# Paquete de intervenciones de Rehabilitación

## Módulo 1

## Introducción

Organización Mundial de la Salud

# Paquete de intervenciones de rehabilitación

# Módulo 1
# Introducción

Organización Mundial de la Salud

Paquete de intervenciones de rehabilitación. Módulo 1. Introducción [Package of interventions for rehabilitation. Module 1. Introduction]

(Paquete de intervenciones de rehabilitación. Módulo 1. Introducción – Módulo 2. Afecciones musculoesqueléticas – Módulo 3. Afecciones neurológicas – Módulo 4. Afecciones cardiopulmonares – Módulo 5. Trastornos del desarrollo neurológico – Módulo 6. Afecciones sensoriales – Módulo 7. Neoplasia maligna – Módulo 8. Afecciones de salud mental)

ISBN 978-92-4-007831-4 (versión electrónica)
ISBN 978-92-4-007832-1 (versión impresa)

**© Organización Mundial de la Salud 2023**

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules).

**Forma de cita propuesta.** Paquete de intervenciones de rehabilitación. Módulo 1. Introducción [Package of interventions for rehabilitation. Module 1. Introduction]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023 (Paquete de intervenciones de rehabilitación). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Catalogación (CIP).** Puede consultarse en http://apps.who.int/iris.

**Ventas, derechos y licencias.** Para comprar publicaciones de la OMS, véase https://www.who.int/publications/book-orders. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase https://www.who.int/es/copyright.

**Materiales de terceros.** Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales.** Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Traducido por María Laura Mazza. La terminología del texto traducido puede diferir de la utilizada en otras publicaciones de la OMS. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés.

# Índice


Prefacio v

Agradecimientos vi

Resumen viii

1. Contexto 1

2. Alcance del *Paquete de intervenciones de rehabilitación* 4

3. Cómo utilizar el *Paquete de intervenciones de rehabilitación* 9

4. Metodología 13

Referencias 15

Anexo. Selección de directrices y revisiones sistemáticas, extracción de datos y selección de intervenciones 17

# Prefacio

La rehabilitación es uno de los servicios esenciales de salud que están incluidos en la definición de *cobertura sanitaria universal* de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata de un servicio eficaz para acortar el tiempo de recuperación, prevenir complicaciones relacionadas con afecciones agudas y crónicas, y mejorar el funcionamiento y el bienestar físico y mental. La rehabilitación puede ayudar a que las personas regresen al trabajo, a la comunidad y a la vida familiar, así como a reducir el aislamiento social. Además, permite que las personas puedan cuidar de sus problemas de salud.

A nivel mundial, una de cada tres personas necesita rehabilitación en algún momento de su vida a raíz de afecciones de salud congénitas, agudas o crónicas. Con el aumento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, el envejecimiento de la población y la mejora de la supervivencia a las lesiones, se prevé que aumente considerablemente la necesidad de servicios de rehabilitación.

Aunque la OMS reconoció la rehabilitación como un servicio de salud esencial hace más de cuatro décadas, sigue habiendo una gran necesidad insatisfecha de rehabilitación, en particular en muchos países de ingresos bajos y medianos. Debido a la idea errónea y generalizada de que la rehabilitación es demasiado costosa o simplemente inviable en entornos de bajos recursos, la inversión en estos servicios sigue siendo baja, y el conocimiento de ellos, escaso. Como se muestra en el presente documento, en esos entornos pueden aplicarse una serie de intervenciones que son efectivas para una variedad de afecciones de salud.

El *Paquete de intervenciones de rehabilitación* de la OMS describe las intervenciones de rehabilitación esenciales para 20 afecciones que tienen alta prevalencia y altos niveles de discapacidad asociada. También incluye información sobre las necesidades de personal y las ayudas técnicas, los equipos y los consumibles que se precisan para llevar a cabo estas intervenciones. Por lo tanto, este documento constituye un recurso indispensable para los países a la hora de planificar y presupuestar la integración de los servicios de rehabilitación en sus sistemas de salud.

Más de 700 expertos en rehabilitación, procedentes de 90 países, contribuyeron a elaborar este recurso. La amplia y entusiasta participación de especialistas de todo el mundo pone de relieve la necesidad urgente de que las personas puedan acceder a la rehabilitación lo antes posible. El *Paquete de intervenciones de rehabilitación* de la OMS constituye un paso importante para incluir la rehabilitación en los paquetes de atención como parte de la cobertura sanitaria universal y hacer realidad la visión de la iniciativa *Rehabilitación 2030*, en la que todas las personas tengan acceso a la rehabilitación de calidad que necesitan.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General
Organización Mundial de la Salud

# Agradecimientos

El *Paquete de intervenciones de rehabilitación* fue creado bajo la supervisión de Alarcos Cieza, Jefa de la Unidad de Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la OMS, con el apoyo de Bente Mikkelsen, Directora del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la OMS, y Minghui Ren, Subdirector General de la OMS. La elaboración del *Paquete de intervenciones de rehabilitación* fue coordinada por Alexandra Rauch, del Programa de Rehabilitación de la Unidad de Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación del Departamento de Enfermedades No Transmisibles de la OMS. El equipo de coordinación, preparación de datos y redacción estuvo integrado por Zelalem Dessalegn Demeke, Yasaman Etemadi y Vanessa Seijas, del Programa de Rehabilitación.

## Contribución técnica y revisión

La OMS agradece a todas las personas que dedicaron esfuerzos y aportaron su experiencia a este material. Los siguientes funcionarios de la OMS que trabajan en la Sede y en las oficinas regionales, así como muchas organizaciones de interesados y expertos en rehabilitación, hicieron un valioso aporte a la elaboración de este recurso.

## Sede de la OMS

De la Unidad de Funciones Sensoriales, Discapacidad y Rehabilitación de la OMS: Shelly Chadha (Programa de Audición), Wouter de Groote (Programa de Rehabilitación), Kaloyan Kamenov (Programa de Discapacidad), Stuart Keel (Programa de Visión), Pauline Kleinitz (Programa de Rehabilitación), Qhayiya Magaqa (Programa de Rehabilitación), Elanie Marks (Programa de Rehabilitación), Jody-Anne Mills (Programa de Rehabilitación), Pete Skelton (Programa de Rehabilitación) y Abena Tannor (Programa de Rehabilitación). De la Unidad de Políticas y Normas sobre Productos Sanitarios de la OMS: Bernadette Capello (Equipo de la Lista de Medicamentos Esenciales), Benedikt Huttner (Equipo de la Lista de Medicamentos Esenciales), Lorenzo Moja (Equipo de la Lista de Medicamentos Esenciales), Giulia Oggero (Tecnología de apoyo), Louise Puli (Tecnología de apoyo), Emma Tebbutt (Tecnología de apoyo). Del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS: Devorah Kestel, Chiara Servili (Unidad de Salud Cerebral), Vanessa Cavallera (Unidad de Salud Cerebral), Tarun Dua (Unidad de Salud Cerebral), Fahmy Hanna (Unidad de Salud Mental), Nicoline Schiess (Unidad de Salud Cerebral), Katrin Seeher (Unidad de Salud Cerebral), Mark van Ommeren (Unidad de Salud Mental), Marieke van Regteren Altena (Unidad de Salud Cerebral). De la Unidad de Envejecimiento y Salud de la OMS: Andrew Briggs, Matteo Cessari, Yuka Sumi. De la Unidad de Gestión, Cribado, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades No Transmisibles de la OMS: Andre Ilbawi, Elena Fidarova, Taskeen Khan, Sarah Rylance y Slim Slama; de la Unidad de Garantía de la Calidad de Normas y Criterios de la OMS: Susan Norris, Rebecca Thomas Bosco. De la Unidad de Clasificación y Terminologías de la OMS: Robert Jakob, Nenad Konstanjsek. De la Unidad de Servicios y Sistemas Clínicos de la OMS: John Fogarty, Teri Reynolds. De la Unidad de Datos, Análisis y Cumplimiento en pro del Impacto de la OMS: Melanie Bertram, Robert Jakob, Nenad Kostanjsek.

