo, es porque en eso incluís el tiempo de importación, muchas veces, que lleva el desahogamiento, todo lo que implica. El proveedor recibe la silla, se coordina una instancia, que no solo pasa con Medimport, pasa con todo, vienen acá presencial, todos vienen presencial a la instancia de,

bueno, encuentro producto técnico y paciente, y ver cómo eso se acopla y se adapta a lo que uno pensó en un primer momento y prescribió.

Y ahí sí se pueden hacer ajustes, puede ser algo que no está conforme, que presentó en el pliego el almohadón no sé qué y no lo trae, o que la altura no sé qué no es y no se puede ajustar, pueden pasar muchas cosas. En eso la derecha variaba, yo llegué hasta ahí, pero no mucho más en el detalle. Y eso es para productos complejos, digamos, o muy costosos, o que no puedan fabricarlos las ortopedias locales.

Después tenemos las otras compras que son publicitación de productos que no son a medida, que son estándar, como pueden ser los andadores, que hay bastones, canales. Sillas estándar. Es un montón de cosas. Cinturones. Es una lista bastante larga... Un sistema de posicionamiento nocturno. Y que va por talle, algunos de ellos pueden ser SM, WL, pero lo compras por cantidad.

Todos estos productos lo stockeamos acá, eso disminuyó mucho los tiempo de espera, actualmente se lo llevan en el día.

Las compras bianuales creo que son, aunque depende de la demanda y a veces se amplía.

Esto surgió por primera vez allá por el año 2019-20. Y vos tenés como... Lo que tenés es basarte en el... Basarte en el histórico. Entonces vos decís, bueno, este año de esto salió esto, esto y esto.

Y en eso vos planifica tu compra. Y a la vez que viene alguna cosa, capaz que no tenés tanta demanda. Y vas ajustando.

Ahora tenemos una, a ver... En 2022 el PAC. Además. Además.

Antes de 2019 vos tenías un paciente y tenías que pedir 5 productos. Eran 5 compras puntuales. Compras directas que se hacían por un paciente. 5, 7, lo que fuera. Hoy, claro. La férula, las extensoras, la de mano.

Claro, lo gestionamos más fácil. Se iba por una carpeta. Sí, pero desde el punto de vista de la gestión... Hoy por hoy, si algo de lo que... Claro.

Si algo de lo que se prescribe está acá, se lo lleva en el mismo momento. Se le entrega y se lo lleva. Claro.

Con estos productos, claro, estándar. Con los que son estándar, claro. Que no son a medida, por decirlo así.

Porque tampoco va mucho en el precio, porque una férula no es tan cara. Pero es a medida y es para pacientes. Y eso lo hacés de a uno.

Lo que no pudimos incluir en el PAC, por alguna razón, como las camas y los transportadores, que al momento de hacer la evaluación técnica, había una cuestión ahí formal, que no se pudo

salvar, se desestimó el riego. Y bueno, eso la volvió a ingresar para el PAC del año que viene. Por eso se sigue haciendo la compra.

**Equipo:** ¿Y órtesis o prótesis que requiera la confección, digamos, a medida?

**Kuster, A:** Confección a medida, tenemos los yesos en cama de Cotrell, que son a medida, después quedan las férulas, plantares, collarines, ahí está. ¿Ortesis? Sí, también. No, las ortesis no están por voucher, las prótesis se las compra directo.

Sí, de a uno. Lo que es voucher, que son las órtesis, AFO, DAFO, hasta BAFO-rodilla, porque después ya, ortesis más compleja, con tutores o con la articulación de rodillas de BAFO, eso se hace la compra directa. Aunque, por ejemplo, las DAFO con tutores de DRACO, que son muchos los mismos hernes, ya se incluyó para el PAC del año que viene.

Entonces tenemos que estar incluyendo cosas para ir sacándole el procedimiento de compra a este largo. Claro. Siempre se está tratando de revisar todo aquello que es planificable y “estoquiable”, de tenerlo de antemano.

Lo que pasa es que, bueno, es como la gestión. Son muchos, pero pasa rápido. Lo otro que se está trabajando es en un catálogo y en un reglamento interno, porque no están por voucher.

