

Enero, 2024

Síntesis Rápida de Evidencia:

Experiencias internacionales

¿Cuáles son los estándares de dotación de recursos humanos de rehabilitación?

La División de Gestión de Redes Asistenciales se encuentra actualizando las orientaciones para el desarrollo de la rehabilitación en los hospitales de la red pública de salud, proceso por el cual surge la necesidad de contar con información sobre las formas de calcular el número de profesionales de rehabilitación requeridos en los hospitales, tomando en cuenta tanto la atención abierta como cerrada.

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia experiencias internacionales?

Es una recopilación de la evidencia disponible sobre una política, modo de organización u otras intervenciones.

✓ Esta síntesis incluye






- Contextualización del problema.
- Experiencia de países en el abordaje del problema analizado
- Consideraciones de implementación

✗ Esta síntesis no incluye:

- Recomendaciones explícitas de la decisión a tomar o modo de implementación.

Se describen 4 países y Chile

Tabla resumen de las principales características de los estándares de RRHH de rehabilitación por país

Criterios	 Chile	 Australia	 Brasil	 Canadá	 Reino Unido
Tipo de organismo que establece los estándares	Gubernamental	Gubernamental y Colegios	Empresa pública de derecho privado	Gubernamental	Gubernamental, Colegios y Sociedades
¿Qué factores consideran para la estimación de RRHH?	- Complejidad del paciente - Tipo de establecimientos - Estándares internacionales*	- Tipo de establecimientos - Complejidad y condición del paciente	- Complejidad del paciente - Tipo de establecimientos - Servicios o procedimientos entregados	- Tipo de establecimientos - Trayectoria funcional del paciente - Complejidad y condición del paciente - Tiempo y objetivos generales de la atención.	- Complejidad y condición del paciente - Tipo de establecimientos - Servicios o procedimientos entregados - Demanda
Niveles de complejidad descritos	3 niveles hospitalarios	5 niveles: 1 ambulatorio y 4 hospitalarios.	3 niveles: 1 hospitalización y 2 niveles ambulatorios	3 niveles: comunitario, primaria e internación	3 niveles: 1 especializado y 2 locales
Metodología para estimar el número o tiempo de RRHH	No precisa*	Principalmente consenso experto, además, consultas a actores claves y revisión de literatura	Herramienta Simulação de Dimensionamento de Pessoal	No precisa*	No precisa*
Profesionales señalados dentro de los equipos de rehabilitación, tanto en servicios ambulatorios como hospitalarios.	Médico fisiatra, Kinesiólogo, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Asistente social	Médico de rehabilitación, Enfermería, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Fonoaudiólogo, Trabajador Social, Psicólogo clínico/neuropsicólogo, Nutricionista, Ortesista/protesista, Fisiólogo del ejercicio, Terapeuta recreacional, Asistente técnico de profesión no médica, Auxiliares de salud aliados (incluye hidroterapia), Patología del habla Oficial de trabajo social/bienestar, Terapia de vida infantil, Ingeniería de rehabilitación	Asistente social; Enfermera - estomatología; Enfermera; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Logopeda; Médico diversas especialidades; Nutricionista; Psicólogo de área hospitalaria y clínico; Técnico de enfermería, en ortesis y prótesis; y Terapeuta ocupacional	Audiólogos, Nutricionista, Kinesiólogos, Terapeutas ocupacionales Fisiatras Fisioterapeutas, Psicólogos, Enfermeras de rehabilitación, Trabajadores sociales y Patólogos del habla y el lenguaje, Enfermeras, Geriatras y médicos de otros especialistas.	Médicos, enfermeras, Fisioterapeutas, Terapeutas del habla y el lenguaje calificados/as, Psicólogo/a clínico, Trabajador social, Nutricionista

* No se precisa cuáles ni qué medios utilizó para definir dichos criterios.

Introducción

Como consecuencia de la tendencia al envejecimiento de la población, existe una creciente prevalencia de discapacidades a nivel mundial, lo que significa un aumento de la demanda de procesos de rehabilitación. Sin embargo, el acceso a dichos cuidados es limitado, debido especialmente a que en países de bajos ingresos existe una menor oferta de estos proveedores(1).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los recursos humanos para la atención en salud son cruciales para lograr servicios de salud asequibles, accesibles y de alta calidad. La capacidad de un país para cumplir sus compromisos y objetivos de salud depende en gran medida del número, las habilidades, las competencias y la disponibilidad de los trabajadores de la salud, y de si esos trabajadores están organizados y distribuidos equitativamente para prestar servicios de salud integrados y centrados en las personas (2).

La escasez de trabajadores y trabajadoras de rehabilitación a nivel mundial, la distribución desigual y los problemas de calidad y relevancia, plantean una barrera importante para que las personas accedan a la atención que necesitan, cuándo y dónde la necesitan (3).

En Chile, existen diferentes brechas en los recursos profesionales de rehabilitación en los hospitales, las cuales dependen del nivel de complejidad del establecimiento(3). Actualmente, el cálculo de dotación del personal de rehabilitación depende del tipo y número de camas, por lo que no se observa un estándar definido para las prestaciones de atención ambulatoria (3). Debido a ello, la Unidad de Rehabilitación del Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas de la División de Gestión de Redes Asistenciales ha solicitado esta síntesis, con la finalidad de conocer experiencias internacionales sobre los estándares de dotación de recursos humanos de rehabilitación en hospitales.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron documentos en páginas gubernamentales, incluyendo los siguientes conceptos: “rehabilitation/health professions workforce”; “rehabilitation workload”; “staffing in hospitals”; etc. en los idiomas nativos de cada país.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda en Google. Los términos y estrategia de búsqueda se encuentran en el [Anexo 1](#).

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Se priorizaron documentos elaborados por instituciones gubernamentales, leyes y directrices de sociedades científicas.

Criterios de información y países o territorios de interés

Para delimitar los alcances de este informe la Unidad de Rehabilitación en conjunto con la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia (UPSIE), del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia (ETESA-SBE), definieron **información o características de interés** sobre estándares de recursos humanos para equipos de rehabilitación.

- a. ¿Cómo se establece el cálculo de recursos humanos en rehabilitación?
- b. Distinciones de estándares entre dispositivos de atención abierta y cerrada.
- c. Estándares de tipo y dotación de profesionales de rehabilitación.

Para hacer la comparación de países, primero se describieron las condiciones o características de interés para Chile, de modo de establecer un parámetro de comparación. Como territorios de comparación se determinaron **4 países** en los cuales se quería explorar los estándares de recursos humanos para equipos de rehabilitación. Los países seleccionados fueron:

1. Australia (New South Wales).
2. Brasil.
3. Canadá (Ontario).
4. Reino Unido.

En el caso de Australia y Canadá, países federados que poseían diferencias normativas a nivel territorial, contando con leyes autónomas según estados, provincias, entre otros, se definieron territorios específicos, indicados entre paréntesis. El criterio principal para definir estos territorios fue la densidad demográfica de la división administrativa y la disponibilidad de información.

El mapa de los países y territorios incluidos puede encontrarse en el [Anexo 2](#).

Hallazgos

A continuación, se presentan los estándares de recursos humanos para equipos de rehabilitación según país o territorio explorado en esta síntesis.

CHILE

El Ministerio de Salud de Chile elaboró las Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación en los Hospitales de la Red Pública de Salud 2018 – 2025, la cual contiene una sección de “Determinación de brechas en recursos humanos de rehabilitación” (3).

a. ¿Cómo se establece el cálculo de recursos humanos en rehabilitación?

Los cálculos indicados en las Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación en los Hospitales de la Red Pública de Salud 2018 – 2025, se basan en estándares internacionales y en base a la complejidad de las camas(3). Según la Norma 150, donde se abordan los criterios de clasificación según nivel de complejidad de Establecimientos Hospitalarios(4), en los hospitales de alta complejidad tienen un 20% camas de cuidados críticos, 50% cuidados medios y 30% cuidados básicos; en los hospitales de mediana complejidad con más de 100 camas la proporción es de 10, 40 y 50%, respectivamente y, si tienen menos de 100 camas, 50% cuidados básicos y 50% cuidados medios. En el cálculo de brecha de los hospitales actuales se considera que un 50% de las camas básicas son camas medias desde el punto de vista de la rehabilitación (por la mayor dependencia y necesidad de apoyo) (3).

b. Distinciones de estándares entre dispositivos de atención abierta y cerrada.

En la actualidad, existen estándares sólo para la atención cerrada de rehabilitación, en este caso los recursos se organizan de diversas formas y se designan como unidad o servicio, en las Orientaciones se propone la siguiente clasificación (3):

- **Unidad:** solo dispone de kinesiólogos.
- **Servicio de Rehabilitación:** cuenta con más de un tipo de profesional, kinesiólogo, terapeuta ocupacional y/o fonoaudiólogo.
- **Servicio de Medicina Física y Rehabilitación:** además de los anterior, cuenta con médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.

La Unidad o Servicio de Rehabilitación, así como el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación deben trabajar en el enfoque de procesos clínicos integrados, protocolizados y monitoreados permanentemente. Asimismo, establece relaciones funcionales y formales con diversos equipos, personas y unidades, todos ellos estratégicos y encadenados con su quehacer, a saber: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de Tratamientos Intensivo (UTI), equipo de neurología, de traumatología, de urología, reumatología, geriatría, centros de rehabilitación de base comunitaria, etc., de tal manera de asegurar la oportuna derivación, el trabajo coordinado y el flujo expedito de la información del usuario para un efectivo manejo integral que dé respuesta a todas sus necesidades (3).

c. Estándares de tipo y dotación de profesionales de rehabilitación.

En las Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación en los Hospitales de la Red Pública de Salud 2018 – 2025, se hace una estimación de brecha de profesionales no médicos dedicados a la rehabilitación y de fisiatras (3).

❖ **Profesionales de Rehabilitación no Médicos**

Para los profesionales no médicos, la estimación se basa en el número de camas y su nivel de complejidad, como se muestra en la Tabla 1 (3).

Tabla 1. Estimación de profesionales de rehabilitación no médica

Tipo complejidad cama	Kinesiólogo	Terapeuta Ocupacional	Fonoaudiólogo	Psicólogo	Asistente Social
Básica (CB)**	(N° CB/10)*0,3	(N° CB/10)* 0,1	(N°CB/10)* 0,06		
Media (CM)	(N°CM/10)* 0,5	(N° CM/10)* 0,3	(N°CM/10)* 0,23		
UPC adulto * (CUPCa)	(N° CUPCa/6)*1,2+(1)	(N° CUPCa/6)*1	(N° CUPCa/6)*0,46	(N° CUPCa/6)*0,3	(N° CUPCa/6)*0,3
UPC pediátrico* (CUPCp)	(N° CUPCp/6)*0,6	(N° CUPCp/6)*0,5	(N° CUPCp/6)*0,23	(N° CUPCp/6)*0,3	(N° CUPCp/6)*0,3

(*) 1,2 + 1 por cuarto turno. Es 0,5 por cada 6 camas UTI ya que considera solo rehabilitación respiratoria nocturna, pero si son solo seis camas es uno.

(**) Para el cálculo estos factores de aplican solo al 30% del total de camas básicas, al otro 70% se le aplican los factores de cama media

Fuente: Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación en los Hospitales de la Red Pública de Salud 2018 - 2025 (2018).

❖ **Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación (Fisiatra)**

El estándar de médico fisiatra, generalmente se asocia a población, sin embargo, dada la falencia y la dinámica de crecimiento de la especialidad, se espera que los hospitales de alta complejidad cuenten con a lo menos 1 o 2 fisiatras según número de camas, de acuerdo con lo observado en la Tabla 2, lo que permite instalar la atención desde la fase aguda y mantener el seguimiento de las patologías más complejas, que no son abordables por la atención primaria de salud (3).