## Oficinas regionales de la OMS

Oficina Regional de la OMS para África: Binta Sako; Oficina Regional de la OMS para las Américas: Antony Duttine; Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental: Jagdish Kaur y Tashi Tobgay; Oficina Regional de la OMS para Europa: Satish Mishra y Cathal Morgan; Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental: Hala Sakr; Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental: Nathalie Maggay y Masahiro Zakoji.

## Organizaciones interesadas

Las siguientes asociaciones internacionales brindaron un valioso apoyo buscando integrantes para los grupos de desarrollo y los grupos de revisión por pares para afecciones de salud específicas:

### Asociaciones profesionales

American Speech–Language–Hearing Association (ASHA); Association of Rehabilitation Nurses (ARN); International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP); International Council of Nurses (ICN); International Council of Psychologists (ICP); International Society for Prosthetics and Orthotics (ISPO); International Society of Nurses on Cancer Care (ISNCC); International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM); World Federation of Chiropractic (WFC); World Federation of Occupational Therapists (WFOT); World Physiotherapy.

### Organizaciones no gubernamentales

Christoffel-Blindenmission (CBM) International; Humanity & Inclusion (HI); Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR); International Disability and Development Consortium (IDDC); Associazione Italiana Amici de Raoul Follereau (AIFO); Rehabilitation International (RI).

### Asociaciones dedicadas a enfermedades específicas

African Spinal Cord Injury Network (AFSCIN); Alzheimer's Disease International (ADI); Childhood Cancer International (CCI); Dementia Alliance International (DAI); European Federation of Neurological Associations (EFNA); European Respiratory Society (ERS); European Society of Gynaecological Oncology (ESGO; Global Alliance for Musculoskeletal Health (G-MUSC); International Alliance of Academics of Childhood Disability (IAACD); International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP); International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities (IASSIDD); International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (ICCPR); International Psycho-Oncology Society (IPOS); International Spinal Cord Society (ISCoS); Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC); Union for International Cancer Control (UICC); World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR); World Federation for Neurorehabilitation (WFNR); World Psychiatric Association (WPA); World Stroke Organization (WSO).

La OMS desea agradecer a Cochrane Rehabilitation por su importante apoyo a este proyecto, particularmente con respecto a la labor de los grupos de trabajo técnicos. Un agradecimiento especial a Carlotte Kiekens, Stefano Negrini y Michele Patrini.

La elaboración del *Paquete de intervenciones de rehabilitación* ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Centro Nacional para la Investigación de la Rehabilitación Médica, el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano Eunice Kennedy Shriver y los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos; el Ministerio de Salud y Bienestar de la República de Corea y Christoffel-Blindenmission (CBM) International.

# Resumen

En su 13.° Programa General de Trabajo (2019–2023), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el logro de la cobertura sanitaria universal como un objetivo estratégico prioritario para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3. La rehabilitación es una estrategia de salud esencial a la que las personas que la necesitan deberían tener acceso sin verse expuestas a dificultades financieras. Se trata de un servicio de salud fundamental para personas que presentan una amplia variedad de afecciones de salud en las diferentes etapas de la vida y durante todas las fases de la atención aguda, subaguda y a largo plazo. Sin embargo, y a pesar de la creciente necesidad de rehabilitación, sigue faltando conciencia acerca de su función e importancia en los servicios de salud y de la magnitud de las necesidades insatisfechas, en particular en los países de ingresos bajos y medianos.

La iniciativa *Rehabilitación 2030* de la OMS identificó 10 áreas de acción concertada para reducir las necesidades insatisfechas de rehabilitación. La incorporación de la rehabilitación en la cobertura sanitaria universal es uno de los objetivos que se buscan a fin de aumentar el acceso a la rehabilitación de todas las personas que la necesitan. El *Paquete de intervenciones de rehabilitación* (PIR) es un recurso destinado a apoyar a los ministerios de salud y otros posibles usuarios, como planificadores de servicios, proveedores de servicios, académicos e investigadores. Contiene información sobre intervenciones esenciales para personas que tienen afecciones de salud y presentan las mayores necesidades de rehabilitación en diferentes grupos de patologías. Describe además el tiempo requerido para ejecutar las intervenciones, así como los materiales conexos (por ejemplo, ayudas técnicas, equipos, consumibles) y los recursos humanos (personal) que se necesitan. Las intervenciones seleccionadas para formar parte del PIR procuran resolver los problemas de funcionamiento de muchas personas que viven con una afección de salud. Fueron consideradas costo-eficaces y viables en contextos de recursos bajos y medianos, incluso si la implementación requiere fortalecer el personal de rehabilitación en estos países. El PIR se puede utilizar para planificar y presupuestar servicios de rehabilitación, elaborar planes de estudio y materiales de capacitación, y reconocer áreas que no han sido suficientemente investigadas para definir agendas de investigación.

El PIR está destinado a 20 afecciones de salud que se clasifican en siete grupos de patologías:

**Afecciones musculoesqueléticas:** lumbalgia, osteoartritis, artritis reumatoide, sarcopenia, fracturas de las extremidades, amputaciones.

**Afecciones neurológicas:** accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, parálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico, lesión de la médula espinal, demencia.

**Afecciones cardiopulmonares:** cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

**Trastornos del desarrollo neurológico:** trastornos del espectro autista, trastornos del desarrollo intelectual.

**Afecciones sensoriales:** deficiencia visual, deficiencia auditiva.

**Neoplasia maligna:** cáncer.

**Afecciones de salud mental:** esquizofrenia.

Las afecciones de salud incluidas en el PIR corresponden a las enumeradas en la *Clasificación Internacional de Enfermedades*; los dominios de funcionamiento, a los que se describen en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*; y las intervenciones, a las que figuran en la *Clasificación Internacional de Intervenciones de Salud*.

La elaboración del *Paquete de intervenciones de rehabilitación* fue supervisada por el Comité de Revisión de Directrices de la OMS. Los grupos de trabajo técnico identificaron intervenciones a partir de directrices de práctica clínica y revisiones sistemáticas de Cochrane de alta calidad. Los grupos de desarrollo seleccionaron las intervenciones que se incluirían y las descripciones de los recursos relacionados; los grupos de revisión por pares llevaron a cabo un examen final. Los miembros de los grupos de trabajo representaban a una amplia gama de organizaciones interesadas en la rehabilitación.

El *Paquete de intervenciones de rehabilitación* es un instrumento importante para planificar la aplicación de la rehabilitación en los sistemas de salud y fortalecer al personal de rehabilitación. Por lo tanto, complementa a la guía de acción *Rehabilitación en los Sistemas de Salud* y al *Marco de Competencias para la Rehabilitación*. Para difundir el *Paquete de intervenciones de rehabilitación* y ayudar a que los Estados Miembros lo adapten y apliquen, la OMS se asociará con ministerios de salud, organizaciones no gubernamentales y asociaciones profesionales dedicadas a afecciones de salud específicas.

# 1. Contexto

## 1.1 La rehabilitación y la cobertura sanitaria universal

En 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con el objetivo general de poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar la prosperidad para todos *(1)*. Entre los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el ODS 3 se refiere específicamente a la salud: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades". Las acciones a que se refiere el ODS 3 deben garantizar que todas las personas, no solo las más ricas, tengan acceso al más alto nivel de salud y atención médica *(2)*. Además, el ODS 3 llama a lograr la cobertura sanitaria universal, es decir, "que todas las personas tengan los servicios de salud de buena calidad que necesiten sin sufrir dificultades económicas" (Recuadro 1) *(3)*. Por lo tanto, la gama de servicios considerados debe extenderse más allá de aquellos que abordan el tratamiento y la cura para incluir también la prevención, la promoción, la rehabilitación y los cuidados paliativos *(3)*. En su 13.° Programa General de Trabajo (2019–2023) *(4)*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el logro de la cobertura sanitaria universal como un objetivo estratégico prioritario para cumplir el ODS 3. En el marco de este programa, la OMS colaborará con los países proporcionando soluciones de base científica para que aumenten el acceso a los servicios de salud al tiempo que garantizan la mayor calidad posible y hacen hincapié en la seguridad del paciente.