**Equipo:** Catálogo aprobado por ustedes y aprobado tienen?

**Kuster, A:** Sabemos qué manejamos más o menos pero no está puesto sobre papel en blanco sobre negro... De hecho, yo viví en un momento, también fue con Ester, el pedido de una cama articulable. Y yo no me lo cuestioné mucho, y Ester me dijo, ¿cómo? ¿Y esto? Pero esto no lo compramos nunca. ¿Hicimos la consulta de servicio? No, sí, mirá, de tal fecha, de tal año a tal año, hemos dado 15 camas articulables. O sea, ya se habían otorgado. Ya se habían otorgado. Entonces, eso quedó abierto. Y hoy por hoy se entregan. Son pacientes, de alguna manera, muy comprometidos, que prácticamente su vida transcurre en esa cama. En su domicilio, tal vez. Exacto.

Pero bueno, tenemos, tenemos las grúas del domicilio, gente con mucha necesidad de movilidad, que tiene cero autonomía, que necesita ayuda para todo, y ese cuidador también necesita ayuda, porque los movimientos... Entonces, bueno, está atento, desde la articulación de la cama hasta la grúa para hacer... El lifter, algún infestador. Sí, sí, todo. Sí, andadores, todo, ya sé, que hablan de transferencias. Tablas de transferencias. Se han ido incorporando

con los años también, cosas que antes no se daban. Incluso algunas veces perdés las perspectivas.

Yo no sé si es lo correcto. Pero uno muchas veces piensa en todas estas cosas con una persona adulta. Y vos vas al servicio y tenés la sillita de ruedas, que es así, y el bipedestador, que es de este tamaño, y es todo de niños que apenas, o sea, tienen dos, tres años, y ya están en su sillita.

Entonces, y todo después eso va creciendo con el paciente. Cada vez que el médico lo transcribe, se busca la manera de volverlo a dar. Porque la continuidad de esa, de alguna manera, de esa manera, de esa autonomía que tiene activamente, la tenés que, tiene que tener continuidad.

Pero sí, eso a mí, por ejemplo, en su momento, fue un poco impactante, ¿no? Ver esos tamaños. Pero sí. Pasa.

No sé si fueran al servicio. Claro que podemos pasar. Yo las voy a ayudar con celeca, porque es como la que inicia, sobre todo con la complementaria.

Claro, porque viendo también uno como que toma, toma dimensión de la variabilidad y bueno, del servicio, de la complejidad del servicio. No sé qué más me falta. Lo otro que tenemos, que también es muy rico, del punto de vista de las fisioterapeutas, es esta capacitación que hacen de toda la parte de movilidad, que han ido muchas veces a los congresos de sillas de ruedas.

O sea, son casi mecánicas. O sea, son fisioterapeutas y además mecánicos de sillas y de todo, porque ellas mismas muchas veces ajustan, ponen, sacan, están capacitadas en esas cosas que, no sé, yo no sabía ni dónde ir a mirar. Buscan además también estar como muy actualizadas en todas esas temáticas.

Algo que por ahí está muy rico es que desde el banco se les apoya en lo que son los días para capacitarse, pero no tanto financieramente. Algún curso se puede conseguir, pero no la asistencia a congresos. Acá no hay ninguna capacitación. Todo va afuera, digamos. Es todo afuera, sí. Es todo afuera.

Esto que yo digo es en Buenos Aires, generalmente. Sí, desde este año somos miembros de la ISWP, como organización. BPS es miembro de la Sociedad Internacional de Proveedores de Sillas de Ruedas, que tal vez es una organización líder en el mundo y que son proveedores de cursos y de capacitación.

Y BPS es miembro de toda la directiva. ¿BPS como tal? No, no, BPS. En realidad sí somos nosotros actualmente, pero es BPS como organización.

Que lleva un costo anual, ¿no? Salva papel. Y después que también, capaz que conceptualmente, no sé Mariana qué opina, pero es el servicio de rehabilitación con todo esto, ¿no? Más allá del equipamiento, la asistencia, los distintos profesionales técnicos y acoplado a esto también traumatología. Traumatología que no es propia, que es una empresa tercerizada que brinda sus servicios aquí dentro con nosotros desde el punto de vista ambulatorio.

No fuimos capaces de convocar traumatólogos para contratarlos de forma directa y que sean como cualquier otro profesional quirúrgico que asiste a su paciente y tiene que operarlo. Va y lo opera, se coordina y ya está. Es una empresa que nos brinda toda la asistencia, la ambulatoria, la consulta eventual que pueda haber en internación y la cirugía.