Tabla 2. Número de fisiatras requeridos por el número de camas total del recinto hospitalario.

Rango del total de camas del recinto hospitalario	<200	200-299	300-399	400-499	500-599	600-699	700-799	800-899	900-999	>1000
Número de fisiatras estimado*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* 44 horas semanales.

Fuente: Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación en los Hospitales de la Red Pública de Salud 2018 - 2025 (2018).

AUSTRALIA (NEW SOUTH WALES)

En Australia, existen diferentes Estados, cada uno posee diferentes instituciones y modo de organizar las redes asistenciales. El Estado más denso demográficamente es *New South Wales* (NSW). A continuación se resumirán los estándares de los servicios clínicos establecidos por el *NSW Government* en el documento *Health Guide to the Role Delineation of Clinical Services 2024* (5). Además, en este documento se citan algunos estándares propuestos por *Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine* y el *Royal Australasian College of Physicians (RACP)* (6–8).

a. ¿Cómo se establece el cálculo de recursos humanos en rehabilitación?

En la definición de estándares elaborados por *Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine* y el *Royal Australasian College of Physicians (RACP)* se indica como metodología de la elaboración de los estándares el **consenso de expertos** con especial experiencia en el establecimiento y gestión de servicios en rehabilitación, y se informó en la literatura disponible y consultas a informantes claves (6–8).

El comité de expertos se conformó con representantes de cada estado de Australia y de Nueva Zelanda, quienes se reunieron cara a cara y por teleconferencia a lo largo de un año y contaron con el apoyo de la *RACP Policy & Advocacy Unit* (8).

La revisión de literatura se basó en dos bases de datos científicas Medline y CINAHL donde se buscaron los términos de “estándares” o “directrices”, junto con los conceptos de “rehabilitación”. Se indica que la mayoría de los documentos identificados eran consensos de expertos (8).

También se realizó una consulta a todos los directores de todos los servicios de rehabilitación existentes en Australia y Nueva Zelanda sobre la asignación de recurso humano. Las cifras de dotación de personal propuestas se basaron en las utilizadas en los servicios hospitalarios de rehabilitación existentes (en la mayoría de los casos, camas de "rehabilitación" dentro de salas de agudos) y las cifras utilizadas para el establecimiento de nuevos servicios (8).

Como criterio para definir el número de profesionales, en los documentos se declara que se utilizó como criterio el que existan suficientes horas de los miembros del equipo disponibles para permitir que cada paciente reciba un programa individualizado de enfermería y salud, permitiendo que el servicio brinde una gestión de rehabilitación contemporánea y basada en evidencia de una manera segura, efectiva y eficiente (6–8).

b. Distinciones de estándares entre dispositivos de atención abierta y cerrada.

Según la guía de delimitación de funciones de los servicios clínicos de *New South Wales Ministry of Health*, para el Servicio de Rehabilitación Médica se establecen 5 niveles de complejidad, desde el nivel 2 al nivel 6. En la Tabla 3 se describe el alcance del servicio o qué tipo de paciente atiende; tareas que debe cumplir el servicio, y qué otros servicios básicos mínimos deben contar como complemento para su qué hacer, por nivel de complejidad.

Tabla 3. Alcance y requisitos para los diferentes niveles de los servicios de rehabilitación NSW Government Australia.

	ALCANCE DEL SERVICIO	REQUISITOS DE SERVICIO
NIVEL 2	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar rehabilitación subaguda de baja complejidad, atención hospitalaria y/o ambulatoria (diurna, ambulatoria o comunitaria). - El plan de rehabilitación puede ser llevado a cabo por personal debidamente calificado dirigido por un médico con experiencia en rehabilitación. - Puede proporcionar servicios para pacientes con necesidades de mayor complejidad, con apoyo de alcance o atención virtual de un servicio de nivel superior como parte de una red. - Puede proporcionar servicio de educación para la salud. <p>Servicios básicos complementarios mínimos¹. Los servicios de rehabilitación de nivel 2 deben contar con la provisión de los servicios clínicos de Patología de nivel 1 y Farmacia de nivel 1, los cuales pueden estar fuera de las instalaciones con acuerdos en red.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Red formal con servicios de nivel superior, para asesoramiento y apoyo clínico (puede incluir la atención virtual). - Relación formal con <i>NSW Ambulance</i> para facilitar la escalada de la atención y el traslado de pacientes cuando sea necesario. - Cada paciente tiene un plan de atención de rehabilitación y un programa de tratamiento documentados, interdisciplinarios y coordinados, que incluyen objetivos centrados en la persona y plazos específicos. - Participación del usuario/a, sus cuidadores y la familia en la planificación de los servicios de rehabilitación. - Acceso a servicios de salud afines acordes con la combinación de casos y la carga clínica. - Acceso a equipos de rehabilitación y espacio de terapia adecuados. - Vías de remisión a los programas y servicios aborígenes pertinentes. - Programas de calidad y gestión de riesgos en línea con las normas vigentes.
NIVEL 3	<p>Como el Nivel 2 y, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - los pacientes están médicamente estables con rehabilitación generalmente de complejidad baja-media (p. ej., reacondicionamiento, ortopedia general). - Brindar atención hospitalaria. - Brindar servicio de educación para la salud. - Puede proporcionar servicios de rehabilitación para el tratamiento continuo y la revisión con apoyo en red. - Puede proporcionar equipos comunitarios de acercamiento, que presten servicios en áreas geográficas más amplias, como parte de los acuerdos de red. - Puede proporcionar programas de gestión de casos de rehabilitación. <p>Servicios básicos complementarios mínimos¹: Patología (nivel 1) y Farmacia (nivel 1).</p>	<p>Como el Nivel 2, y, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acceso a servicios de psiquiatría y/o psicología de consulta-enlace. - Acceso a camas de hospitalización. - Servicios de salud aliados en el lugar, acordes con la combinación de casos y la carga clínica. - Espacios de terapia en el lugar, debidamente equipados para apoyar la atención de rehabilitación y los programas entregados. - Puede tener acceso a aparatos ortopédicos y prótesis, ingeniería de rehabilitación y/o clínicas de asientos.

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">NIVEL 4</p>	<p>Como el Nivel 3 y, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar servicios de rehabilitación multidisciplinarios para grupos específicos de discapacidad (por ejemplo, geriátricos, ortopédicos, accidentes cerebrovasculares) con necesidades de rehabilitación moderadamente complejas. - Los programas para pacientes hospitalizados se imparten como mínimo 5 días a la semana. - Proporcionan programas de gestión de casos de rehabilitación. - Puede proporcionar servicios de extensión a servicios de nivel inferior. <p>Servicios básicos complementarios mínimos¹: Radiología (nivel 2); Patología (nivel 3); y Farmacia (nivel 3).</p>	<p>Como el Nivel 3, y, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Redes con equipos de rehabilitación comunitarios o programas de rehabilitación ambulatoria para facilitar los procesos de derivación, admisión y alta. - Espacios dedicados a la terapia, como gimnasio terapéutico, actividades de las áreas de la vida diaria (por ejemplo, cocina funcional), piscina de hidroterapia. - Acceso a prótesis, órtesis y prescripciones de calzado; ingeniería de rehabilitación y clínicas de asientos. - Acceso a una unidad de vida independiente transitoria, acorde con la combinación de casos. - Acceso a servicios especializados de rehabilitación. - Proporcionar apoyo y asesoramiento clínico y profesional a los servicios de nivel inferior, incluido el apoyo sanitario aliado.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">NIVEL 5</p>	<p>Como el Nivel 4 y, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar servicios de rehabilitación para pacientes con necesidades de atención complejas, como neurológicas, traumatismos graves, lesiones cerebrales y disfunción de lesiones de la columna vertebral. - Proporcionar terapias individuales y grupales, con la frecuencia determinada por la necesidad del paciente y el modelo de servicio. - Puede proporcionar servicio de rehabilitación ambulatoria en el hogar. - Puede proporcionar servicios de consulta/alcance a centros de cuidados intensivos. - Puede proporcionar programas de rehabilitación específicos (por ejemplo, cáncer, amputados, dolor crónico, enfermedad de Parkinson, linfedema). - Puede proporcionar programas para el desarrollo de habilidades para la vida y la reintegración a la comunidad. - Puede proporcionar un programa de apoyo conductual posterior a la lesión. <p>Servicios básicos complementarios mínimos¹: Anestesiología (nivel 3); Conjunto operativo (nivel 3); Unidad de Observación Cerrada (nivel 3); Radiología (nivel 4); Patología (nivel 3); y Farmacia (nivel 3).</p>	<p>Como el Nivel 4, y, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La unidad de rehabilitación para pacientes hospitalizados ubicada en un centro de cuidados intensivos o en un centro independiente, está conectada en red con un centro de cuidados intensivos para facilitar el traslado de pacientes para atención de emergencia, crítica y quirúrgica. - Para los servicios regionales de rehabilitación de lesiones cerebrales, estrecha relación de trabajo con los servicios metropolitanos de rehabilitación de lesiones cerebrales. Equipos interdisciplinarios dedicados. - Acceso a especialidades médicas y quirúrgicas para consulta, como neurología, manejo del dolor, cirugía plástica. - Acceso a servicios especializados como rehabilitación de columna vertebral, lesiones cerebrales, traumatismos y trasplantes. - Acceso a servicios de salud mental, psiquiatría de enlace de consulta y manejo de drogas y alcohol. - Acceso a servicios de psicología clínica y neuropsicología. - Acceso a un entorno adecuado para el programa de apoyo a la conducta, si se proporciona. - Puede proporcionar apoyo clínico y profesional a equipos rurales, consultas y/o clínicas rurales.

NIVEL 6	<p>Como el Nivel 5 y, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar servicios de rehabilitación para pacientes con necesidades muy complejas, incluidos programas específicos (por ejemplo, cáncer, amputados, dolor crónico, enfermedad de Parkinson, linfedema). - Brindar asesoría clínica y profesional a servicios de nivel inferior. - Proporcionar servicios de consulta/alcance a los centros de cuidados intensivos. - Proporcionar programas para el desarrollo de habilidades para la vida y la reintegración a la comunidad. - Proporcionar prescripción compleja de asientos y equipos. - Proporcionar un programa de apoyo conductual posterior a la lesión. - Puede proporcionar servicios cruzados con servicios de salud locales, incluido el apoyo clínico y profesional para equipos rurales, consultas y/o clínicas rurales (por ejemplo, trasplantes, lesiones cerebrales, disfunción de lesiones de la columna vertebral). <p>Servicios básicos complementarios mínimos¹: Anestesia y recuperación (nivel 4); Conjunto operativo (nivel 4); Servicio de cuidados intensivos (nivel 4); Medicina Nuclear (nivel 4); Radiología y Radiología intervencionista (nivel 4); Patología (nivel 4); y Farmacia (nivel 4).</p>	<p>Como el Nivel 5 y, además:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar apoyo y asesoramiento en red a los servicios de nivel inferior, incluido el apoyo de salud y enfermería aliado. - Los servicios de salud aliados ofrecen horarios extendidos acordes con la combinación de casos y la carga clínica (por ejemplo, fisioterapia). - Servicios ambulatorios interdisciplinarios para derivación, seguimiento, revisión y terapia. - Entorno adecuado para el programa de apoyo a la conducta. - Acceso a unidades de vivienda transitoria acordes con la combinación de casos. - Para pacientes pediátricos, colaboración con el Departamento de Educación.
<p>Notas:</p> <p>1. Los servicios básicos mínimos complementarios, son aquellos orientados a entregar prestaciones al servicio de rehabilitación para que este cumpla con su alcance y requisitos, estos servicios complementarios también están organizados en función de niveles de complejidad. Las características de dichos servicios se encuentran en el documento original.</p>		
<p>Referencia: NSW Government. Health Guide to the Role Delineation of Clinical Services [Internet]. 2024</p>		

Tanto para hospitales públicos como privados se entregan los mismos estándares de personal, *Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine* y el *Royal Australasian College of Physicians* (RACP).

c. Profesionales de rehabilitación incluidos en los estándares identificados.