**Recuadro 1. Cobertura sanitaria universal**

"Cobertura sanitaria universal" significa "que todas las personas tengan los servicios de salud de buena calidad que necesiten sin sufrir dificultades económicas". También significa que cada persona y comunidad reciba la gama completa de atención que necesita, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

La rehabilitación es una estrategia de salud esencial y, por lo tanto, un servicio de salud fundamental para personas que presentan una amplia variedad de afecciones de salud en todas las etapas de la vida y durante todas las etapas de la atención aguda, subaguda y a largo plazo. Mientras que las afecciones que son particularmente importantes para los niños que tienen problemas de desarrollo (por ejemplo, trastornos del espectro autista, trastornos del desarrollo intelectual, parálisis cerebral) se denominan "habilitación", la palabra "rehabilitación" se utiliza en el PIR tanto en referencia a la rehabilitación como a la habilitación.

La rehabilitación alivia el impacto de una afección de salud en la vida de una persona al centrarse principalmente en mejorar el funcionamiento y reducir la discapacidad. La tarea central de la rehabilitación es abordar los problemas de funcionamiento que han surgido en relación con una enfermedad, una lesión o el proceso de envejecimiento en el contexto de la persona.

Esto se puede lograr proporcionando intervenciones que favorezcan el funcionamiento y la independencia, conocidas como "intervenciones funcionales", que abarcan intervenciones para educar y empoderar a las personas a fin de que manejen sus propias condiciones de salud, se adapten a su situación y sean lo más independientes y activas posible. Las intervenciones funcionales atienden además las necesidades de los cuidadores y los familiares, que desempeñan un papel esencial para ayudar a las personas que tienen problemas de salud a lograr y mantener niveles de funcionamiento óptimos (Recuadro 2).

Mediante intervenciones eficaces, la rehabilitación permite a esas personas lograr y mantener una mayor participación en esferas importantes de la vida, como la educación, el empleo y la vida social y comunitaria, con beneficios sanitarios, sociales y económicos de gran alcance.

**Recuadro 2. Intervenciones de rehabilitación**

La rehabilitación proporciona conjuntos de intervenciones concebidas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas que tienen afecciones de salud, en interacción con su entorno. Las intervenciones de rehabilitación abarcan aspectos específicos del funcionamiento (funciones del cuerpo, estructuras del cuerpo, actividades y participación) y aspectos que influyen en el funcionamiento de la persona (funciones ambientales y factores personales). Estas intervenciones se denominan funcionales e incluyen, por ejemplo, ejercicios de fortalecimiento muscular, de habla y de respiración, educación en actividades de la vida diaria, habilidades sociales o habilidades de comunicación, suministro de ayudas técnicas y capacitación en su uso, y modificaciones ambientales. Las intervenciones funcionales también procuran mejorar las habilidades de autocuidado de las personas que viven con una afección de salud (por ejemplo, educación y asesoramiento sobre el autocuidado de salud o ejercicios autodirigidos), y las habilidades del cuidador y los familiares (por ejemplo, capacitación del cuidador y los familiares sobre técnicas y tareas relacionadas con el cuidado).

Sin embargo, y a pesar de la creciente necesidad de rehabilitación, sigue faltando conciencia acerca de su función y de la magnitud de las necesidades insatisfechas, en particular en los países de ingresos bajos y medianos *(5)*. A fin de impulsar la acción a favor de la rehabilitación, la OMS lanzó en 2017 la iniciativa *Rehabilitación 2030*, que llama la atención sobre la creciente necesidad de rehabilitación, destaca el papel de la rehabilitación en el logro de los ODS y la cobertura sanitaria universal, y pide una acción global coordinada y concertada para fortalecer la rehabilitación en los sistemas de salud *(6)*.

## 1.2 Respuesta a *Rehabilitación 2030: un llamado a la acción*

La iniciativa *Rehabilitación 2030* de la OMS identificó 10 áreas de acción concertada para reducir las necesidades insatisfechas de rehabilitación. Algunas de las acciones descritas se centran específicamente en el fortalecimiento del liderazgo, la planificación y la integración de la rehabilitación en todos los sectores de la salud, el desarrollo de un personal de rehabilitación sólido y multidisciplinario y la incorporación de la rehabilitación en la cobertura sanitaria universal. La guía de acción de la OMS *Rehabilitación en los Sistemas de Salud (7)*, anterior al PIR, asiste a los Gobiernos en la evaluación de la situación y la planificación estratégica, y el *Marco de Competencias para la Rehabilitación (8)* ayuda a los países a que los profesionales de la rehabilitación tengan las competencias necesarias para brindar los servicios de rehabilitación de calidad que necesita la población. Además, la guía sobre herramientas de rehabilitación en

sistemas de información sanitaria de rutina (*Routine Health Information Systems – Rehabilitation toolkit*) *(9)* sirve de orientación para recopilar datos y ayuda a integrar la rehabilitación en la presentación de informes a nivel de los establecimientos.

## 1.3 Objetivo y destinatarios

El PIR fue creado para ayudar a los países a planificar y presupuestar la rehabilitación e integrarla en sus sistemas de salud proporcionándoles información sobre intervenciones esenciales, su disponibilidad en los niveles de prestación de servicios y los materiales y recursos humanos necesarios para dicha prestación. El PIR complementa a la guía de acción *Rehabilitación en los Sistemas de Salud (7, 8)* y, por lo tanto, contribuye a ayudar a los países a que fortalezcan la rehabilitación en sus sistemas de salud.

Los principales destinatarios del PIR son los ministerios de Salud y otros ministerios que participan en la planificación y presupuestación de los servicios de salud. Otros posibles usuarios finales de este recurso son planificadores y proveedores de servicios, académicos, investigadores y donantes y agencias de desarrollo.

# 2. Alcance del *Paquete de intervenciones de rehabilitación*

El PIR incluye 20 afecciones de salud clasificadas en diferentes grupos de patologías (Recuadro 3). En referencia a cada una de esas 20 afecciones, se proporciona información, en siete módulos específicos de determinados grupos de patologías, sobre los siguientes aspectos:

- las intervenciones esenciales para la rehabilitación;
- el tiempo necesario para impartir una sesión de intervención;
- los recursos materiales necesarios para ejecutar las intervenciones;
- los profesionales de rehabilitación más adecuados para llevar a cabo las intervenciones.

También se brinda información sobre los datos que han servido de base para seleccionar las intervenciones, con archivos complementarios para cada uno de los módulos.

## 2.1 Afecciones de salud

Si bien hay muchas afecciones de salud susceptibles de rehabilitación que no se han incluido en el PIR, las que han sido seleccionadas presentan las mayores necesidades de rehabilitación, ya que tienen mayor prevalencia o están vinculadas con los niveles más altos de discapacidad.

La selección considera además la necesidad de rehabilitación en todas las etapas de la vida: desde las enfermedades relacionadas con el nacimiento hasta las relacionadas con la edad y las afecciones independientes de la edad, como las lesiones o el cáncer.

**Recuadro 3. Afecciones de salud incluidas en el *Paquete de intervenciones de rehabilitación***

| Grupos de patologías | Afección de salud |
|---|---|
| Afecciones musculoesqueléticas | Lumbalgia |
| | Osteoartritis |
| | Artritis reumatoide |
| | Sarcopenia |
| | Fracturas |
| | Amputaciones |
| Afecciones neurológicas | Accidente cerebrovascular |
| | Enfermedad de Parkinson |
| | Demencia |
| | Parálisis cerebral |
| | Traumatismo craneoencefálico |
| | Lesión de la médula espinal |
| Afecciones cardiopulmonares | Cardiopatía isquémica |
| | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| Trastornos del desarrollo neurológico | Trastornos del espectro autista |
| | Trastornos del desarrollo intelectual |
| Deficiencias sensoriales | Deficiencia visual |
| | Deficiencia auditiva |
| Neoplasia maligna | Cáncer |
| Salud mental | Esquizofrenia |

## 2.2 Descripción de las intervenciones incluidas en el *Paquete de intervenciones de rehabilitación*

La lista de intervenciones disponibles para las afecciones de salud específicas no pretende ser exhaustiva ni exclusiva; más bien representa aquellas que se consideran esenciales y viables de implementar en la mayoría de los entornos de recursos bajos y medianos. Una intervención se define como "esencial" si:

- está respaldada por datos empíricos (esto incluye que se acepte la opinión de expertos si no se dispone de pruebas derivadas de las directrices de práctica clínica o las revisiones sistemáticas de Cochrane, pero se cumplen todos los demás criterios);
- beneficia a muchas personas (es decir, la intervención procura resolver un problema de funcionamiento asociado con frecuencia a la afección de salud);
- su eficacia se considera elevada; o
- los beneficios son superiores a los costos.