Cirugías complejas y que en él antes o en el después, generalmente en el postoperatorio, tienen una necesidad intensiva de demanda de rehabilitación. Desde elongaciones hasta... Y después nosotros contratamos también a CEDEFECO específicamente para cirugías de columna, que ahí yo no entiendo mucho, pero la variabilidad también es grande. Cirugías importantes y otras que no son tanto, pero bueno, en la columna todo lo que andés ahí toqueteando tiene su... Tenemos todos los postoperios infantiles.

Los hijos de ortopedistas, sobre todo las caderas, están todas muy estables. Son de bases 13 que tienen a veces 40 años, que no querrán intervenir nunca y están espectaculares. Pero en realidad siguen siendo pacientes de ortopedia siempre.

No es el paciente traumatológico, o el motorista, de las fracturas. Nosotros no tenemos agudo. Nosotros ahí lo que capaz es que tenemos un debe en lo que hace a la calidad asistencial y que las decisiones de intervención de este tipo de pacientes no son tomadas en un Ateneo Interclínicas, que me parece a mí que es lo que debería suceder.

Por todo lo que implica el paciente, no es solo la rodilla, no es solo la columna. Muchas veces son pacientes que tienen la necesidad, tal vez en un corto plazo, pero tienen una infección urinaria, a repetición, con gérmenes resistentes, que además hace un cuadro de no sé qué. O sea, son pacientes que hay que verlos como pacientes y no como... Y a veces tenemos como... No falla, pero bueno, faltaría tal vez esa mirada más completa de la persona, con los técnicos directamente involucrados, que lo conocen.

Y además la eventualidad cuando se suma el traumatólogo por esa necesidad quirúrgica. Pero bueno, hemos tratado con el doctor titular de todo este servicio ir limando algunas diferencias. Incluso a veces, él generalmente planifica sus coordinaciones, coordinada.

Y bueno, a veces cuando se ve algún paciente ahí que es conocido por el servicio, no debería tocarlo todavía. Y bueno, se habla con él, se va viendo la oportunidad. Es una empresa.

Nosotros compramos una empresa que tiene que tener determinadas características, un equipo médico que te brinda ta, ta, ta, ta, que te da este tipo de asistencia ambulatoria, internación y quirúrgica. El anestesista lo ponemos nosotros, el instrumentista quirúrgico lo ponemos nosotros. Lo que sí tiene es un técnico de rayos que toma las placas.

El evangélico por ahora. Es un servicio muy complejo. Yo estaba pensando ahora que a diferencia de la instalación del SNIS en 2007, que fue un corte, le agradeceré que comprenderlo en su proceso fundacional y su evolución y cómo se ha ido adaptando. Por eso me fui tan atrás y les quité una hora de lo que sería específico de ustedes, porque hay como tren de cómo es esa evolución.

No hay homogeneidad. El sistema de información hospitalaria es compartido con la gestión, las múltiples gerencias también implementan una complejidad. El servicio de productos de apoyo, cuando nosotras ingresamos en 2014, no había servicio de fisiatría, no había fisioterapeutas.

Era Ortopedia, que eran los profesores que hacían toda la provisión de productos. Nosotras fuimos como de a poquito también acaparando y abarcando. Porque se dio la especialidad de rehabilitación.

Y abarcando la provisión de productos de apoyo que algunas cosas fueron cediendo voluntariamente, otras fueron más en negociación. Por ejemplo, las prótesis que eran del profesor Sinchac fueron intocables hasta que empezó Sinchac. Entonces las prótesis son algo como que recién ahora están empezando.

Acá todo es evolutivo. La asistencia de verdad es muy dinámica.

**Equipo:** Tenemos una última pregunta, desde que llega la persona (el usuario), lo ve un médico rehabilitador, le hace la prescripción del producto de apoyo, hasta que se le entrega el Producto de Apoyo. ¿Quién es el responsable de hacer todo ese seguimiento hasta que se le dé el producto a la persona?