Se identificaron dos fuentes con indicaciones de estándares de recursos humanos, uno proveniente del *New South Wales Ministry of Health*, donde se indica la profesión y tiempo que debe estar disponible el profesional, organizada en los 5 niveles de complejidad, anteriormente descritos (Tabla 4) (5). Por otro lado, la *Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine* y el *Royal Australasian College of Physicians* hace recomendaciones más

detalladas del número de profesionales por profesión y si la atención es ambulatoria, hospitalización adulta u hospitalización pediátrica (Tabla 5, 6 y 7) (6–8).

Estándar propuesto por New South Wales Ministry of Health

Tabla 4. Estándar de recursos humanos indicados en *Health Guide to the Role Delineation of Clinical Services 2024*(5).

NIVEL 2	<p>Médico o enfermero disponible las 24 horas; o <i>Clinical Emergency Response System Assistance</i> o CERS Assist, iniciativa que brinda asistencia clínica adicional por parte de paramédicos para mejorar los servicios de atención médica cuando un paciente se está deteriorando rápidamente; mantiene una relación formal con <i>NSW Ambulance</i> (una parte integral del Sistema de Salud de Nueva Gales del Sur (NSW) que brinda servicios de salud móviles y brinda atención clínica, servicios de rescate y recuperación de alta calidad a su población, servicios médicos y de emergencia).</p> <p>Médico de rehabilitación disponible.</p> <p>Profesionales de la salud aliados disponibles: son profesionales autónomos que trabajan con médicos, enfermeras y matronas para brindar atención centrada en la persona. Están calificados para apoyar y permitir el diagnóstico de condiciones de salud, por ejemplo: audiólogos, quiroprácticos, nutricionista, fisiólogos del ejercicio, asesores genéticos, mioterapeutas, terapeutas musicales y de juego, terapeutas ocupacionales.</p> <p>Personal de enlace hospitalario aborígen disponibles, preferiblemente tanto hombres como mujeres.</p>
NIVEL 3	<p>Como el Nivel 2 y, además:</p> <p>Médico jefe disponible las 24 horas (puede estar de guardia).</p> <p>Profesionales de la salud aliados en el lugar, como trabajador social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional y patólogo del habla.</p> <p>Puede tener asistentes de salud aliados</p>
NIVEL 4	<p>Como el Nivel 3 y, además:</p> <p>Médico de rehabilitación designado.</p> <p>Puede tener un médico jefe en medicina de rehabilitación con tres o más años de experiencia de posgrado; puede estar en formación con el Real Colegio de Médicos de Australasia (RACP).</p> <p>Asistente/s de salud aliado/s</p>
NIVEL 5	<p>Como el Nivel 4 y, además:</p> <p>Médico jefe de servicio; debe ser un médico especialista en rehabilitación.</p> <p>Psicóloga clínica disponible.</p> <p>Neuropsicólogo disponible.</p> <p>Profesionales de la salud aliados con habilidades específicas en rehabilitación.</p>
NIVEL 6	<p>Como el Nivel 5 y, además:</p> <p>Médico jefe en medicina de rehabilitación con tres o más años de experiencia de posgrado en el lugar; puede estar en formación con el RACP.</p>

Fuente: NSW Government. Health Guide to the Role Delineation of Clinical Services [Internet]. 2024

Estándar propuesto por Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine y el Royal Australasian College of Physicians

❖ Servicios Ambulatorios de Medicina de Rehabilitación

Las disciplinas y la cantidad de personal requerido para el servicio de rehabilitación ambulatoria variarán según los tipos de discapacidad manejados por el servicio. La Tabla 5 muestra las disciplinas clave que deberían participar en el tratamiento de los diferentes tipos de discapacidad, así como una indicación del tiempo relativo asociado con cada disciplina(6).

Tabla 5. Estándar de recursos humanos para Servicios de Medicina de Rehabilitación en el Ambulatorio.

Tipo de discapacidad	Médico de rehabilitación	Enfermería	Fisioterapeuta	Terapeuta Ocupacional	Fonoaudiólogo	Trabajador Social	Psicólogo clínico/neuropsicólogo	Nutricionista	Ortesista/protesista	Fisiólogo del ejercicio	Terapeuta recreacional	Asistente técnico de profesión no médica
Neurológico	++	+	+++	+++	+++	+++	+++	+	+	+	++	++
Espinal	++	++	+++	+++	+	++	+	+	++	+	++	++
Amputado (incluye deficiencia congénita de una extremidad)	+	++	+++	+++	0	++	+	+	+++	+	0	++
Ortopédico	+	+	+++	+++	0	+	0	+	+	++	0	++
Reacondicionamiento (personas mayores con funcionamiento reducido)	+	++	+++	+++	0	++	+	+	0	++	+	++

+ = Bajo tiempo relativo asociado a la disciplina

++ = Medio tiempo relativo asociado a la disciplina

+++ = Alto tiempo relativo asociado a la disciplina

0 = Sin tiempo relativo asociado a la disciplina

Fuente: Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine, Royal Australasian College of Physicians. Standards for the provision of rehabilitation medicine services in the ambulatory setting. 2014.

❖ Servicios de Medicina de Rehabilitación de Adultos en Hospitalizados

El personal de rehabilitación para servicios de adultos hospitalizados, se clasifican en personal médico, personal de enfermería y otros profesionales de salud aliados (Terapia Ocupacional, Fisioterapeuta, Asistente técnico, Fonoaudiólogo, Psicología, Neuropsicología, Trabajo Social, Nutricionista), y las estimaciones se basan sobre 10 pacientes hospitalizados (7).

Personal médico

Cada 10 camas para pacientes hospitalizados dentro del servicio de medicina de rehabilitación, debe tener 0,5 médicos de rehabilitación equivalente a tiempo completo en caso de atender a personas con amputación, ortopedia, traumatismos mayores, dolor, reacondicionamiento/restauración y otros grupos de discapacidad; o 0,8 médicos de medicina

de rehabilitación en caso de accidente cerebrovascular, neurología, lesión cerebral traumática, o disfunción de la médula espinal (7).

Personal de enfermería

La cantidad de personal de enfermería debe ser suficiente para garantizar la gestión de enfermería segura y eficaz de los pacientes dentro del servicio. La mayoría del personal de enfermería tendrá calificaciones o experiencia en rehabilitación. Se reconoce que los servicios individuales de medicina de rehabilitación pueden tener su propia metodología para determinar el número de enfermeras (por ejemplo, ratios de carga). Sin embargo, cuando ese no sea el caso, se puede utilizar lo siguiente como guía: **Por cada 10 camas para pacientes hospitalizados, debe haber un mínimo de 11,75 personal de enfermería tiempo completo. Este número puede aumentar a 14,75 para servicios que requieren una mayor intensidad de enfermería, como rehabilitación de lesiones de la médula espinal.** Estas cifras incluyen a la Gerente de la Unidad de Enfermería, pero no incluyen a la enfermera consultora clínica o enfermera educadora, que se recomiendan en una proporción de 0,5 tiempo completo por cada 10 camas para pacientes hospitalizados (7).

Profesional de la salud aliados

En la Tabla 6 se estima la cantidad de personal para un **programa de rehabilitación de cinco días por semana por 10 pacientes hospitalizados**. Un programa de seis o siete días por semana requiere personal adicional (7).

Tabla 6. Estándar de profesional de la salud aliados para Servicios de Medicina de Rehabilitación en el Ambulatorio.

Tipo de discapacidad	Terapia Ocupacional	Fisioterapeuta	Asistente técnico	Fonoaudiólogo	Psicología	Neuropsicología	Trabajo Social	Nutricionista
Amputación	1	1,5	0,5	*	0,5	*	0,6	0,4
Infarto/Neurología	1,5	1,5	0,5	1,5	0,5	0,5	1,0	0,5
Ortopédico	0,8	1,25	0,5	0,1	0,2	*	0,5	0,4
Trauma mayor	1,2	1,5	0,5	0,2	0,4	0,5	1,0	0,6
Disfunción de la médula espinal	2	2	0,5	0,25	0,5	0,3	1,2	0,4
Lesión traumática cerebral	1,5	1,5	0,5	1,5	0,8	0,8	1,2	0,5
Reacondicionamiento y restaurativo	1,2	1,25	0,5	0,2	0,4	0,2	1,0	0,5

Notas:

* disponibilidad del personal con carácter de consulta, según sea necesario.

No se incluye el personal suficiente para relevar a quien está de licencia.

Los niveles de dotación de personal no incluyen el tiempo necesario para las actividades de docencia e investigación.

Fuente: The Royal Australasian College of Physicians, Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine. Standards for the provision of inpatient adult rehabilitation medicine services in public and private hospitals. 2019.

❖ Servicios de Medicina de Rehabilitación Pediátrica para Pacientes Internados

El personal de rehabilitación para servicios de hospitalización pediátrica, también se clasifican en personal médico, de enfermería y otros profesionales de salud aliados (8).

Personal médico

Cada 10 camas de hospitalización dentro del servicio de medicina de rehabilitación pediátrica, debe tener al menos 2,6 profesionales médicos a tiempo completo (recomendación de consenso). Esto debería comprender una combinación de especialista en rehabilitación pediátrica y médicos residentes oficial que incluya (8):

Especialista en rehabilitación pediátrica (miembro de *Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine*, el *Royal Australasian College of Physicians* o alguna institución equivalente): la función incluye la evaluación antes de la admisión al programa de rehabilitación, la gestión médica y el enlace con otros especialistas durante la estancia hospitalaria, la supervisión y la enseñanza del personal médico subalterno y el liderazgo del equipo multidisciplinario de pacientes hospitalizados. Se excluye el tiempo necesario para el seguimiento ambulatorio de los pacientes y para la administración que no esté directamente relacionada con la carga de trabajo del paciente hospitalizado.

Personal médico subalterno o médicos residentes oficiales (*Resident Medical Officers (RMO)*): la dotación de personal específica para el personal médico subalterno variará dependiendo de la combinación de casos del servicio, la agudeza de los pacientes y la necesidad de participar en una lista fuera del horario de atención. La recomendación mínima se aplica únicamente a la prestación de atención hospitalaria directa (por ejemplo: atención de las necesidades médicas individuales de los pacientes, visitas a salas, conferencias de casos y familiares, documentación en notas de pacientes e informes de alta). La recomendación excluye el tiempo necesario para el seguimiento ambulatorio de los pacientes, clínicas ambulatorias o aquellas comprometidas en horario nocturno para pacientes distintos a los del servicio de rehabilitación. Cuando el personal médico subalterno tenga cargas clínicas además del servicio de rehabilitación (por ejemplo: equipos médicos de cuidados intensivos, neurología), se debe proteger su tiempo para el servicio de medicina de rehabilitación.

Personal de otras especialidades médicas: el servicio de medicina de rehabilitación pediátrica debe tener acceso oportuno a una variedad de otros especialistas médicos (por ejemplo: neurólogos pediátricos, pediatras generales y otros especialistas, neurocirujanos, cirujanos ortopédicos, especialistas en dolor, psiquiatras). Esto puede tomar la forma de una consulta programada regularmente dentro del servicio de medicina de rehabilitación pediátrica o la capacidad de que los pacientes sean atendidos rápidamente en los servicios ambulatorios existentes o de recibir consultas de emergencia según sea necesario.