Las intervenciones funcionales optimizan aspectos del funcionamiento que están deteriorados (en el contexto de las funciones y estructuras corporales de un individuo), limitados (en el contexto de las actividades) o restringidos (en el contexto de la participación). Otras intervenciones incluidas en el PIR tienen como objetivo prevenir afecciones secundarias que generalmente se observan y que se relacionan con una afección de salud preexistente. Estas intervenciones se presentan en *Prevención y tratamiento de afecciones secundarias*.

Las intervenciones funcionales pueden ser farmacológicas (es decir, la intervención implica el suministro de medicamentos) o no farmacológicas (Recuadro 4). Las intervenciones farmacológicas solo se consideran para la rehabilitación cuando se abordan las deficiencias de funcionamiento causadas por una afección de salud (por ejemplo, espasticidad en personas que tienen una lesión de la médula espinal o dolor causado por la osteoartritis). Los medicamentos que atacan la causa y tienen como objetivo curar o modificar la progresión de una afección de salud no se consideran intervenciones de rehabilitación. Algunos de los medicamentos incluidos en el PIR han sido evaluados y figuran en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS *(10)* para la (s) indicación(es) en cuestión. Los grupos de desarrollo sugirieron que se incluyeran en el PIR otros medicamentos que no figuran en la Lista Modelo (ya sea debido a una evaluación pendiente o porque no se recomendó su inclusión en la lista), de acuerdo con los criterios de selección.

Las intervenciones no farmacológicas son preventivas, promotoras, restaurativas o compensatorias, y pueden subdividirse, además, en las siguientes categorías:

- técnicas y procedimientos terapéuticos, ejercicios y entrenamiento
- modalidades físicas
- ayudas técnicas
- modificaciones ambientales
- intervenciones de autocuidado (para las personas que viven con una afección de salud y también para sus cuidadores y familiares).

La selección de las intervenciones que se aplicarán a un individuo se basa en la evaluación inicial. Tanto la información sobre las intervenciones como las evaluaciones conexas se proporcionan en el PIR. Si bien para planificar el programa de rehabilitación de una persona es fundamental contar con información adicional sobre las comorbilidades o los problemas de funcionamiento

**Recuadro 4. Descripción general de las intervenciones funcionales**

| Tipo de intervención | Categoría de intervención | Ejemplo |
|---|---|---|
| Farmacológicas | Medicamentos | Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales |
| No farmacológicas | Técnicas y procedimientos terapéuticos, ejercicios y entrenamiento | Terapia manual, terapia cognitivo-conductual, ejercicios de flexibilidad articular, educación en habilidades de comunicación |
| | Modalidades físicas | Estimulación eléctrica neuromuscular |
| | Ayudas técnicas | Suministro de ayudas técnicas de autocuidado y capacitación para su uso |
| | Modificaciones ambientales | Instalación de rampas, control de iluminación |
| | Intervenciones de autocuidado | Educación y asesoramiento sobre ejercicios autodirigidos |
| | | Educación y apoyo para el cuidador y la familia |

preexistentes (por ejemplo, deficiencia física, cognitiva, auditiva o visual en las personas mayores), no se proporciona información sobre la detección o evaluación de determinados aspectos.

Aunque el PIR incluye conjuntos de intervenciones esenciales que deben estar disponibles para las personas que requieren rehabilitación, no todas las personas derivadas deberán tener siempre acceso al conjunto completo de intervenciones. Los planes de rehabilitación se adaptan a las necesidades de un individuo y se basan en la evaluación inicial, los objetivos y las preferencias; por lo tanto, variarán según cada persona y a lo largo de su proceso de atención.

Idealmente, y en particular en el caso de las personas que tienen afecciones de salud más complejas, la rehabilitación debe ser realizada por equipos multidisciplinarios en instalaciones apropiadas. Sin embargo, el PIR proporciona intervenciones que se pueden realizar en cualquier entorno, con inclusión de la atención primaria y los entornos comunitarios, lo cual facilita su accesibilidad para todas las personas que las necesitan, cuando no se dispone de rehabilitación multidisciplinaria.

En el PIR, las intervenciones se organizan de acuerdo con dominios de funcionamiento (Recuadro 5) que combinan las intervenciones esenciales relacionadas con dominios más amplios, como "Habla, lenguaje y comunicación" o "Funciones motoras y movilidad". Dentro de estos dominios, las intervenciones específicas se organizan de acuerdo con su objetivo, por ejemplo, "Suministro de ayudas técnicas de comunicación y capacitación para su uso" para mejorar la comunicación; "Ejercicios de fortalecimiento muscular" para mejorar las funciones de potencia muscular; o "Ejercicios de flexibilidad articular" para mejorar la movilidad de las articulaciones. Si bien los dominios de funcionamiento que corresponden a las funciones del cuerpo tienden a relacionarse con afecciones de salud específicas y estas, a su vez, con determinados grupos de patologías, los que corresponden a las actividades y la participación se aplican a la mayoría de las afecciones de salud, y estas, a su vez, a la mayoría de los grupos de patologías que están incluidos en el PIR. Por ejemplo, las limitaciones en la realización de actividades de la vida diaria y las actividades profesionales, o las restricciones a la participación en la vida social y comunitaria, afectan a las personas que han tenido un accidente cerebrovascular, así como a las personas que viven con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, deficiencias sensoriales

**Recuadro 5. Dominios de funcionamiento incluidos en el *Paquete de intervenciones de rehabilitación***

- Funciones mentales/cognitivas
- Comportamientos
- Visión
- Funciones auditivas y vestibulares
- Habla, lenguaje y comunicación
- Tratamiento de la disfagia
- Nutrición
- Alivio del dolor
- Control intestinal y vesical
- Funciones sexuales y relaciones íntimas
- Funciones respiratorias
- Cuidado de la piel
- Funciones cardiovasculares e inmunológicas
- Funciones motoras y movilidad
- Ejercicio y estado físico
- Actividades de la vida diaria
- Relaciones e interacciones interpersonales
- Educación y actividad laboral
- Vida social y comunitaria
- Modificación del estilo de vida
- Autocuidado
- Apoyo para el cuidador y la familia

o esquizofrenia. Los dominios "Autocuidado" y "Apoyo para el cuidador y la familia" no se refieren directamente a aspectos del funcionamiento; sin embargo, afectan el funcionamiento indirectamente al mejorar el comportamiento de la persona que tiene la afección de salud y el cuidado y bienestar de los cuidadores y familiares y, por lo tanto, también se consideran dominios de funcionamiento.

La organización de intervenciones de acuerdo con los dominios de funcionamiento puede ayudar a los planificadores de servicios a identificar dominios de funcionamiento "transversales" que son relevantes para muchas personas con diferentes afecciones de salud; también pueden ayudar a personas con diferentes ocupaciones a encontrar información relacionada con sus áreas específicas de trabajo.

## 2.3 Tiempo necesario para llevar a cabo la intervención

Además de presentar los tipos de intervenciones descritos anteriormente, en el PIR también se tiene en cuenta el tiempo que se requiere para realizar las intervenciones. Este "tiempo requerido" se sugiere como un tiempo promedio (en minutos) para ejecutar una unidad de una intervención. En la práctica, el tiempo requerido puede ser menor o mayor, dependiendo de diferentes factores, como las necesidades específicas de la persona que recibe la intervención, la eficiencia del profesional que la realiza y su entorno (como la disponibilidad y el uso de la tecnología y los sistemas de servicio).

## 2.4 Recursos materiales

El PIR proporciona información sobre los recursos materiales que se utilizarán para la planificación y la prestación de servicios de rehabilitación en los centros de salud, así como para la presupuestación de los paquetes de prestaciones de rehabilitación. Los recursos materiales comprenden las ayudas técnicas, los equipos y los consumibles. No se pretende que los recursos descritos para las intervenciones seleccionadas sean exhaustivos. Por el

contrario, deben formar una lista de artículos esenciales mínimos que deben estar disponibles en entornos que brinden servicios de rehabilitación y, además, proporcionar información sobre productos de asistencia disponibles para prescribir a las personas que los necesiten.