**Kuster, A:** Depende. Hay también todos los médicos trabajadores. Yo lo que es de stock, yo lo agarro, lo pruebo, se lo entregó y se lo llevó. ¿El stock? El médico Especialista en medicina física y rehabilitación. ¿Pero tú vas al producto y se lo vas a la persona? Yo le pido al técnico que está abajo que le ajuste algún tornillo del control pélvico. Se lo ajusta y se lo lleva. De las férulas, por ejemplo, que el paciente tiene que ir a tomarse el molde, es el sector administrativo que coordina la toma de medidas. Lo ideal es que salga de acá y vaya a tomarse la medida.

De hecho, una ortopedia se instaló acá cerca a una cuadra. Una de esas que tiene contrato. A nosotros nos viene bárbaro porque la gente ya lo hace.

¿Tienen ciertas ortopedias o algo? Sí, por ejemplo, de las DAFO, que tenemos 4 talles, hay 3 talles que son de una ortopedia y hay un talle que va en otro. Tenemos varias hojitas con todo porque no saben ni... Y ahí no hay que dar una pre-compra. Hasta en tazas o peces.

Ahí va, ya está hecho. Van a tomar el molde. Ese control, porque tiene 15 días de plazo para traerlo por contrato, ese control lo hacen las licenciadas de enfermería que tienen un foco en el servicio. La que va controlando que en los 15 días esté acá y si no empieza a... A llamar a la ortopedia. Nosotros tenemos muchos niños, usuarios nuestros, que tienen muchos trastornos conductuales y a veces no es tan sencillo tomar el molde de yeso. A veces al primer intento no se puede generar eso y ya están bastante educados las ortopedias que te mandan un mail diciendo que no se pudo por esto y esto, vamos a intentar de nuevo tal fecha, entonces ahí tenés la precaución de correr 15 días. El motivo es totalmente entendible porque hasta nos pasa a nosotros en la consulta y a veces no podemos examinar. Y después el seguimiento de la compra directa, las compras, salud en todo el proceso administrativo, que no está acá, forma parte de la otra agencia, y después cuando ya la compra sale, ya el seguimiento se hace. La licenciada de enfermería.

Esas que tienen más de gestión administrativa en el servicio las hacen las licenciadas de enfermería. Después otra cosa que dijo al pasar Mariana, que tal vez es relevante en alguna mención en el trabajo de ustedes final, es que desde hace un año más o menos, está consolidado hace poco, pero empezó hace un año como novedad, se fue dando, el cuento es largo, tenemos un funcionario que de alguna manera armó y consolidó una especie de taller para todo esto, entonces tenemos una respuesta casi inmediata en la consulta cuando vienen con algún desperfecto o alguna cosa que no anda bien, o algo que se pueda arreglar, de lo que sea, él sube o a veces puede bajar y en el momento, mientras la consulta o lo que sea, busca tratar de darle solución a eso que está para arreglar. No es solo eso, muchas veces también cuando tenemos devoluciones han tenido un recambio o por fallecimiento, nos pasó hace poco que fuimos a buscar unas cosas o vamos a ir, no sé si ya fueron a Florida, de mucho equipamiento de una paciente que falleció y el papá se comunicó para mandarnos todo eso, en un tiempo todo eso se enviaba a desecho, eliminación final, se descarta, se procuraba que con aquello que no estaba tan mal donarlo y hemos hecho muchas donaciones a distintas organizaciones pero hoy por hoy lo que hacemos es reacondicionar si se puede en su totalidad para en esto que yo les decía en el mientras tanto, otorgarle algo para que vaya de alguna manera adaptándose o rescatar insumos que pueden ser usados en otras cosas, desde un

almohadón, una apoyacabeza, las pieceras, una batería, está reacondicionando baterías, rulemanes, de ruedas, van a ir ahora van a ir al taller y lo van a ver.

Es una tuerca que calza en un modelo de silla en un lugar específico porque si no tenés esa tuerca cuadrada no te sirve la silla porque te queda todo flojo, entonces estás rescatando de sillas que están deshechas las tuercas cuadradas. Y lo otro que tenemos también que es bien interesante que es relativamente nuevo y novedoso es el software para cuando se entrega por primera vez una silla esto es para hacer de alguna manera la movilidad en la silla de ruedas adaptativa o con un mejor sistema creativo Es una manera de diseñar para la silla. Entonces los pacientes practican con joystick y no, se ponen una pinza o unos lentes que te ponen una planta física en un lugar entonces vos tenés que ir moviéndote Está bueno probarlo.