Personal de enfermería

El número total de enfermería requerido variará según el modelo (por ejemplo: ubicado en el mismo lugar dentro de una sala de agudos versus una instalación independiente), la agudeza y complejidad de los pacientes y la combinación de personal subalterno y más

experimentado. Un estándar puede ser que **cada 10 camas de hospitalización dentro del servicio de medicina de rehabilitación pediátrica, debe haber un mínimo de 1,2 personal de enfermería senior a tiempo completo** (recomendación de consenso). El equipo de enfermería debe estar dirigido por una enfermera a tiempo completo con la especialización pertinente. Esta enfermera será la responsable de la unidad (supernumeraria para dirigir la prestación de cuidados), y liderar los aspectos operativos y de enfermería de la unidad. También se debe contratar una enfermera clínica consultora o una enfermera educadora con experiencia especializada en rehabilitación pediátrica. La mayoría del personal de enfermería tendrá cualificación y experiencia en pediatría y/o rehabilitación (8).

El personal de enfermería de un servicio de medicina de rehabilitación pediátrica también tiene la responsabilidad de brindar terapia de enfermería para facilitar la recuperación y la independencia del paciente. Habrá suficientes horas de atención de enfermería durante un período de 24 horas para que el personal imparta, facilite y refuerce los programas de terapia. Esto es especialmente importante fuera del horario laboral y los fines de semana y días festivos (8).

Personal de salud aliado

Los pacientes admitidos en el servicio de medicina de rehabilitación pediátrica recibirán una cantidad y una combinación de terapia adecuadas que les permitan lograr un resultado de rehabilitación óptimo en un plazo adecuado. La “terapia” generalmente incluye fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje, o terapia impartida por otras disciplinas profesionales (por ejemplo: especialistas en juego, especialistas en ejercicio, fisiólogos, musicoterapeutas, terapeutas de diversión, trabajadores sociales, psicólogos). Estas terapias deben ser administradas por personal calificado y capacitado, o por asistentes de salud aliados bajo la supervisión de personal profesionalmente calificado (8).

Si bien las razones o ratios de personal que se muestran en la Tabla 7, son una guía consensuada sobre el número total de personal de salud aliado necesario, el objetivo final debe ser la prestación de una terapia de rehabilitación adecuada, la cual debe permitir que los pacientes accedan a terapia intensiva durante al menos 3 horas al día, 5 días a la semana. La estimación es considerando 10 pacientes pediátricos hospitalizados (8).

Tabla 7. Razón recomendada de personal de salud aliado para 10 camas de hospitalización de rehabilitación pediátrica en equivalentes

Profesional de la Salud	Tiempo completo
Fisioterapia	3,25
Terapia ocupacional	3
Auxiliares de salud aliados (incluye hidroterapia)	2
Patología del habla	1,5
Oficial de trabajo social/bienestar	1,5
Neuropsicología	1
Psicología Clínica	1
Musicoterapia	0,6
Terapia de vida infantil/juego/recreación	0,6
Ortesista	0,4*
Nutricionista	0,25
Ingeniería de rehabilitación	0,2**

*No incluye costo de fabricación

** No incluye hardware

Notas

- Las recomendaciones de personal representan el número ideal para administrar un servicio hospitalario terciario genérico con predominio de rehabilitación neurológica.
- Las recomendaciones sobre la cantidad de personal incluyen cobertura para trabajos no clínicos, desarrollo profesional y licencias (30% además del tiempo atribuible directo al paciente).

Fuente: Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine, Royal Australasian College of Physicians. *Standards for the provision of pediatric rehabilitation medicine inpatient services in public and private hospitals*. 2015.

BRASIL

Se encontró el “*Manual do dimensionamento de pessoal área assistencial. Legislações e parâmetros*” año 2022 (Manual del tamaño del personal del área de asistencia. Legislaciones y parámetros) (9). Este fue elaborado por la *Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares* (EBSERH), una empresa pública de derecho privado, vinculada al Ministerio de Educación, ya que regula establecimientos de salud asociados a universidades federales. Su propósito es brindar servicios médico-hospitalarios, ambulatorios, y de apoyo diagnóstico y terapéutico a la comunidad, en el ámbito del *Sistema Único de Saúde* (Servicio Único de Salud). EBSERH es actualmente la mayor red de hospitales públicos de Brasil (10). Esta información se privilegió por sobre otro documento titulado *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS* (Red de Atención a Personas con Discapacidad en el ámbito del Sistema Único de Salud), dado que este último data del 2012(11).

a. ¿Cómo se establece el cálculo de recursos humanos en rehabilitación?

En el “*Manual do dimensionamento de pessoal área assistencial. Legislações e parâmetros*”, se establece la metodología para dimensionar los recursos humanos de los distintos servicios clínicos de los hospitales administrados por la EBSERH, la cual se basa en las siguientes directrices(9):

- Identificar estrategias y oportunidades que permitan garantizar el número mínimo de profesionales de la salud en la Red EBSERH;
- Cumplir con los perfiles asistenciales necesarios para cada institución de la Red;
- Hacer uso de conocimientos, nuevos conocimientos y modelos científico-técnicos para actualizar la herramienta de cálculo de personal;
- Ayudar a los gestores en la toma de decisiones ante la necesidad de reubicar al personal asistencial.

Los parámetros y medición del número de profesionales necesarios para la prestación de atención consideran las necesidades epidemiológicas de la población, las líneas de atención, la infraestructura física utilizada, la atención entregada y su complejidad, considerando la docencia y respetando los equipos mínimos obligatorios establecidos en la legislación, además de considerar la estructura organizacional, lineamientos de gestión para que los servicios prestados sean ofrecidos con seguridad y calidad al usuario del Sistema Único de Salud y los procesos de trabajo desarrollados (9).

Los datos de productividad y la información de asistencia se ingresan en la herramienta denominada *Simulação de Dimensionamento de Pessoal* (Simulación de dimensionamiento de personal), que consiste en una hoja de cálculo, que permite calcular el equipo mínimo. La parametrización de la herramienta considera la **legislación vigente, el tipo de hospital, el horario de atención y la cualificación del hospital**, con el objetivo de integrar el perfil asistencial requerido con el número de profesionales necesarios para prestar los servicios definidos. Además, considera la información específica de cada hospital, que incluye una descripción de la **estructura física, administrativa y organizacional** definida por el tipo de

hospital. Además, se realizan visitas in situ de parte de representantes del gobierno para corroborar las estimaciones calculadas (9).

Cabe resaltar que el dimensionamiento es de naturaleza dinámica, ya que depende de factores como cambios en la legislación y estándares profesionales, innovaciones tecnológicas, adaptaciones a los flujos administrativos, entre otros (9).

b. Distinciones de estándares entre dispositivos de atención abierta y cerrada.

Camas o Unidad de Rehabilitación en Hospital General

Camas o unidades de rehabilitación en hospital general tienen como objetivo la atención integral a personas con discapacidad cuando, por razones médicas, el régimen de hospitalización es el más adecuado para el paciente, previa evaluación multiprofesional y confirmación de elegibilidad en reunión del equipo de rehabilitación en la unidad hospitalaria acreditada, donde se elaborará el plan individual. El tratamiento cubre la prevención, rehabilitación e integración de la persona con discapacidad. El alta hospitalaria será responsabilidad del médico tratante, quien deberá programarla de acuerdo con el equipo multidisciplinario (12).

Ambulatorio

Los Centros de Rehabilitación Especializados fueron creados para atender a la *Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência* (Red de Atención a Personas con Discapacidad), con el objetivo de asegurar, ampliar, monitorear y evaluar la red de servicios de rehabilitación integrada, articulada y eficaz en los diferentes puntos del *Rede de Atenção à Saúde* (Red de Atención Médica), calificando la atención a través de la recepción y clasificación de riesgos. La atención especializada en rehabilitación auditiva, física, intelectual, visual, ostomía y pluridiscapacidad se divide de la siguiente manera (9):

❖ **Servicio de Rehabilitación**

Son unidades ambulatorias **especializadas sólo en rehabilitación auditiva, física, intelectual, visual, ostomía o múltiples deficiencias**. Las especialidades que conformarán son (9):

- Centro de rehabilitación de medicina física
- Centro de rehabilitación física - nivel intermedio
- Centro de rehabilitación visual
- Centro de rehabilitación auditiva de media complejidad
- Centro de rehabilitación auditiva de alta complejidad
- Centro de rehabilitación intelectual
- Centro de rehabilitación de trastornos del espectro autista
- Centro especializado en rehabilitación (CER) - modalidad física
- Centro especializado en rehabilitación (CER) - modalidad intelectual
- Centro especializado en rehabilitación (CER) - modalidad auditiva
- Centro especializado en rehabilitación (CER) - modo visual

❖ Centros de Rehabilitación Especializados (CER)

Es el punto de atención ambulatoria especializado en rehabilitación que brinda atención al diagnóstico, tratamiento, concesión, adecuación y mantenimiento de tecnología de asistencia. Los Centros de Rehabilitación Especializados (CER), serán clasificados según el tipo y cantidad de servicios de rehabilitación especializados de la siguiente manera (9):

- CER II: compuesto por dos servicios de rehabilitación calificados;
- CER III: compuesto por tres servicios de rehabilitación calificados;
- CER IV: compuesto por cuatro o más servicios de rehabilitación activado.

Respecto a los Servicios de Rehabilitación, se distinguen por más de un servicio de rehabilitación, he así el número romano que acompaña la sigla

Tabla 8. Tipos de Especialidades en Centros Especializados de Rehabilitación

TIPO DE CER	SERVICIOS DE REHABILITACIÓN
CER II	Audición y Física
CER II	Auditivo e Intelectual
CER II	Auditivo y Visual
CER II	Físico e Intelectual
CER II	Física y Visual
CER II	Intelectual y Visual
CER III	Audición, Física e Intelectual
CER III	Auditivo, Físico y Visual
CER III	Auditivo, Intelectual y Visual
CER III	Físico, Intelectual y Visual
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual y Visual

Fuente: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Manual do dimensionamento de pessoal área assistencial. Legislações e parâmetros. 2022.

❖ Centros de Especialidades Dentales (CEO)

Son establecimientos sanitarios que ofrecen atención odontológica especializada (9).

c. Profesionales de rehabilitación incluidos en los estándares identificados.

Hospitalario

Para las cama o unidad de rehabilitación en hospital general el equipo técnico mínimo, para un conjunto de hasta 15 camas, deberá estar compuesto por:

Tabla 9. Tamaño mínimo del equipo para Camas/Unidades de Rehabilitación en el Hospital General

CARGO	HORAS SEMANALES	CANTIDAD
MÉDICO - FISIATRÍA	20 horas semanales	01 a 15 camas/turno
ENFERMERO	30 horas semanales	
FISIOTERAPEUTA	30 horas semanales	
PSICÓLOGO	30 horas semanales	
TERAPEUTA OCUPACIONAL	30 horas semanales	
ASISTENTE SOCIAL	30 horas semanales	
TÉCNICO DE ENFERMERÍA	-	

Fuente:

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Manual do dimensionamento de pessoal área assistencial. Legislações e parâmetros. 2022 (9).

Portaria Nº 303, de 2 de julho de 1992 (12).

Sin embargo, de acuerdo con el perfil del paciente, los profesionales que se describen a continuación podrán atender hasta 30 camas/turno:

- Asistente social;
- Fonoaudiólogo;
- Psicólogo;
- Terapeuta ocupacional

Ambulatorio

El equipo de salud dependerá del tipo de servicio de rehabilitación y su cantidad, ya que los equipos se conformarán en función de su especialidad. En la Tabla 10 se describe la composición y número mínimo de profesionales para la correcta atención (9,13).