## 2.5 Personal de rehabilitación

Además de proporcionar detalles sobre los requisitos de tiempo y recursos materiales, el PIR también sugiere qué especialistas en rehabilitación (Recuadro 6) normalmente se considerarían mejor calificados para implementar cada intervención. Estos especialistas suelen tener formación universitaria o terciaria, ejercer su profesión de forma autónoma (según las normas internacionales) y brindar atención destinada a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad. También son generalmente responsables de supervisar, capacitar, orientar y apoyar a los no especialistas para que presten servicios de rehabilitación cuando corresponda. Si bien sirven de apoyo a la rehabilitación en muchos entornos, los no especialistas, a saber, técnicos, asistentes y otros trabajadores de nivel medio, no se han incluido en el PIR, puesto que la diversidad global de su capacitación y los ámbitos de práctica hacen que la asignación a intervenciones específicas sea inviable.

**Recuadro 6. Especialistas en rehabilitación**

- Audiólogo
- Dietista y nutricionista
- Profesional de enfermería (incluidos las enfermeros psiquiátricos)
- Terapeuta ocupacional
- Oftalmólogo
- Optometrista
- Fisioterapeuta
- Psicólogo
- Ortoprotésico
- Asistente social y consejero profesional
- Educador especial
- Médico especialista/médico fisiatra
- Fonoaudiólogo

Como la disponibilidad y la formación de los especialistas en rehabilitación pueden variar de un país a otro, el PIR enumera especialistas (profesiones) que pueden ser necesarios para una intervención. Se pretende que esta información se interprete dentro del contexto de cada país y, en los países donde aún están surgiendo profesionales de rehabilitación, que sirva de guía para la asignación de tareas, de modo que se implemente la mayor cantidad posible de intervenciones. La lista de ocupaciones asignadas a una intervención no debe considerarse como prescriptiva.

# 3. Cómo utilizar el *Paquete de intervenciones de rehabilitación*

El PIR se ha creado con el fin de apoyar la implementación de la rehabilitación en todos los contextos de recursos, con un enfoque específico en los países de ingresos bajos y medianos. La información facilitada en el informe tiene por objeto ayudar a los diferentes usuarios a planificar, presupuestar e integrar la rehabilitación en los sistemas de salud, y además contribuir al fortalecimiento del personal de rehabilitación y la elaboración de estrategias de investigación.

## 3.1 Planes para integrar la rehabilitación en los sistemas de salud

La planificación de los servicios de rehabilitación es pertinente en diferentes niveles y para diferentes partes interesadas. A nivel nacional, el PIR puede servir de base para elaborar paquetes de prestaciones de rehabilitación en el contexto del plan estratégico de un país, y proporciona un panorama general de las intervenciones que deben ponerse al alcance de las personas que viven con determinadas afecciones de salud. Los responsables de adoptar decisiones pueden utilizar la información proporcionada, junto con los datos sobre los recursos materiales, el personal y la disponibilidad de los niveles de prestación de servicios necesarios, para diseñar y crear paquetes de beneficios de rehabilitación de acuerdo con las necesidades y la situación del país.

A nivel de distrito, los planificadores de servicios pueden usar el PIR para guiar sus decisiones con respecto a qué intervenciones deben integrarse en los programas de rehabilitación en los diferentes niveles de prestación de servicios. Estos programas pueden variar en cuanto a la amplitud de las intervenciones.

A nivel de los centros de salud, los directores de programas y los proveedores de servicios pueden utilizar el PIR para planificar la ejecución de las intervenciones en el establecimiento, teniendo en cuenta la información sobre los materiales y los recursos humanos necesarios.

El uso del PIR permite una implementación progresiva. En entornos con menos recursos, la implementación de la rehabilitación en paquetes de atención puede comenzar con la selección de un número limitado de intervenciones incluidas en el PIR. Con el tiempo, y a medida que aumentan los recursos, los paquetes de atención pueden complementarse con nuevas intervenciones.

El PIR proporciona información a todos los niveles para calcular los costos relacionados con las intervenciones, incluidos los recursos materiales y el personal.

## 3.2 Planes para integrar intervenciones de rehabilitación en los distintos niveles de prestación de servicios

El PIR no proporciona recomendaciones sobre la disponibilidad de intervenciones específicas en los diferentes niveles de prestación de servicios, ya que esto podría ser muy específico de cada país y contexto. Sin embargo, los planificadores de servicios pueden usar el PIR para guiar la toma de decisiones con respecto a qué intervenciones deben ofrecerse en los diferentes niveles de prestación de servicios. Para las mismas afecciones de salud, estos paquetes pueden variar según los diferentes niveles de prestación de servicios y deben tener en cuenta cuestiones específicas del país y el contexto.

Los diferentes niveles de prestación de servicios de salud suelen describirse como "primario", "secundario" y "terciario". Sin embargo, de acuerdo con otras directrices de prestación de servicios de la OMS y con las categorías que se utilizarán en el compendio de la OMS sobre la atención sanitaria universal *(11)*, los niveles se describen como "Servicios ambulatorios generales", "Primer nivel de derivación" y "Segundo nivel de derivación" (Recuadro 7).

A. *Servicios ambulatorios generales:* se refiere a los servicios de rehabilitación que se integran en la atención primaria de salud e incluyen los servicios y profesionales que actúan como primer punto de contacto en el sistema de salud. Es importante destacar que las intervenciones de rehabilitación brindadas en la comunidad (por ejemplo, en el domicilio de una persona, en escuelas o en hogares para personas mayores) se incluyen en los servicios ambulatorios generales, que comprenden servicios de extensión proporcionados por el personal de un servicio ambulatorio general, como una clínica de fisioterapia o terapia ocupacional.

B. *Primer nivel de derivación*: se refiere a los servicios de rehabilitación integrados en especialidades médicas en la atención secundaria, donde las personas con necesidades menos complejas pueden acceder a la rehabilitación por un corto período de tiempo durante una fase aguda y subaguda de la atención.

C. *Segundo nivel de derivación*: se refiere a los servicios de rehabilitación de la atención terciaria que son multiprofesionales, especializados y de alta intensidad, y están destinados sobre todo a personas con necesidades complejas de rehabilitación durante la fase aguda y subaguda de atención.

### Recuadro 7. Rehabilitación en los niveles de prestación de servicios

| Nivel de prestación de servicios | Descripción | Ejemplos de rehabilitación |
|---|---|---|
| **A.** Servicios ambulatorios generales (en un ámbito clínico o como servicio de extensión) | Servicios ambulatorios generales en un ámbito clínico | • Clínicas de fisioterapia, terapia ocupacional o tratamiento fonoaudiológico para pacientes externos<br>• Servicio de terapia ocupacional integrado, por ejemplo, en un centro de medicina general |
| | Servicios programables periódicos prestados por personal de salud calificado en el hogar, la escuela, el trabajo o un espacio público | |
| **B.** Primer nivel de derivación (hospital de distrito) | Servicios ambulatorios en el primer nivel de derivación | • Servicios de fisioterapia integrados en una clínica con capacidad de hospitalización para pacientes cardíacos agudos<br>• Taller de prótesis para pacientes externos en el hospital de distrito |
| | Servicios de urgencia en el primer nivel de derivación | |
| | Servicios no ambulatorios en el primer nivel de derivación | |
| **C.** Segundo nivel de derivación y niveles superiores (hospitales regionales y nacionales) | Servicios ambulatorios avanzados en el segundo nivel de derivación y niveles superiores | • Clínicas especializadas de rehabilitación multiprofesional con capacidad de hospitalización para pacientes que presentan afecciones complejas<br>• Clínica diurna especializada de rehabilitación multiprofesional para pacientes externos |
| | Servicios de urgencia avanzados en el segundo nivel de derivación y niveles superiores | |
| | Servicios ambulatorios avanzados en el segundo nivel de derivación y niveles superiores | |

El acceso a los diferentes niveles de prestación de servicios puede variar a lo largo del proceso de atención. En el caso de las afecciones de salud con inicio agudo y deterioro grave del funcionamiento, la rehabilitación puede comenzar en el primer nivel de derivación, seguida de un programa de rehabilitación especializado durante la atención subaguda en el segundo nivel de derivación y, luego, de rehabilitación ambulatoria en la fase más crónica y a largo plazo, en un servicio ambulatorio general. En el caso de las afecciones de salud crónicas que tienen una progresión más lenta, es probable que la rehabilitación se realice en servicios ambulatorios generales (por ejemplo, tratamiento fonoaudiológico en un niño que tiene un trastorno del espectro autista) y que además se efectúen derivaciones esporádicas al primer o segundo nivel para que se practiquen intervenciones altamente especializadas o programas multidisciplinarios.