Se usa para dos cosas para evaluar si realmente el usuario puede no matar a nadie eso primero si te deja dudas lo podés entrenar en el proceso de estos seis meses que te dura el procedimiento de compra después lo podés ir entrenando porque además es como un videojuego tenés estaciones, vos vas pasando te das puntos, ganaste primero es un gimnasio, te va complicando con conitos tenés que llegar al arco, tenés que evitar la segunda es en el campo abierto y la tercera que es la más difícil es dentro de una casa tenés muebles, un montón de cosas en el tiempo que vos no tenés una motorizada y a su vez Robustiano que es el técnico que sabe mucho de electrónica ya le adaptó otro software que lo están usando en las telecomunicaciones para videojuegos superiores están trabajando también con la clave usa la misma computadora pero tiene mucha capacidad a esa misma computadora y con esos lentes lo adaptó con la chiquilina trabajaron juntos con la telecomunicación no solamente dar el producto sino también procurar que eso funcione después en el lugar con el paciente también se le brinda esto de a ver cómo te vas a adaptar y lo que dice Mariana es bien importante porque no es solamente en muchos de los pacientes la limitación física sino que muchos tienen además una limitación intelectual entonces el saber si va a poder hacer uso por su potencial cognitivo de eso que vos le estás dando que tiene su complejidad es muy importante capaz que vos estás pensando lo mejor y lo mejor para ese paciente tal vez no sea eso porque no lo va a poder usar mencionamos todo esto que es lo que hace tal vez el trabajo de ustedes lo de los lentes que también no deja de ser una tecnología asistiva para la mejora de la visión y también damos de cierta manera prestaciones para el déficit auditivo muy importante bueno, no sé si alguna cosa no, después de eso estuvimos mostrando un poco lo respiratorio que también queda tenemos todo un servicio comenzamos con una cifra de operación y nos comentamos un poco de eso no solo los pacientes de fibrosis quística por uno es como que se desvía y piensa para ahí sino también muchos que tienen enfermedades necromusculares y

bueno, después va a haber algún PC complejo yo qué sé nosotros damos equipos de BNI BIPAP en su mayoría ADIDUN, CIPAP los CIPAP son más del adulto, el obeso pero hay algunos, de hecho autoricé uno hace poco re poquitos damos toda la parte de oxígeno a domicilio nosotros proveemos a todos estos niños el oxígeno en su casa mediante balón y mediante concentrador para el que lo necesita, que no son todos es un bastón oneroso y también para que puedan ir a estudiar muchas veces mediante mochilita y de traslado también la diversidad que ese paciente pueda necesitar teniendo una necesidad permanente de oxígeno o momentánea, circunstancial todo el equipamiento en su casa para que eso de alguna manera tenga continuidad y no falle que sea un elemento empeorador de su patología el balón, el concentrador, la mochilita el BIPAP, la máscara, el aspirador todo, todo, todo nebulizadores nosotros tenemos un equipo que hace encefalopatía epileptógena y en las epilepsias también se les da el oxígeno por sí mismo ahí el oxígeno es menor que el del evidente, pero igual tiene su balón domicilio por sí mismo y lo otro que tal vez de menor impacto pero con este concepto de continuidad asistencial todo esto también está en la unidad de internación de alguna manera tenemos un licenciado en fisioterapia que mantiene toda la terapia rehabilitadora en internación según la necesidad del paciente sea respiratoria, física, lo que sea tiene un mini gimnasio allí y si se puede llevar el paciente hasta allí para su rehabilitación se lo lleve, si no lo hace en la cama del paciente y bueno, también tenemos la posibilidad de que vayan las doctoras para una prescripción puntual, un control de ese paciente lo que sea y es uno solo el funcionario que tenemos allá y cubre el horario de la mañana para que no tenga interrupciones porque muchas veces necesitan terapia seriada, o sea, cada 8 horas de mañana, de tarde, lo que sea tenemos una empresa contratada que nos brinda el servicio de fisioterapia en la internación a demanda dependiendo del paciente según la indicación médica ¿y qué más? Acá en este edificio es todo ambulatorio la unidad de internación queda en el otro lado Lo que era el sanatorio Canzani, San Martín y Martín García pensé que había laboratorio y después internamos además las cirugías ortopédicas, las cirugías necesarias de CTI las cirugías necesarias a la post operación de Iván y León Félix una hora y todo el resto, CTI y otras cirugías, cuando no esté disponible el blog de la unidad de internación o cuando se necesita algo específico de un block que no está en la unidad de internación se va a seguir produciendo

**Equipo:** Bueno, Ana, muchas gracias por todo el tiempo Gracias por estar en la grabación, por toda la información que nos brindaste en la entrevista.