Tabla 10. Composición y número mínimo de profesionales por Servicios de Rehabilitación

SERVICIO DE REHABILITACIÓN	CARGO	CANTIDAD*
Rehabilitación auditiva**	Médico – Otorrinolaringología	02 para la unidad
	Médico – Anestesiología	01 para la unidad
	Fonoaudiólogo	01 para la unidad
	Asistente Social	01 exclusivo de la unidad
	Psicólogo	01 para la unidad
	Enfermera	01 para la unidad
Rehabilitación visual	Médico – oftalmólogo	01 para el servicio/turno

	Fisioterapeuta	
	Terapeuta ocupacional	
	Psicólogo	
Rehabilitación intelectual	Médico - psiquiatría	01 para el servicio/turno
	Médico – neurología	
	Terapeuta ocupacional	
	Psicólogo clínico	
	Psicólogo	
	Fonoaudiólogo	
Rehabilitación física	Médico – fisiatra	01 para el servicio/turno
	Médico – ortopédico y traumatología	
	Médico – neurología	
	Médico – reumatología	
	Enfermero	
	Fisioterapeuta	
	Fonoaudiólogo	
	Terapeuta ocupacional	
	Psicólogo	
Rehabilitación visual/mental/múltiples discapacidades	Médico – clínica médica	01 para el servicio/turno
	Médico – fisiatra	
	Médico – neurofisiología	
	Médico – neurología	
	Médico - oftalmología	
	Médico – ortopédico y traumatología	
	Médico – otorrinolaringología	
	Médico – terapia del habla pediátrica	
	Psicólogo – área hospitalaria	
Rehabilitación física	Médico – otorrinolaringología	01 para el servicio/turno
	Médico – neurología	
	Médico – pediatría	
	Fonoaudiólogo	
	Psicólogo – área hospitalaria	
Taller de ortopedia fija	Fisioterapeuta	01 para el servicio/turno
	Terapeuta ocupacional	
	Técnico en órtesis y prótesis	
Atención fonoaudiológica	Fonoaudiólogo	01 para el servicio/turno
Atención fisioterapéutica	Fisioterapeuta	01 para el servicio/turno
Atención a la salud de las personas ostomizadas I	Médico – clínica médica	01 para el servicio/turno
	Enfermera - estomaterapia	
	Médico – clínica	01 para el servicio/turno

Atención a la salud de las personas ostomizadas II	Médico – cirugía general	
	Doctor – coloproctología	
	Médico – urología	
	Médico – gastroenterología	
	Médico – cirugía de cabeza y cuello	
	Médico – cirugía torácica	
	Médico – cirugía pediátrica	
	Médico – oncología quirúrgica	
	Enfermero	
	Nutricionista	
	Psicólogo – área hospitalaria	

* No se encontró información respecto a la cantidad de población o número de personas que debe cubrir un servicio o turno. En la ordenanza N1/2022 “Consolidación de estándares en materia de atención sanitaria especializada.” se indica que la organización de la red de atención debe ser acorde a la población atendida, que debe tener una base territorial y que la cobertura de la asistencia necesaria debe incluir la demanda efectiva y reprimida(14).

** El documento original indicaba dos dotaciones diferentes para servicios de rehabilitación auditiva, páginas 150 y 152, se reportó el que incorporaba a un mayor número de cargos.

Fuente: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Manual do dimensionamento de pessoal área assistencial. Legislações e parâmetros. 2022.

CANADÁ (PROVINCIA DE ONTARIO)

No se encuentra información nacional al respecto. A modo de antecedente, se encontró una revisión de literatura realizada el año 2003, donde se señala que no existen pautas de dotación de personal de rehabilitación para determinar los estándares de dotación adecuados en Canadá (15).

En términos administrativos, en Canadá existen diferentes ministerios o departamentos de salud por cada una de las 10 provincias y 3 territorios. Por tanto, en cada uno tienen diferentes estándares y modos de organizar las redes asistenciales. Dentro de las provincias, Ontario destaca por ser aquella con mayor densidad de población, albergar a la capital de Canadá, y contar con información accesible respecto a los estándares de atención en rehabilitación.

Esta provincia cuenta con una *Rehabilitative Care Alliance* (Alianza de Atención de Rehabilitación), institución que reúne a partes interesadas provinciales y proveedores, con el propósito de fortalecer y estandarizar la atención de rehabilitación en todo Ontario. Esta agencia fue creada por el Gobierno de Ontario y depende de *Ontario Health* (Salud Ontario) para conectar, coordinar y modernizar el sistema de atención médica de la provincia. En consecuencia, la información entregada a continuación se centra en esta provincia (16).

a. ¿Cómo se establece el cálculo de recursos humanos en rehabilitación?

Según lo que se establece en los estándares de rehabilitación, el tipo de recursos humanos y sus competencias dependerán de (17):

- El nivel de atención (primario, hospitalización, o en el hogar y en entornos ambulatorios),
- La etapa de la trayectoria funcional del paciente (progresión, estabilización o mantenimiento),
- La complejidad y condición del paciente,
- Los tiempo u objetivos generales que se espera lograr con la atención.

b. Distinciones de estándares entre dispositivos de atención abierta y cerrada.

Para la provincia de Ontario se describen 3 niveles de rehabilitación, a saber (17):

Rehabilitación en el hogar y en entornos ambulatorios

La rehabilitación basada en la comunidad (en el hogar y en entornos ambulatorios) se centra en permitir que las personas con deficiencias y discapacidades alcancen y mantengan sus niveles funcionales físicos, sensoriales, intelectuales, comunicativos, psicológicos y sociales óptimos. Este enfoque promueve la salud y el bienestar, la reintegración y la participación en la vida comunitaria y sirve para optimizar la calidad de vida. La rehabilitación en el hogar está restringida a pacientes que no pueden acceder a los servicios en un entorno fuera del hogar debido a su condición o a la falta de apoyo (por ejemplo, vive solo, está muy lejos del proveedor de rehabilitación, etc.) (17,18).

Rehabilitación en atención primaria

La atención primaria puede desempeñar un papel importante al conectar a las personas con los servicios de atención de rehabilitación. Apoyando la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedades y caídas, el manejo de afecciones/enfermedades crónicas, así como la evaluación y tratamiento de impedimentos como resultado de lesiones, enfermedades u hospitalización. Dentro de la población que se atiende en este nivel se encuentran pacientes con enfermedades crónicas; personas mayores que sufren caídas; pacientes con demencia; pacientes con dolor lumbar inespecífico; personas mayores que deseen envejecer en casa; pacientes con afecciones musculoesqueléticas (17,19).

Rehabilitación en entornos de internación

La atención de rehabilitación en este entorno está centrado principalmente en evaluar e iniciar el tratamiento de las necesidades de atención de rehabilitación de los pacientes, brindar educación al paciente/cuidador y ayudar con la planificación de la transición. En el entorno de rehabilitación para pacientes hospitalizados y de atención continua compleja, el enfoque es brindar una rehabilitación más intensiva y frecuente a través de esfuerzos coordinados y multiprofesionales para permitir que las personas con impedimentos y discapacidades alcancen y mantengan sus niveles funcionales físicos, sensoriales, intelectuales, psicológicos y sociales óptimos (17,20). Se distinguen cuatro niveles de atención de rehabilitación en el contexto de hospitalización:

❖ **Rehabilitación de alta o baja intensidad.**

Plan de atención de rehabilitación de alta o baja intensidad, multidisciplinario, coordinado y limitado en el tiempo, a través de un uso combinado y coordinado de habilidades médicas, de enfermería y profesionales de la salud. El objetivo funcional es la progresión.

❖ **Rehabilitación de activación/restauración.**

Ejercicio y actividades recreativas para aumentar la fuerza y la independencia. El logro de metas no requiere acceso diario y un enfoque coordinado del equipo de rehabilitación. El objetivo funcional es la progresión.

❖ **Gestión médica compleja a corto plazo**

Servicios médicamente complejos y especializados para evitar una mayor pérdida de función, aumentar la tolerancia a la actividad y el progreso del paciente. El objetivo funcional es la estabilización y progresión.

❖ **Gestión médica a largo plazo.**

Servicios médicamente complejos y especializados durante un período prolongado para mantener/reducir la velocidad de la función o evitar una mayor pérdida de ella. El objetivo funcional es el mantenimiento.

c. Profesionales de rehabilitación incluidos en los estándares identificados.

Se describe que los profesionales de rehabilitación pueden trabajar de forma independiente o como parte de un equipo multidisciplinario, con otros profesionales de la rehabilitación y la

salud (por ejemplo: enfermeras, geriatras y otros especialistas médicos) para desarrollar e implementar un plan de tratamiento coordinado e integral para las personas. Los profesionales de rehabilitación pueden ser asistidos por asistentes de terapeutas de rehabilitación para apoyar la prestación de servicios de rehabilitación. Un asistente de terapeuta de rehabilitación (por ejemplo: asistente de terapeuta ocupacional, asistente de fisioterapia) solo puede trabajar bajo la supervisión del profesional de rehabilitación. Esto se debe a que el profesional de rehabilitación está regulado y tiene la experiencia para realizar evaluaciones y desarrollar planes de tratamiento específicos para las necesidades de las personas. Los asistentes de terapeutas de rehabilitación ayudan a llevar a cabo el tratamiento asistiendo con tareas particulares asignadas y supervisadas por el profesional de rehabilitación (17,21):

Los profesionales de rehabilitación regulados incluyen (17,21):

- Audiólogos
- Nutricionistas
- Kinesiólogos
- Terapeutas ocupacionales
- Fisiatras
- Fisioterapeutas
- Psicólogos
- Enfermeras de rehabilitación
- Trabajadores sociales
- Fonoaudiólogos (Patólogos del habla y el lenguaje)
- así como otros profesionales de la salud regulados.

Los equipos de profesionales se diferencian en función del nivel de complejidad del nivel (17):

Rehabilitación en el hogar y en ambulatorios

Se brinda en entornos ambulatorios (hospitales, clínicas comunitarias o centros de salud) o en el hogar, y es brindado por o bajo la supervisión de un profesional de rehabilitación (descritos arriba) o un equipo multidisciplinario integral de profesionales ya sea en formato individual, grupal o virtual.

Rehabilitación en atención primaria

Los profesionales de rehabilitación que participan en este nivel de salud incluyen audiólogos, dietistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fisiatras, fisioterapeutas, enfermeras de rehabilitación, trabajadores sociales y fonoaudiólogos (17,19).

Rehabilitación en entornos de internación

No se encuentra una estimación del número de profesionales, pero sí una estimación del tiempo y profesionales que deben estar involucrados con un paciente, en función del servicio donde se encuentran internados, ver Tabla 11 (22,23).