El acceso a la rehabilitación a nivel de servicios ambulatorios generales facilitará la rehabilitación cerca del hogar de una persona o en su comunidad; el acceso al nivel de primera derivación integrará la rehabilitación en la atención aguda de personas con afecciones más complejas que requieren atención hospitalaria, y el acceso al nivel de segunda derivación puede apoyar programas intensivos (multidisciplinarios) de rehabilitación en régimen ambulatorio o no ambulatorio que son útiles para personas con afecciones más complejas durante la atención aguda y subaguda.

## 3.3 Formación y capacitación del personal

La información proporcionada en el PIR se puede utilizar para formar y capacitar al personal de rehabilitación, así como para guiarlo en los conocimientos y habilidades necesarios para que implemente intervenciones de manera eficiente y segura, de acuerdo con las necesidades de una persona (por ejemplo, habilidades para aplicar técnicas específicas o modalidades físicas). Los materiales para la capacitación y la educación utilizados junto con el *Marco de Competencias para la Rehabilitación* pueden contribuir a fortalecer el personal de rehabilitación.

## 3.4 Otros productos de la OMS relacionados con el uso del *Paquete de intervenciones de rehabilitación*

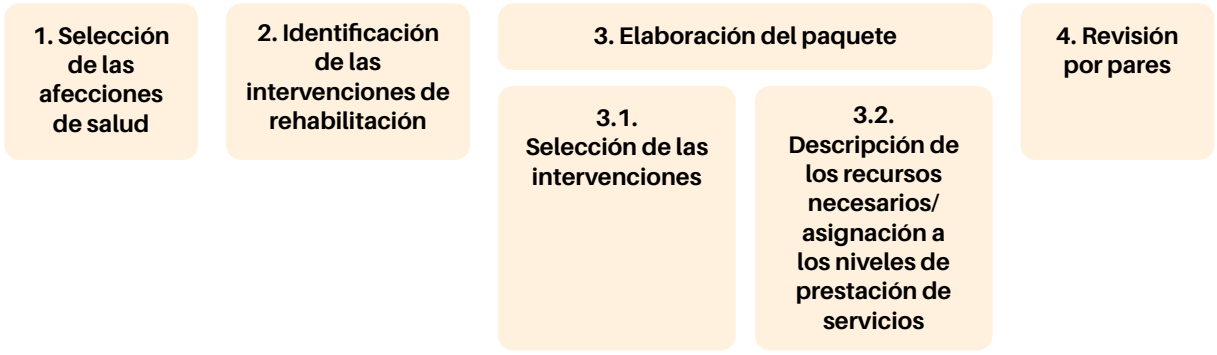
Junto con el PIR se pueden utilizar otros productos y herramientas de la OMS. Los productos destinados a una afección de salud específica se indican en los módulos correspondientes en el PIR. Los siguientes son algunos ejemplos de productos de la OMS:

- *Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción (7)*
- *Marco de Competencias para la rehabilitación (8)*
- *Routine Health Information System – rehabilitation toolkit (9)* [Disponible solo en inglés]
- *Assistive product specifications and how to use them (12)* [Disponible solo en inglés]
- *Normas de ortoprotésica de la OMS (13)*
- *Lista de ayudas técnicas prioritarias de la OMS (14)*
- *Paquete de capacitación en servicio de sillas de ruedas: Manual del instructor (15)*
- *Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (10)*
- *WHO list of priority medical devices for management of cardiovascular diseases and diabetes (16)* [Disponible solo en inglés]
- *Strategizing national health in the 21st century: a handbook (17)* [Disponible solo en inglés]
- *Marco operacional para la atención primaria de salud (18)*

# 4. Metodología

La metodología para el PIR se elaboró en colaboración con el Comité de Revisión de Directrices de la OMS. Se adoptó un enfoque gradual (véase la Fig. 1) con la participación de muy diversas organizaciones de partes interesadas y expertos individuales en rehabilitación de diferentes grupos de trabajo. Todos los integrantes de los grupos de trabajo declararon posibles conflictos de intereses que fueron evaluados por el Programa de Rehabilitación de la OMS. Solo se seleccionó para que integraran el grupo de trabajo a aquellos candidatos en los que no se estableció ningún conflicto de intereses.

**Fig. 1: Pasos para la elaboración del *Paquete de intervenciones de rehabilitación***




Los pasos que se dieron para elaborar el *Paquete de intervenciones de rehabilitación* fueron los siguientes:

**Paso 1.** Selección de las afecciones de salud para los paquetes de rehabilitación. Dichas afecciones se clasificaron en diferentes grupos de patologías (afecciones musculoesqueléticas, neurológicas, cardiopulmonares; neoplasia maligna, afecciones de salud mental, trastornos del desarrollo neurológico y deficiencias sensoriales). Los criterios de selección fueron: 1) tasas de prevalencia; 2) niveles asociados de discapacidad utilizando información sobre los pesos de la discapacidad extraída del estudio sobre la carga mundial de morbilidad realizado en 2016 (*Global Burden of Disease Study 2016*) *(19)*; 3) opinión de expertos; y 4) un límite de 20 afecciones de salud.

**Paso 2.** Identificación de las intervenciones de rehabilitación. Las intervenciones se identificaron a partir de directrices de práctica clínica de alta calidad como fuente principal de datos empíricos, y revisiones sistemáticas de Cochrane como fuente adicional. Información sobre la calidad de los datos empíricos y la solidez de las recomendaciones relacionadas con las intervenciones presentadas, entre otros factores; información importante para fundamentar la selección de la intervención en el siguiente paso. Los datos sobre afecciones de salud específicas fueron extraídos por los grupos de trabajo técnicos y Cochrane Rehabilitation.

**Paso 3.** Elaboración del paquete, que incluyó:

Paso 3.1. Selección de las intervenciones esenciales que se incluirían en el PIR, sobre la base del consenso de los expertos.

Paso 3.2. Acuerdo sobre una descripción de los recursos necesarios para la prestación de las intervenciones seleccionadas por grupos de desarrollo para afecciones de salud específicas.

**Paso 4.** Revisión por pares de los borradores de los paquetes para afecciones de salud específicas.

En el paso 2, la identificación de directrices de práctica clínica de alta calidad se basó en la evaluación de calidad de todas las directrices que se hallaron a través de una búsqueda bibliográfica sistemática. Para la evaluación se utilizó la herramienta AGREE II *(20)*. Para que las directrices de práctica clínica se consideraran de alta calidad, debían cumplirse criterios mínimos específicos para los elementos seleccionados. Si se identificaban más de cinco directrices de alta calidad, los miembros de los grupos de desarrollo discutían la reselección, teniendo en cuenta la oportunidad, la exhaustividad y el multiprofesionalismo.

En el paso 3.1, la selección de las intervenciones esenciales que se incluirían en el PIR se guió por los siguientes criterios: 1) las pruebas empíricas sobre la efectividad de la intervención debían ser suficientes, en función de la calidad de los datos y la solidez de la recomendación o la opinión experta del grupo de desarrollo; 2) la intervención debía considerarse beneficiosa para muchas personas que presentan una afección de salud específica; 3) el beneficio de la intervención debía considerarse alto y favorable en función de los costos; y 4) la prestación de la intervención debía considerarse necesaria y factible en entornos de recursos bajos y medianos. Las intervenciones se seleccionaban para ser incluidas en el PIR solo cuando los integrantes del grupo de desarrollo habían llegado a un consenso (acuerdo entre la mayoría del grupo).