## ANEXO B

### Productos de apoyo de movilidad y posicionamiento según mecanismo de provisión.

Fuente: elaboración propia en base a los listados de PA internos de CRENADECER 2025.

Listado de PA de movilidad y posicionamiento según mecanismo de provisión		
(a) PA de stock	(b) PA de voucher	(c) PA compra salud
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Andador anterior 4 apoyos regatones</li> <li>2. Andador anterior 2 apoyos con regatones y 2 ruedas</li> <li>3. Andador anterior 4 ruedas, canasto y frenos</li> <li>4. Andador anterior multicontrol</li> <li>5. Andador posterior simple</li> <li>6. Andador posterior con control pélvico</li> <li>7. Bastones 3 apoyos</li> <li>8. Bastones canadienses pediátrico y adulto</li> <li>9. Reposera de ducha</li> <li>10. Silla higiénica</li> <li>11. Cubiertos adaptados</li> <li>12. Garra de alcance (reacher)</li> <li>13. Almohadón espuma diferentes medidas</li> <li>14. Almohadón de espuma y gel diferentes medidas</li> <li>15. Almohadón de espuma y aire diferentes medidas</li> <li>16. Almohadón de aire perfil bajo diferentes medidas</li> <li>17. Almohadón de aire perfil medio, diferentes medidas.</li> <li>18. Coche de traslado plegado frontal (3 Talles)</li> <li>19. Coche de traslado plegado lateral (4 talles)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ortesis AFO</li> <li>2. Ortesis DAFO</li> <li>3. Ortesis supramaleolares AFO</li> <li>4. Ortesis supramaleolares DAFO</li> <li>5. Ortesis DAFO leaf spring</li> <li>6. Ortesis AFO leaf spring</li> <li>7. Extensoras de rodillas</li> <li>8. Extensoras de codos</li> <li>9. Bandas desrotadoras de MMII</li> <li>10. Collarin cervical con apoyo esternal</li> <li>11. Calzado ortopédico</li> <li>12. Cuña abductora</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sillas de ruedas activas</li> <li>2. Sillas de ruedas posturales</li> <li>3. Sillas de ruedas motorizadas</li> <li>4. Scooters</li> <li>5. Coches de traslado posturales</li> <li>6. Ortesis DAFO con tutores de dacrón y cinturón pélvico (incluido en PAC 2026)</li> <li>7. Ortesis HKAFO</li> <li>8. Prótesis MMII</li> <li>9. Prótesis MMSS</li> <li>10. Cama articulada (incluido en PAC 2026)</li> <li>11. Grúa transportador (incluido en PAC 2026)</li> <li>12. Corsé TLSO</li> <li>13. Corsé bivalvo</li> </ol>

<ul style="list-style-type: none"> <li>20. Kit de posicionamiento nocturno</li> <li>21. Cinturón pélvico (4 talles)</li> <li>22. Pechera de 4 puntas (3 talles)</li> <li>23. Sujeciones para pies tipo tobillera</li> <li>24. Faja torácica (4 talles)</li> <li>25. Sistema posicionador en espuma tipo butaca (3 talles)</li> <li>26. Sistema posicionador asiento y respaldo (3 talles)</li> <li>27. Sistema posicionador al vacío tipo butaca (4 talles)</li> <li>28. Sistema posicionador al vacío respaldo con aletas (4 talles)</li> <li>29. Sistema posicionador al vacío asiento (4 talles)</li> <li>30. Tabla supina (3 talles)</li> <li>31. Tabla prona (3 talles)</li> <li>32. Bipedestador con ruedas de autopropulsión (2 talles)</li> <li>33. Férulas de Milgram</li> <li>34. Arnés de Pavlik</li> <li>35. Ortesis de Dennis Brown</li> <li>36. Separadores de dedos en silicona</li> <li>37. Colchón de aire</li> </ul>		
--	--	--

ANEXO C



Fachada de ingreso al CRENADECER por Avenida Agraciada 2989, Montevideo.

Sector de almacenamiento y taller de reparación de los Productos de Apoyo