Tabla 11. Requerimientos para los equipos profesionales de los 4 niveles de complejidad de rehabilitación en entornos de internación

Nivel de atención	Rehabilitación		Activación / Restauración	Manejo Médico Complejo - Corto Plazo	Manejo Médico Complejo - Largo plazo
	Alta intensidad	Baja intensidad			
Evaluación médica en el momento de la admisión, médico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana					
Cuidado médico	<ul style="list-style-type: none"> El acceso a la evaluación diaria por profesional médico o a la persona designada por el médico está disponible si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> El acceso a la evaluación diaria por profesional médico o a la persona designada por el médico está disponible si es necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a seguimiento/supervisión médica semanal. 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a atención programada por profesional médico, o supervisión médica diaria según sea clínicamente necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso al seguimiento o supervisión semanal por profesional médico. Hasta 8 visitas de seguimiento al mes.
Equipo Interprofesional de rehabilitación	<p>Como resultado de su capacitación, el equipo multidisciplinario de rehabilitación cuenta con las habilidades para desarrollar e implementar planes integrales y centrados en las metas de cada paciente y sus familias, evaluando el funcionamiento y requerimientos de la persona para reintegrarse a la comunidad o hacer la transición al siguiente nivel de atención. Los planes de rehabilitación abordan todos los aspectos de las necesidades de una persona, incluidas sus necesidades físicas, cognitivas y psicosociales. La enfermería de rehabilitación permite a los pacientes y a sus familias adaptarse a las enfermedades y lesiones, y utiliza la comunicación terapéutica y la integración de las habilidades terapéuticas en las actividades de la vida diaria como una forma de marcar la diferencia en los resultados de la rehabilitación. Las actividades del equipo incluyen, entre otras: evaluación, tratamiento de rehabilitación, planificación del alta, educación y asesoramiento, colaboración con otros miembros del equipo y preparación de documentación clínica.</p>				
Cuidados de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> Por lo general, el paciente requiere hasta 3 horas de atención de enfermería por día; sin embargo, algunos pacientes pueden requerir hasta 4 horas por día. 	<ul style="list-style-type: none"> Por lo general, el paciente requiere hasta 3 horas de atención de enfermería por día; sin embargo, algunos pacientes pueden requerir hasta 4 horas por día. 	<ul style="list-style-type: none"> Por lo general, el paciente requiere atención de enfermería ≤ 2 horas/día. 	<ul style="list-style-type: none"> Por lo general, el paciente requiere atención de enfermería > 3 horas al día. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere cuidados de enfermería > 3 horas/día.
Profesionales de la salud	<p>Los y las profesionales de rehabilitación regulados pueden trabajar de forma independiente como médicos únicos o como parte de un equipo multidisciplinario con otros profesionales de rehabilitación y salud (por ejemplo, enfermeras, geriatras y otros especialistas médicos)</p>				

Nivel de atención	Rehabilitación		Activación / Restauración	Manejo Médico Complejo - Corto Plazo	Manejo Médico Complejo - Largo plazo
	Alta intensidad	Baja intensidad			
	Evaluación médica en el momento de la admisión, médico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana				
	para desarrollar e implementar un plan de tratamiento coordinado e integral para los individuos. Los profesionales de rehabilitación pueden contar con la ayuda de asistentes de terapeutas de rehabilitación para apoyar la prestación de servicios de rehabilitación. Un asistente de terapeuta de rehabilitación (por ejemplo, asistente de terapeuta ocupacional, asistente de fisioterapia) trabajan bajo la dirección y supervisión del profesional de rehabilitación. Esto se debe a que el profesional de rehabilitación está regulado y tiene la experiencia para realizar evaluaciones y desarrollar planes de tratamiento específicos para las necesidades de las personas. Los asistentes de terapeutas de rehabilitación ayudan con la realización del tratamiento ayudando con tareas particulares asignadas y supervisadas por el profesional de rehabilitación.				
	<ul style="list-style-type: none"> La terapia diaria directa de 5 a 7 días a la semana (de acuerdo con el plan de tratamiento y la tolerancia del paciente) es proporcionada por profesionales de la salud regulados dentro de un modelo de atención de equipo multidisciplinario, con experiencia en rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> La terapia directa es de 3 a 5 días a la semana (de acuerdo con el plan de tratamiento y la tolerancia del paciente), es proporcionada por profesionales de la salud regulados dentro de un modelo de atención de equipo multidisciplinario con experiencia en rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> El plan de atención de rehabilitación es impartido en gran medida por profesionales de la salud no regulados, como asistente de terapeuta de rehabilitación (personas que no están acreditadas/especializadas en rehabilitación o tienen nivel más técnico), que pueden o no estar bajo la supervisión de un profesional de la salud regulado para proporcionar programas para la restauración o activación (p. ej., los pacientes reciben ayuda para caminar, el autocuidado y participan en programas de ejercicio individuales y/o grupales, actividades recreativas y 	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales de la salud regulados, disponibles para mantener y maximizar las capacidades cognitivas, físicas, emocionales y funcionales a través de actividades de rehabilitación limitadas (p. ej., recuperar el equilibrio al sentarse, mejorar la fuerza y la coordinación de las extremidades superiores, aumentar las transferencias y la movilidad funcional, evaluar y 	<ul style="list-style-type: none"> Los profesionales de la salud regulados están disponibles para mantener y optimizar las capacidades cognitivas, físicas, emocionales y funcionales.
	<ul style="list-style-type: none"> El equipo multidisciplinario debe tener la experiencia y las habilidades para evaluar y tratar una variedad de afecciones (p. ej., lesiones cerebrales, afecciones neurológicas, adultos 				

Nivel de atención	Rehabilitación		Activación / Restauración	Manejo Médico Complejo - Corto Plazo	Manejo Médico Complejo - Largo plazo
	Alta intensidad	Baja intensidad			
	Evaluación médica en el momento de la admisión, médico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana				
	<p>mayores con fragilidad, ortopedia, lesión de la médula espinal, accidente cerebrovascular).</p> <ul style="list-style-type: none"> El equipo multidisciplinario debe incluir, entre otros: nutricionista clínico, planificador de alta (según lo llene con: trabajador social, planificador/coordinador de alta, coordinador de flujo de pacientes, etc.), enfermera, terapeuta ocupacional, farmacéutico, fisioterapeuta, fisiatra y/o geriatra, patólogo del habla y el lenguaje. Idealmente, debe estar disponible la consulta de los siguientes profesionales: Capellán/proveedor de atención pastoral; podólogo; psiquiatra y/o psiquiatra geriátrico; psicólogo y/o neuropsicólogo; terapeuta conductual, terapeuta recreativo (planifica, dirige y coordina programas de tratamiento médico basados en recreación); neurólogo y especialista en cuidado de heridas. También puede estar disponible la consulta de audiología. Esta atención se centra en el establecimiento de objetivos de tratamiento alcanzables, la evaluación y documentación diaria o frecuente del estado funcional de los pacientes, y en base a las discusiones periódicas del caso entre los médicos tratantes. 	<p>comidas grupales).</p> <ul style="list-style-type: none"> Los recursos de terapia en el lugar se limitan a: <ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia (limitada a proporcionar un programa de ejercicios de 15 min/día en una base 1:1) Personal no regulado de Activación / Recreación Enfermería Trabajador social Dietista La terapia ocupacional y la terapia del habla y el lenguaje pueden estar disponibles en forma de consulta. 	<p>capacitar al paciente o cuidador sobre la posición óptima, aprender a secuenciar actividades a través de tareas funcionales, autocuidado con ayuda, estar de pie o caminar durante períodos cortos)</p>		
Cantidad de terapia	<p>El entorno de rehabilitación es activo y estimulante durante todo el día. Las actividades entre las sesiones centrales pueden incluir terapia de grupo, sesiones educativas con pacientes y familias sobre estrategias de autocuidado, actividades con asistentes de terapia, enfermeras y otros.</p>				
	<p>Los minutos a continuación reflejan la cantidad de tiempo que se pasa con el paciente o la familia para proporcionar una evaluación</p>				

Nivel de atención	Rehabilitación					Activación / Restauración	Manejo Médico Complejo - Corto Plazo	Manejo Médico Complejo - Largo plazo
	Alta intensidad			Baja intensidad				
	Evaluación médica en el momento de la admisión, médico de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana							
	directa y/o terapia por día mediante las siguientes terapias básicas: Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Patología del Habla y el Lenguaje, algunas de las cuales pueden ser proporcionadas por un asistente de terapia bajo la dirección y supervisión del profesional de la salud regulado asociado. <i>Nota:</i> El papel del equipo interprofesional y una lista de otros miembros del equipo se proporciona arriba en las secciones de Atención Médica, Equipo de Rehabilitación Interprofesional, Atención de Enfermería y Profesionales de la Salud.							
Total de minutos de evaluación directa y/o terapia al día	Baja	Mode-rada	Alta	Baja	Alta	Activación/ Restauración	Rehabilitación de manejo médico convencional a corto plazo	Rehabilitación de manejo médico convencional a largo plazo
	60 minutos	90 a 120 minutos	180 minutos	30 minutos	30 a 60 minutos	15 a 30 minutos	15 a 30 minutos	Los profesionales de la salud regulados están disponibles para mantener y optimizar las necesidades cognitivas, físicas, emocionales y habilidades funcionales
	5 días	5 días	5 a 7 días	3 a 5 días	5 días	3 a 5 días	3 a 5 días	
<p>Los terapeutas de rehabilitación participan en las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación: cribado, evaluación de la salud física, cognitiva, psicosocial, y funcional, procedimientos diagnósticos, y documentación clínica. • Intervención Terapéutica: procedimientos de tratamiento; localizar/organizar recursos/actividades de apoyo; transporte de pacientes; monitoreo/ evaluación/ asesoramiento /enseñanza al paciente; planificación; Documentación clínica • Consulta/Colaboración: Conferencia de casos; reunión de equipo; rondas por equipos; Informes; Documentación clínica. (Nota: Estos no se incluyen en el total de minutos de evaluación directa y/o terapia por día mencionados anteriormente, pero se incluyen dentro de la definición de actividades del Receptor del Servicio en los estándares de Sistemas de Información Gerencial de CIHI). 								

Fuente: Rehabilitative Care Alliance. Key Features of RCA Bedded Levels of Rehabilitative Care. 2023 & Rehabilitative Care Alliance. RCA Framework for Bedded Levels of Rehabilitative Care. 2023.

REINO UNIDO

No se encontró información en el *National Health Service* del Reino Unido respecto a los estándares de recursos humanos en los servicios de rehabilitación. Sin embargo, éste señala como referente en materia de rehabilitación a la *British Society of Physical & Rehabilitation Medicine*, entre otras sociedades (24). La *British Society of Physical & Rehabilitation Medicine* es uno de los organismos referencia para los profesionales de la salud involucrados en el campo de la rehabilitación en el Reino Unido, y ha publicado varios documentos con estándares de recursos humanos para los diferentes niveles de especialización de rehabilitación (25), por tanto a continuación se presentan los estándares más recientemente publicados (26,27).

a. ¿Cómo se establece el cálculo de recursos humanos en rehabilitación?

El cálculo de recursos humanos se estima en función de la prevalencia de las patologías, complejidad de los casos, servicios a entregar y niveles de atención involucrados.

En el documento *Specialist neuro-rehabilitation services: providing for patients with complex rehabilitation needs* (Servicios especializados en neurorehabilitación: atención a pacientes con necesidades complejas de rehabilitación) actualizado el 2019, se indica que los estándares de recursos humanos (26), se establecen según la metodología descrita en *Rehabilitation following acquired brain injury. National clinical guidelines* (Rehabilitación tras un daño cerebral adquirido. Guías clínicas nacionales) (27). En esta guía se sugiere un cambio en el enfoque de desarrollo, alejándose de un estilo fragmentado de la rehabilitación, hacia el fomento de redes de servicios colaborativos para atender a una población más amplia.

Además, se indica que el número y la clasificación del personal clínico dependerán de la demanda de casos y la complejidad. Aunque no se proporcionan cifras específicas, se presentan niveles mínimos recomendados para servicios de rehabilitación hospitalaria y comunitaria. Estos niveles varían según el acceso a servicios adicionales como neurología y salud mental (27).

Finalmente, se estima que se necesitan aproximadamente 60 camas de rehabilitación especializada por millón de personas, de modo de para satisfacer las necesidades de adultos más jóvenes con lesiones cerebrales, según cifras epidemiológicas actuales.

b. Distinciones de estándares entre dispositivos de atención abierta y cerrada.

Se distinguen los siguientes niveles de complejidad en cuanto a rehabilitación, las cuales se clasifican en función de si son establecimientos con alcance regional o nacional, o sólo local, como se observa en la Tabla 12 y Figura 1.