En el paso 3.2, el grupo de desarrollo acordó la descripción de la información adicional sobre los recursos materiales y el tiempo requeridos. El equipo del Programa de Rehabilitación de la OMS decidió qué ocupaciones del área de la rehabilitación se consideraban pertinentes para las intervenciones.

En el paso 4, los grupos de revisión por pares revisaron el borrador de los paquetes y proporcionaron comentarios y recomendaciones para posibles modificaciones. Los miembros de los grupos de desarrollo y de revisión por pares examinaron los temas pertinentes y acordaron las recomendaciones finales para que fueran revisadas.

En el anexo 1 se pueden encontrar más detalles sobre los pasos 2 y 3 del proceso de elaboración. Los materiales complementarios de los módulos específicos por afección contienen la lista definitiva de directrices y revisiones sistemáticas que se utilizaron como base para la selección que se incluyó en el PIR.

# Referencias


1. Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo sostenible; 2015 (https://www.un.org/sustainable development/es/, consultado el 16 de agosto de 2022).
2. Naciones Unidas. Good health and well-being: Why it matters. 2017 (https://www.un.org/sustainabledevelopment/wp-content/uploads/2017/03/3_Why-It-Matters-2020.pdf, consultado el 16 de agosto de 2022).
3. Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud. Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud; Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://iris.paho.org/handle/10665.2/18469, consultado el 16 de agosto de 2022).
4. Thirteenth General Programme of Work 2019–2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023, consultado el 18 de agosto de 2022).
5. The need to scale up rehabilitation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331210, consultado el 18 de agosto de 2022).
6. Rehabilitation 2030 Initiative. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030, consultado el 16 de agosto de 2022).
7. Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/331228, consultado el 16 de agosto de 2022).
8. Marco de competencias para la rehabilitación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341119, consultado el 16 de agosto de 2022).
9. Routine Health Information System – rehabilitation toolkit. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.who.int/tools/routine-health-information-systems---rehabilitation-toolkit, consultado el 16 de agosto de 2022).
10. WHO model list of essential medicines – 22nd List, 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/345533, consultado el 18 de agosto de 2022).
11. UHC Compendium. Health interventions for universal health coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (www.who.int/universal-health-coverage/compendium, consultado el 18 de agosto de 2022).
12. Assistive product specifications and how to use them (12) Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/339851, consultado el 18 de agosto de 2022).
13. Normas de ortoprotésica de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/259508, consultado el 18 de agosto de 2022).

14. Lista de productos de apoyo prioritarios: mejora del acceso a las tecnologías de apoyo para todos, en todo lugar. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/207697, consultado el 18 de agosto de 2022).

15. Paquete de capacitación en servicio de sillas de ruedas: nivel básico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/134864, consultado el 18 de agosto de 2022).

16. WHO list of priority medical devices for management of cardiovascular diseases and diabetes (16) WHO medical device technical series. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/341967, consultado el 18 de agosto de 2022).

17. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221, consultado el 18 de agosto de 2022).

18. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2020 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/351718, consultado el 18 de agosto de 2022).

19. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017; 390:1211–59.

20. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. The AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument. Actualización 2017. The Agree Research Trust 2009 (www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf, consultado en agosto de 2022).

# Anexo. Selección de directrices y revisiones sistemáticas, extracción de datos y selección de intervenciones

En el Anexo se describen los métodos que se utilizaron para identificar las directrices de práctica clínica y revisiones sistemáticas de Cochrane que se incluirían en el *Paquete de intervenciones de rehabilitación* (PIR), así como para acordar la selección de las intervenciones respectivas.

## 1) Estrategia de búsqueda y selección y extracción de datos de directrices de práctica clínica de alta calidad para afecciones de salud específicas

### Búsqueda bibliográfica

*a) Bases de datos académicas*

Se realizaron búsquedas bibliográficas sistemáticas y se definieron estrategias de búsqueda de acuerdo con cada base de datos consultada. Se utilizaron los siguientes términos generales de búsqueda: "Afección de salud" **Y** "rehabilitación" **Y** "directriz" (utilizando la terminología MeSH [Medical Subject Headings] para cada afección de salud). Si con estos términos no se obtenían resultados, se agregaban otros para que se cubriera un espectro de términos de uso común. Las búsquedas se limitaron a las directrices redactadas en inglés y publicadas durante los últimos 10 años. Si un miembro del grupo de trabajo técnico tenía un idioma materno distinto del inglés, este idioma también podía incluirse. Como mínimo, se consultaron las siguientes bases de datos:

- PubMed
- Embase
- CINAHL
- PEDro.

Con las bases de datos académicas se definieron los siguientes filtros para la estrategia de búsqueda:

- Tipo de artículo: Directrices, directrices de práctica, directrices clínicas
- Idioma: Inglés
- Fecha de publicación: Directrices con una antigüedad máxima de 10 años

*b) Buscador*

Para las búsquedas se utilizó sistemáticamente el motor de Internet "Google Scholar", con la opción de búsqueda avanzada. Los términos de búsqueda y los filtros fueron los mismos que los utilizados para las bases de datos académicas. El cribado de títulos y resúmenes se realizó

solo en los primeros 250 resultados; se esperaba que la mayoría de las directrices pertinentes correspondieran a este parámetro.

*c) Bases de datos de directrices* (la siguiente lista puede ampliarse)

Se realizó una búsqueda manual en las siguientes bases de datos para obtener directrices:

- Guidelines International Network
- National Guideline Clearinghouse (Estados Unidos)
- National Institute for Clinical Excellence (NIZA) (Inglaterra y Gales)
- Directrices de práctica clínica del Australian National Health and Medical Research Council
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- Base de datos de directrices de práctica clínica de la Canadian Medical Association
- Agence nationale d 'accréditation et d' évaluation en santé (Francia)
- New Zealand Guidelines Group
- eGuidelines

Los términos de búsqueda y los filtros se adaptaron de acuerdo con las opciones de búsqueda en las bases de datos de directrices.

*d) Sitios web de asociaciones profesionales de rehabilitación*

Se realizaron búsquedas manuales en los sitios web de asociaciones profesionales de rehabilitación para obtener directrices sobre afecciones de salud específicas. Los términos de búsqueda se adaptaron según las opciones de búsqueda.

## Estrategia de selección de directrices

La selección de las directrices de práctica clínica obedeció a un proceso de tres pasos. En cada paso, se aplicaron criterios de inclusión o exclusión.

1) *Revisión de títulos y resúmenes*

Dos investigadores revisaron de forma independiente títulos y resúmenes. En la revisión se incluyeron directrices para niños, jóvenes y adultos.

A fin de identificar las directrices que serían excluidas, se aplicaron los siguientes criterios:

La bibliografía hallada:

- no era una directriz;
- no informaba sobre rehabilitación;
- tenía más de 10 años;
- se creó para afecciones de salud distintas a la afección que se pretendía incluir en el PIR.

La OMS proporcionó a los grupos de trabajo técnicos un formulario para documentar los resultados de la revisión del título y los resúmenes. Dos investigadores revisaban los títulos y resúmenes de forma independiente y determinaban si las directrices se incluían en los resultados de la búsqueda o se excluían de ellos. Ambos investigadores tomaban la decisión de incluir o excluir una directriz después de comparar sus decisiones. Si tenían diferencias en las decisiones, intercambiaban ideas para llegar a un consenso. Si esto no era posible, consultaban a un tercer integrante del grupo de trabajo técnico o al experto en métodos hasta lograr el consenso. Posteriormente se examinó el texto completo de todas las directrices de práctica clínica incluidas.

2) *Revisión del texto completo*

Para la revisión del texto completo se aplicaron los mismos criterios que para la revisión de los títulos y resúmenes. Dos investigadores examinaban las directrices de forma independiente.

Una directriz se excluía si:

- se detectaba un conflicto de intereses;
- no había información sobre la solidez de la recomendación; o
- la calidad de la directriz no se evaluaba como "alta".

A fin de evaluar la calidad de las directrices de práctica clínica, se utilizó el instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) *(1)*. AGREE II consta de 23 ítems organizados en seis dominios. A través de un proceso de búsqueda de consenso, tres investigadores seleccionaron nueve ítems (4, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 22 y 23) a los que consideraron los más importantes para identificar las directrices de práctica clínica de alta calidad que se utilizarían en la elaboración del PIR.