Tabla 12. Diferentes niveles de complejidad en la prestación de servicios de rehabilitación

SERVICIOS TERCIARIOS DE REHABILITACIÓN ESPECIALIZADA – prestados a nivel regional / nacional	
Nivel 1	<p>SERVICIOS DE REHABILITACIÓN ESPECIALIZADOS Impartido por equipos de rehabilitación especializados dirigidos por consultores formados y acreditados en la especialidad de medicina de rehabilitación (RM) y/o neuropsiquiatría:</p> <p>Atiende a una población regional o suprarregional y acepta pacientes con necesidades de Categoría A* (discapacidades físicas, cognitivas, comunicativas graves o comportamientos desafiantes, con necesidades de rehabilitación muy complejas) que están fuera del alcance de sus servicios locales de rehabilitación especializada, y cuentan con instalaciones de nivel superior y personal cualificado para apoyarlas. Recopila e informa sobre el conjunto de datos completos de especialistas nacionales en rehabilitación.</p>
	<p>Población o área de captación: 1 a 3 millones de personas. Carga de trabajo predominantemente de alta complejidad: – Al menos el 85% de los estudiantes tienen necesidades de categoría A en el momento de la admisión – Al menos 70% con puntuación general ≥ 11 según The Rehabilitation Complexity Scale: Extended (RCS-E)¹</p>
SERVICIOS LOCALES DE REHABILITACIÓN: proporcionados a nivel de distrito	
Nivel 2	<p>SERVICIOS LOCALES DE REHABILITACIÓN ESPECIALIZADOS (DE DISTRITO) Impartido por equipos interdisciplinarios liderados/apoyados por un consultor en RM, y que cumplen con los estándares <i>The British Society of Physical & Rehabilitation Medicine</i> para servicios de rehabilitación especializados</p>
Nivel 2a	<p>Dirigido por un consultor en RM. Sirviendo a una población local extendida en áreas que tienen poco acceso a los servicios de nivel 1. Toma pacientes con un rango de complejidad, incluida la Categoría B* (pacientes tienen discapacidades físicas, cognitivas y/o comunicativas de moderadas a graves) y algunas Categoría A* con necesidades de rehabilitación altamente complejas**. Recopila e informa sobre el conjunto de datos completo de especialistas nacionales en rehabilitación.</p>
	<p>Población o área de captación: 600.000 a 1 millón Carga de trabajo mixta: – 50-80% Categoría A, o con necesidades en el momento de la admisión – 50-70% con puntuación general ≥ 11 según RCS-E.</p>
Nivel 2b	<p>Dirigido/apoyado por un consultor en RM. Sirviendo a una población local, predominantemente pacientes con necesidades de Categoría B* Recopila y comunica al menos el conjunto mínimo de datos nacionales.</p>
	<p>Población o área de captación: 250.000 a 500.000 Carga de trabajo menos compleja, por ejemplo: – 30-50% Necesidades de la categoría A en el momento de la admisión – 30-50% con puntuación general ≥ 11 según RCS-E.</p>
Nivel 3	<p>SERVICIOS LOCALES NO ESPECIALIZADOS. Incluye la rehabilitación genérica para una amplia gama de afecciones, proporcionada en el contexto de cuidados agudos, intermedios e instalaciones comunitarias, u otros servicios especializados (por ejemplo, unidades de ictus).</p>
Nivel 3a	<p>Otros servicios especializados dirigidos o apoyados por consultores en especialidades distintas de la RM, por ejemplo, servicios que atienden a pacientes en grupos diagnósticos específicos (por ejemplo, accidente cerebrovascular) con necesidades de Categoría C* (Los pacientes requieren rehabilitación en el contexto de su tratamiento especializado como</p>

	parte de un grupo diagnóstico específico). Los equipos de terapia / enfermería tienen experiencia especializada en la afección objetivo.
Nivel 3b	Rehabilitación genérica para una amplia gama de afecciones, a menudo dirigida por personal no médico, proporcionada en el contexto cuidados intensivos, intermedios y comunitarios, para pacientes con necesidades de Categoría D* (pacientes tienen una amplia gama de afecciones, pero por lo general son médicamente estables).

* Según *Patient Categorisation Tool (PCAT)*(28).

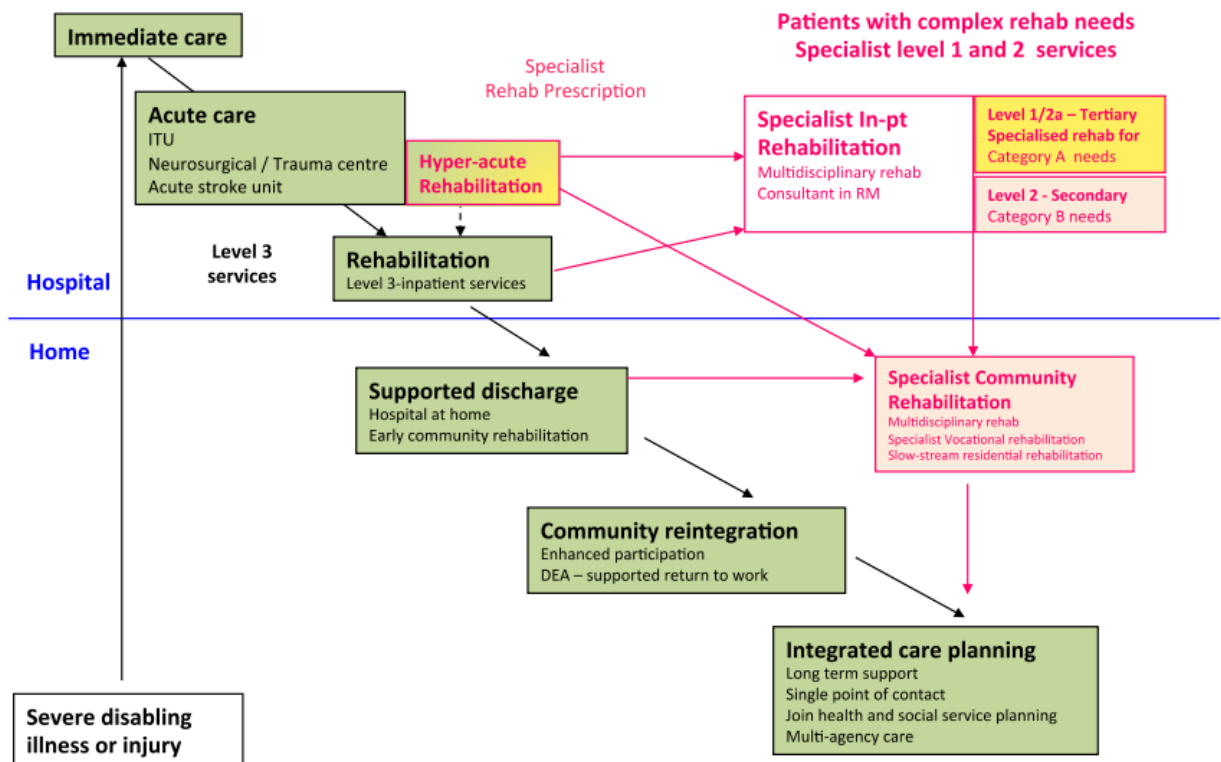
** Definido por la complejidad de la rehabilitación / puntuaciones de dependencia de enfermería y terapia de Northwick Park: consulte a continuación para obtener más detalles.

1. Turner-Stokes L, Scott H, Williams H, Siegert R. The Rehabilitation Complexity Scale: Extended [Internet]. 2012.

Disponible en: <https://www.kcl.ac.uk/nmpc/assets/rehab/rcs-e-v13-with-guidelines-score-sheet.pdf>

Fuente: Specialist neuro-rehabilitation services: providing for patients with complex rehabilitation needs. 2019

Figura 1. Vías de rehabilitación después de una enfermedad o lesión



Fuente: Specialist neuro-rehabilitation services: providing for patients with complex rehabilitation needs. 2019

c. Profesionales de rehabilitación incluidos en los estándares identificados.

A continuación, se muestra la dotación de personal mínimo para los servicios de nivel 1 y 2 (Tabla 13) y nivel 3 (descrito narrativamente)

❖ **Personal requerido para los servicios terciarios de rehabilitación especializada (Nivel 1) y servicios locales de rehabilitación especializados (Nivel 2)**

Tabla 13. Tipo de personal requeridos para los servicios terciarios de rehabilitación especializada (Nivel 1) y servicios locales de rehabilitación especializados (Nivel 2)

Tipo de personal	Servicio de rehabilitación especializado (NIVEL 1) Tiempo Completo* por 20 camas			Servicio local de rehabilitación especializado (NIVEL 2) Tiempo Completo* por 20 camas	
	Hiperagudo	Nivel 1a	Nivel 1b	Nivel 2a	Nivel 2b
Personal médico					
Personal Médico - Consultores Acreditado en Medicina de Rehabilitación	3,0-3,5	2,5-3,0	2,0	2,0	1,5
Personal médico – Junior (Grados de capacitación por encima de los grados FY1 o Trust**)	3,0-3,5	2,0-2,5	1,5-2,0	1,5-2,0	1,5-2,0
Personal de enfermería					
Total enfermeras/os	45-60	40-50	35-40	35-40	35-40
% de personal de enfermería cualificado (Banda 5 o superior***) (Dependiendo de la gravedad del número de casos)	65-75%	50-60%	45-50%	45-55%	45-55%
% de enfermeras con formación específica en rehabilitación	-	Al menos el 45%	Al menos el 40%	Al menos el 40%	Al menos el 30%
Personal de terapia					
Fisioterapeutas calificados/as (Dependiendo de la proporción de pacientes con traqueostomía o que requieran terapia 2:1)	6,0-7,0	6,0-7,0	5,5-6,5	5,5- 6,0	4,5-5,5
Terapeutas ocupacionales calificados/as	5,5-6,5	6,0-7,0	5,5-6,5	5,5- 6,0	4,5-5,5
Terapeutas del habla y el lenguaje calificados/as (Dependiendo de la proporción de pacientes con traqueostomía)	3,0-4,0	3,0-3,5	2,5-3,0	2,0-2,5	1,5-2,0
Psicólogo/a clínico/ consejero profesionalmente cualificado (Dependiendo de si se aceptan pacientes con problemas graves de conducta)	2,5-3,0	2,5-3,5	2,5-3,5	1,5-2,5	1,5-2,0
Trabajadora social / coordinadora de alta	1,0-1,5	1,5-2,0	1,5-2,0	1,5-2,0	1,0-1,5
Nutricionista (Dependiendo de la proporción de pacientes en alimentación enteral / necesidades nutricionales complejas)	1,0	1,0	0,5-1,0	0,75-1,0	0,5-0,75
Personal administrativo	n/i	n/i	n/i	n/i	n/i

n/i: no informado

* Full Time Equivalent (FTE) / Whole Time Equivalent (WTE) (tiempo completo), según la *National Health Service* (NHS), se calcula dividiendo el número de horas requeridas para el puesto por el equivalente de tiempo completo = 37,5 horas (29).

** FY1 Equivalent (Año Fundacional 1): Es el primer año de formación médica de posgrado en el Reino Unido, después de graduarse de la escuela de medicina.

*** El NHS tiene nueve bandas de enfermería que indican el nivel de experiencia, las habilidades necesarias y el salario para cada función. La banda 5 es la posición de nivel inicial para enfermeras recién calificadas (30).

Nota:

- Estos niveles de dotación de personal apoyan tanto la actividad hospitalaria como el trabajo de divulgación asociado, incluidas las evaluaciones previas a la admisión/previas al alta, las visitas domiciliarias, las conferencias de casos, etc., relacionadas con cada episodio de hospitalización, pero no incluyen las clínicas generales para pacientes ambulatorios.
- Se requieren recursos adicionales si los servicios también ofrecen servicios de rehabilitación comunitaria.
- También se puede requerir personal adicional, por ejemplo, técnicos, ingenieros, protésicos, etc., dependiendo de la carga de trabajo.
- Servicios terciarios especializados que atienden a pacientes con necesidades más complejas: la combinación de habilidades se ajusta para atender al grupo específico de pacientes a los que atienden, por ejemplo, un servicio de rehabilitación cognitivo-conductual requeriría: una mayor proporción de personal de psicología/asesoramiento; Apoyo de neuropsiquiatras consultores; y una proporción de enfermeras de salud mental registradas y niveles de personal suficientes para proporcionar un entorno seguro para los pacientes de alto riesgo, incluida la supervisión 1:1 cuando sea necesario.

Fuente: Specialist neuro-rehabilitation services: providing for patients with complex rehabilitation needs. 2019

❖ **Personal requerido para servicios locales no especializados (Nivel 3)**

Los pacientes atendidos por los servicios locales no especializados, correspondientes al Nivel 3a y Nivel 3b, son categorizados como pacientes tipo C y D, respectivamente (26).

Los **pacientes de categoría C** normalmente requieren una intervención de rehabilitación menos intensiva de 1 a 3 disciplinas terapéuticas (fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje, psicología, nutricionista, trabajo social, órtesis, ingeniería de rehabilitación, apoyo vocacional/educativo). Los equipos locales pueden ser asesorados por especialistas de otras especialidades (por ejemplo, neurología/medicina para accidentes cerebrovasculares) y dotado de equipos de terapia y enfermería con experiencia especializada en la afección del paciente (26).

Los **pacientes de categoría D**, al igual que los pacientes C, normalmente requieren una intervención de rehabilitación menos intensiva, de 1 a 3 disciplinas terapéuticas (descritas anteriormente); y reciben un servicio de rehabilitación local no especializado dirigido por personal no médico (26).

No se da mayores antecedentes del número de horas o cantidad del personal.

Consideraciones de Implementación

Para el análisis de las consideraciones de implementación, durante la búsqueda de evidencia de esta síntesis, se seleccionaron documentos que pudieran entregar antecedentes para el análisis de la aplicabilidad de la evidencia al contexto local, consideraciones económicas, equidad y de monitoreo y evaluación.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para interpretar la evidencia mostrada en esta síntesis.

Consideraciones de aplicabilidad

La información aquí contemplada proviene de Australia, Brasil, Canadá y Reino Unido, países que suelen tener una gestión descentralizada a nivel territorial y de relativos altos recursos.

Los métodos o estándares para calcular la dotación de personal, depende en gran medida del modo de organización y requerimientos de rehabilitación de cada país.

Tanto Australia como Brasil explicitan sus metodologías para estimar la dotación. En el primero, se recurre a la búsqueda de evidencia, consulta a actores claves, y finalmente, consenso experto. En el segundo, se indica que existe una herramienta en la cual, al ingresar algunas características del servicio de rehabilitación, población, tipo de atención, etc., se estima un número de profesionales requerido en función de las características del servicio que se desea implementar, las características de la población, etc. La estimación final puede ser corroborada en terreno.

En los casos de Chile, Canadá y Reino Unido, a pesar de que se menciona ciertos criterios a considerar para estimar la dotación, no queda clara la metodología de cálculo. Ahora, Canadá y Reino Unido sí cuentan con parámetros clínicos (como nivel de atención de salud, categorización de pacientes, o necesidades de atención o especialidad) para estimar la dotación y tipo de recursos humanos.

El tipo de profesional suelen coincidir y los equipos son multidisciplinarios, cuya composición variará en función de la complejidad.

Limitaciones de esta síntesis

Esta síntesis de evidencia se realizó en base a normativas, documentos gubernamentales y recomendaciones de sociedades científicas de cada país que abordan estándares de dotación de recursos humanos de rehabilitación. En consecuencia, el resumen no refleja necesariamente las diferencias que puedan existir entre lo estipulado en dichos documentos y lo que pueda ocurrir en la práctica al implementar la política determinada en cada jurisdicción.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia Síntesis Rápida de Evidencia: Experiencias internacionales ¿Cuáles son los estándares de dotación de recursos humanos de rehabilitación? Febrero, 2024. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://etesa-sbe.minsal.cl/repositorio-etesa-sbe/>

Autores

- **Carolina Paz Ibarra-Castillo**. Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia (Búsqueda y síntesis de antecedentes por país y redacción final).
- **Francisco Paiva**. Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia (Definición de los criterios y países a considerar, coordinación con el solicitante y búsqueda de antecedentes).

Palabras claves

Rehabilitation; human resources; staffing; standards of care; rapid evidence synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- **Luis Sarmiento Loaysa**, profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia.
- **Cecilia Palominos Veas**, profesional de la Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia, del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia.
- **Paula Nahuelhual Cares**, Jefa (s) de Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia.

-

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. Jesus TS, Landry MD, Dussault G, Fronteira I. Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century. Hum Resour Health. 23 de enero de 2017;15(1):8.
2. World Health Organization. Workload indicators of staffing need. User's manual, second edition [Internet]. 2023. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373473/9789240070066-eng.pdf?sequence=1>
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación en los Hospitales de la Red Pública de Salud 2018 - 2025 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2020/02/2018.05.28_ORIENTACIONES-REHABILITACION-EN-HOSPITALES-DE-LA-RED-PUBLICA.pdf
4. División de Gestión de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile. Norma 150. Criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios [Internet]. 2013. Disponible en: https://estadistica.araucaniasur.cl/Documentos/Estandares_normativas/Norma-General-T%C3%A9cnica-N150-Clasificaci%C3%B3n-seg%C3%BAn-Nivel-de-Complejidad-de-Establecimientos-Hospitalarios.pdf
5. NSW Government. Health Guide to the Role Delineation of Clinical Services [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.health.nsw.gov.au/services/Publications/role-delineation-of-clinical-services.PDF>
6. Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine, Royal Australasian College of Physicians. Standards for the provision of rehabilitation medicine services in the ambulatory setting [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/ambulatory-standards.pdf>
7. The Royal Australasian College of Physicians, Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine. Standards for the provision of inpatient adult rehabilitation medicine services in public and private hospitals [Internet]. 2019 [citado 27 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/afrm-standards-for-the-provision-of-inpatient-adult-rehabilitation-medicine-services-in-public-and-private-hospitals.pdf?sfvrsn=4690171a_4
8. Australasian Faculty of Rehabilitation Medicine, Royal Australasian College of Physicians. Standards for the provision of paediatric rehabilitation medicine inpatient services in public and private hospitals [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/afrm-standards-paediatric-rehabilitation-medicine-inpatient-services-in-public-private-hospital.pdf>
9. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Manual do dimensionamento de pessoal área assistencial. Legislações e parâmetros [Internet]. 2022. Disponible en:

https://www.gov.br/ebserh/pt-br/aceso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2023/anexos-2023/anexo-portaria-43-dgp-manual_tecnico_dft_assistencial_sedimp_dgp_v-_final2023.pdf

10. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. [citado 24 de enero de 2024]. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Disponible en: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/pagina-inicial>
11. Ministério da Saúde do Brasil. PORTARIA N° 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012 [Internet]. [citado 20 de marzo de 2024]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
12. Ministério da Saúde do Brasil. PORTARIA N° 303, DE 2 DE JULHO DE 1992 [Internet]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/snas/1992/prt0303_02_07_1992.html#:~:text=Modificar%20a%20Portaria%20n%C2%BA%20225,no%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.
13. Ministério da Saúde do Brasil. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N° 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022 [Internet]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html
14. Ministério da Saúde. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO N° 1, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2022 [Internet]. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/saes/2022/prc0001_31_03_2022.html
15. Erlendson P, Modrow R. National guidelines for rehabilitation staffing levels: a literature review. *Healthc Manage Forum*. 2003;16(2):19-25.
16. Rehabilitative Care Alliance. Rehab Care Standards [Internet]. [citado 1 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://rehabcarealliance.ca/rehab-care-standards/>
17. Rehabilitative Care Alliance. Patient and System-Level Benefits of Rehabilitative Care. A primer to support planning by OHTs and Ontario Health [Internet]. 2020. Disponible en: https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2022/10/RCA_Primer_on_Rehab_for_OHTs.pdf
18. Rehabilitative Care Alliance. Section 6 – Rehab in home and ambulatory settings [Internet]. 2020. Disponible en: https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2022/10/RCA_Primer_on_Rehab_-_Section_6.pdf
19. Rehabilitative Care Alliance. Section 4 – Rehab in primary care [Internet]. 2020. Disponible en: https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2022/10/RCA_Primer_on_Rehab_-_Section_4.pdf
20. Rehabilitative Care Alliance. Section 5 – Rehab in inpatient settings [Internet]. 2020. Disponible en: https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2022/10/RCA_Primer_on_Rehab_-_Section_5.pdf

21. Rehabilitative Care Alliance. Section 3 – About rehab professionals [Internet]. 2020. Disponible en: https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2022/10/RCA_Primer_on_Rehab_-_Section_3.pdf
22. Rehabilitative Care Alliance. Key Features of RCA Bedded Levels of Rehabilitative Care [Internet]. 2023. Disponible en: <https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2023/04/Key-Features-RCA-Bedded-Levels.pdf>
23. Rehabilitative Care Alliance. RCA Framework for Bedded Levels of Rehabilitative Care [Internet]. 2023. Disponible en: <https://rehabcarealliance.ca/wp-content/uploads/2023/04/RCA-Framework-for-Bedded-Levels-of-Rehabilitative-Care.pdf>
24. National Health Service - UK. Health Careers. 2015 [citado 23 de febrero de 2024]. Rehabilitation medicine. Disponible en: <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/medicine/rehabilitation-medicine>
25. British Society of Rehabilitation Medicine [Internet]. [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.bsrn.org.uk/>
26. British Society of Rehabilitation Medicine. Specialist neuro-rehabilitation services: providing for patients with complex rehabilitation needs [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.bsrn.org.uk/downloads/specialised-neurorehabilitation-service-standards--7-30-4-2015-pcatv2-forweb-11-5-16-annexe2updatedmay2019.pdf>
27. British Society of Rehabilitation Medicine, Royal College of Physicians. Rehabilitation following acquired brain injury. National clinical guidelines [Internet]. 2003. Disponible en: <https://www.headway.org.uk/media/3320/bsrn-rehabilitation-following-acquired-brain-injury.pdf>
28. King's College London. The Patient Categorisation Tool – (PCAT) [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.medicaljournals.se/jrm/content_files/additional_content/2406App1.pdf
29. How do I calculate the FTE / WTE required for a role? (NHSE) [Internet]. [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://faq.nhsbsa.nhs.uk/knowledgebase/article/KA-23611/en-us>
30. Hearn F. Nursing Bands in the NHS – A Simple Guide [Internet]. Remedium. 2023 [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: <https://remediumpartners.com/nursing-bands-in-the-nhs-a-simple-guide/>

Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

Las estrategias fueron no sistemáticas, primero se utilizaron conceptos claves en las instituciones encargadas de gestionar las redes asistenciales de cada país y luego conceptos claves más el nombre del país o territorio de interés en Google, utilizando los booleanos correspondientes.

Las estrategias de búsqueda se realizaron en diferentes idiomas, usando traductores en línea para los idiomas distintos al castellano o inglés. A continuación, se presentan los conceptos y países por idioma utilizado:

Castellano

Países: Chile

Conceptos utilizados: Rehabilitación, recursos humanos, dotación de personal, estándares de atención.

Portugués

Países: Brasil.

Conceptos utilizados: Reabilitação, recursos humanos, pessoal, padrões de atendimento.

Inglés

Países: Australia, Canadá y Reino Unido.

Conceptos utilizados: Rehabilitation, human resources, staffing, standards of care.

Periodos de búsqueda: Enero a febrero 2024

Anexo 2: Mapa de países incluidos

Países en los que se revisó los estándares de dotación de recursos humanos de rehabilitación