Una directriz se excluía si:

- la puntuación promedio de los dos investigadores en alguno de los ítems 4, 8, 12 o 22 estaba por debajo de 3; o
- la suma de la puntuación promedio de los dos investigadores para los nueve ítems era inferior a 45.

Después de que se evaluaba la directriz utilizando la herramienta AGREE II, si la calificación de un ítem difería significativamente (es decir, en más de 2 puntos) entre los dos investigadores, se debía llegar a un consenso a través de la discusión de los resultados. Si no se podía llegar a un acuerdo, se consultaba al experto en métodos.

Todos los elementos seleccionados que cumplían los criterios de AGREE II pasaban a ser "c", como se indica a continuación.

3) *Selección final de las directrices de práctica clínica*

La selección final de las directrices de práctica clínica tenía como objetivo lograr un número manejable de directrices (por ejemplo, de 3 a 5) para la extracción de datos. Si se identificaban directrices para niños, jóvenes, adultos o subgrupos de una afección de salud específica, la selección se realizaba con respecto a cada grupo individualmente (es posible que el número total de directrices incluidas haya superado los cinco en estos casos). Para la selección se utilizaron los siguientes criterios:

- Se dio preferencia a las directrices de práctica clínica multiprofesionales (que abarcaban distintas profesiones relacionadas con la rehabilitación); sin embargo, si solo se disponía de directrices específicas de una profesión, se las tenía en cuenta.
- Se dio preferencia a las directrices generales (que abordaban múltiples temas relacionados con la rehabilitación); sin embargo, si solo se disponía de directrices específicas de una cuestión (es decir, que se refirieran únicamente a un tema), se las tenía en cuenta.
- Calidad de las directrices: Se dio preferencia a aquellas directrices de práctica clínica que tenían una puntuación más alta según el instrumento AGREE II.
- Oportunidad de las directrices: se dio preferencia a las directrices más recientes.
- Perspectiva internacional: Se dio preferencia a aquellas directrices de práctica clínica que se habían elaborado a nivel internacional.

El número final de directrices que se incluirían se decidió sobre la base de la información disponible de cada directriz y después de una discusión entre los miembros de los grupos de trabajo técnicos.

El Programa de Rehabilitación de la OMS proporcionó a los grupos de trabajo técnicos un formulario para documentar la selección de las directrices sobre la base de la revisión de textos completos.

### Extracción de datos

Se extrajeron datos relativos a los siguientes dominios:

- información sobre la directriz;
- referencia a la recomendación;
- contenido de la recomendación; y
- solidez de la recomendación y calidad de las pruebas relacionadas.

El Programa de Rehabilitación de la OMS proporcionó a cada grupo de trabajo técnico un formulario para la extracción de datos a fin de asegurar una recopilación de datos normalizada.

## 2) Estrategia de búsqueda y selección y extracción de datos de las revisiones sistemáticas de Cochrane

### Estrategia de búsqueda

Las revisiones sistemáticas de Cochrane se identificaron mediante una "búsqueda avanzada" en la biblioteca de Cochrane. Los términos de búsqueda "afección de salud" **Y** "rehabilitación" se consultaron en la categoría "Título, Resumen, Palabra clave".

Se definieron los siguientes límites para la estrategia de búsqueda en la biblioteca Cochrane:

- Tipo de contenido: Revisiones de Cochrane
- Fecha de publicación de la Biblioteca Cochrane: cualquier fecha durante los últimos ocho años.
- Variaciones de la palabra de búsqueda: Sí

Los dos investigadores revisaron títulos y resúmenes de forma independiente. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

- La revisión sistemática de Cochrane no tenía más de ocho años.
- La revisión sistemática de Cochrane se realizó específicamente para la afección de salud focalizada.
- Las intervenciones eran representativas de la rehabilitación.

Se comparaban los resultados de los dos investigadores y, cuando era necesario, se discutían para llegar a un consenso sobre la selección.

El Programa de Rehabilitación de la OMS proporcionó a Cochrane Rehabilitation un formulario para documentar el proceso de selección basado en la revisión del título y el resumen y el texto completo.

### Extracción de datos

Los siguientes datos se extrajeron a partir de las revisiones sistemáticas de Cochrane:

- Población
- Intervención y control
- Entorno
- Resultado
- Riesgo correspondiente o efecto relativo (incluido el intervalo de confianza del 95%)
- Número de estudios y participantes incluidos
- Resumen de los principales resultados/Implicaciones para la práctica (texto)
- Calidad de las pruebas empíricas (GRADO)
- Eventos adversos.

El Programa de Rehabilitación de la OMS proporcionó a Cochrane Rehabilitation un formulario para la extracción de datos a fin de lograr una recopilación de datos normalizada.

## 3) Síntesis de la información hallada en las directrices de práctica clínica y las revisiones sistemáticas de Cochrane

El Programa de Rehabilitación de la OMS preparó los datos para la síntesis de datos de las diferentes directrices de práctica clínica y las revisiones sistemáticas de Cochrane. Por lo tanto, las metas de intervención extraídas fueron vinculadas con las categorías previstas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) mediante la aplicación de las normas de vinculación existentes *(2)*. Las metas, las intervenciones conexas y la información adicional de todas las fuentes se organizaron de acuerdo con las categorías del CIF. Mediante esta síntesis de toda la información se ofreció un panorama general de los siguientes datos:

- Tipos de intervenciones que abordan metas específicas identificadas a partir de las diferentes fuentes.
- Solidez de la recomendación y calidad de las pruebas empíricas para las intervenciones identificadas a partir de las directrices de práctica clínica.
- Calidad de las pruebas empíricas para las intervenciones identificadas a partir de las revisiones sistemáticas de Cochrane.

En este panorama general se resumieron los datos empíricos disponibles sobre las intervenciones y se facilitó la identificación de recomendaciones coincidentes y contradictorias entre las diferentes directrices de práctica clínica y las revisiones sistemáticas de Cochrane. También se proporcionó información para identificar deficiencias en las pruebas disponibles. El panorama general se presentó a los grupos de desarrollo para que efectuaran la selección final de las intervenciones que se incluirían en el PIR.

## 4) Selección de las intervenciones que se incluirían en el *Paquete de intervenciones de rehabilitación*

Para decidir qué intervenciones se incluirían en el PIR, se llevó a cabo un proceso Delphi de dos rondas entre los miembros de los grupos de desarrollo para afecciones de salud específicas. La primera ronda se llevó a cabo de forma electrónica y anónima. Cada integrante de un grupo de desarrollo evaluó individualmente las intervenciones identificadas en función de la solidez y la calidad de las recomendaciones y su comparación con los datos empíricos surgidos de las revisiones sistemáticas de Cochrane (si corresponde). A continuación, los miembros decidieron qué intervenciones incluir en el PIR.

Para la segunda ronda, los resultados se presentaron y discutieron entre los integrantes de los grupos de desarrollo durante una conferencia web para lograr un consenso final sobre la selección. El consenso se definió como un acuerdo entre la mayoría de los miembros del grupo de desarrollo. El Programa de Rehabilitación de la OMS moderó la discusión del grupo. A continuación, los integrantes de los grupos de desarrollo tuvieron que proponer intervenciones esenciales que faltaban en la lista seleccionada. Las intervenciones propuestas "basadas en la opinión de expertos" se volvían a presentar y debatir entre el grupo de desarrollo y solo se incluían en el PIR si se lograba un consenso.

## 5) Descripción de la información relacionada con las intervenciones seleccionadas

Todas las intervenciones incluidas en el PIR se recopilaban en una lista. Para cada intervención, se creaban descripciones relacionadas con las siguientes áreas:

- las ayudas técnicas (si era necesario);
- los equipos (si era necesario);
- los consumibles (si era necesario), y
- la asignación a los niveles de prestación de servicios.

El Programa de Rehabilitación de la OMS orientó a los miembros del grupo de desarrollo en la preparación de las descripciones.

## Referencias


1. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation. The AGREE Next Steps Consortium. The AGREE II Instrument. Actualizado en 2017. The Agree Research Trust 2009 (www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREEII-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf, consultado el 18 de agosto de 2022).
2. Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. Disabil Rehabil; 2016;(17):1–10.

9789240078314