

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA



**COMANDO GENERAL
DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR**

**MODELO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL PARA EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS
MILITARES**

**GRUPO DE GESTION EN SALUD
REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD**

BOGOTÁ, D.C., DICIEMBRE 2012

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

COMANDO GENERAL



DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR

BRIGADIER GENERAL ORLANDO DELGADILLO GIRALDO
DIRECTOR GENERAL DE SANIDAD MILITAR

CORONEL JUAN CARLOS VARGAS CALDERON
SUBDIRECTOR DE SALUD- DGSM

SMSM. LINDA VICTORIA ARIZA ROMERO
COORDINADORA GRUPO GESTION EN SALUD

PD. ANGELICA RICO GIL
GRUPO DE GESTION EN SALUD- REHABILITACION Y DISCAPACIDAD

OPS. LUCY JOHANA SALGADO SANCHEZ
FISIOTERAPEUTA DGSM

MY. SARA REYES MUÑOZ
COORDINADORA DEL ÁREA DE REHABILITACIÓN DEL BASAN — DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM ZAIRA BUITRAGO TAMY
TERAPEUTA OCUPACIONAL – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM ALIX BAUTISTA CHACÓN
FISIOTERAPEUTA BASAN – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM ASTRID AGAMEZ LEAÑO
COORDINADORA DE REHABILITACIÓN - DISAN ARC

SMSM MARIA MERCEDES MIRANDA
FISIOTERAPEUTA - DISAN FAC

REVISION

CORONEL GINA PATRICIA CONTRERAS ORTIZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

TENIENTE CORONEL JAIME FUENTES GUEVARA
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

DRA. CARMEN TERESA ESQUIVIA
JEFE DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

TE. MARTHA ADRIANA CRESPO CARILLO
GRUPOS SISAM- DGSM

ST. MARIA FERNANDA ARDILA LIZARAZO
GRUPO SALUD OPERACIONAL-DGSM

SMSM. LAURA NOHELIA AYA GUERRERO
GRUPO DE GESTIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD-DGSM

SMSM. DENIS MARCELA RODRIGUEZ ROMERO
GRUPO SALUD PÚBLICA - DGSM

SMSM MARIA GLADYS QUIÑONEZ VENEGAS
GRUPO GESTION EN SALUD - SALUD MENTAL -DGSM

SMSM MONICA CASTILLO URREGO
GRUPO GESTION EN SALUD - TRABAJADORA SOCIAL- DGSM

SMSM ELIANA FLOREZ
FISIOTERAPEUTA – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM ADRIANA ALEGRIA
TERAPEUTA OCUPACIONAL – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

OPS. NATHALIA TORRES
PSICOLOGA – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

OPS. ELIZABETH GUTIERREZ
TRABAJADORA SOCIAL – DISAN EJC – BASAN - CENTRO DE REHABILITACION

SMSM LUZ STELLA SILVA QUINTERO
TERAPEUTA OCUPACIONAL – DISAN ARC – CENTRO DE EVACUADOS SANIDAD NAVAL

SMSM MARIA JOSE SALGADO LOPEZ
PSICÓLOGA CLÍNICA– DISAN ARC – CENTRO DE EVACUADOS SANIDAD NAVAL

LECTORES EXTERNOS

MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCION SOCIAL - OFICINA DE PROMOCION SOCIAL
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - GRUPO GESTOR DEL GSED

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	5
JUSTIFICACIÓN	6
MARCO DE REFRENCIA Y SITUACIONAL.....	10
METODOLOGIA	23
PLAN DE INTERVENCIÓN.....	27
I LINEA DE INTERVENCIÓN-SISTEMA DE INFORMACIÓN	30
II LINEA DE ARTICULACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN REHABILITACION...	35
I NIVEL DE ATENCIÓN.....	35
ACTIVIDADES, INTERVENCIONES PROCEDIMIENTOS.....	36
RECURSO HUMANO.....	41
DOTACIÓN EQUIPOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS.....	42
INFRAESTRUCTURA.....	43
GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	43
II NIVEL DE ATENCIÓN.....	44
ACTIVIDADES, INTERVENCIONES PROCEDIMIENTOS.....	45
RECURSO HUMANO.....	51
DOTACIÓN EQUIPOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS.....	53
INFRAESTRUCTURA.....	54
GESTIÓN ADMINISTRATIVA.....	55
III NIVEL DE ATENCIÓN.....	57
ACTIVIDADES, INTERVENCIONES PROCEDIMIENTOS.....	57
RED DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN.....	61
GEOREFERENCIACIÓN.....	63
RUTAS DE ATENCIÓN.....	65
III LINEA PLAN DE CAPACITACIÓN.....	. 83
INDICADORES.....	84
GLOSARIO.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	96
ANEXOS.....	97

INTRODUCCIÓN

La Fase de Rehabilitación Funcional para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) se plantea como un eslabón fundamental dentro del Sistema de Rehabilitación Integral, el cual está conformado por un conjunto de entidades, actores, normas, principios, infraestructura, recursos y procedimientos, articulados entre sí, encaminados a brindar servicios interdisciplinarios de rehabilitación de óptima calidad, con énfasis en AVD (Actividades de la Vida Diaria) en donde el usuario con deficiencia y/o discapacidad recupere y desarrolle la máxima funcionalidad e independencia.

Para fundamentar la estructuración del componente de rehabilitación funcional se parte desde las directrices emitidas por la Organización Mundial de la salud a través de la Clasificación Internacional del funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), los lineamientos nacionales y la normatividad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, ajustados a los requerimientos de la población con discapacidad, enmarcados desde un enfoque de derechos, los cuales han enfatizado la importancia de generar servicios interdisciplinarios de rehabilitación, sin embargo se evidencia la necesidad de fortalecer el trabajo en equipo, la articulación de la red de prestación de servicios, así como ampliar el espectro de cara a un modelo de rehabilitación centrado en las posibilidades y no en las deficiencias.

En este contexto, surge la necesidad de reorientar y estructurar el proceso de rehabilitación funcional hacia un trabajo en equipo con énfasis en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que permita la consecución de un objetivo común de acuerdo con las necesidades y expectativas de los usuarios con discapacidad y sus familias, logrando así, no solo el mejoramiento de las condiciones de salud sino su calidad de vida.

El presente documento expone la propuesta del componente de rehabilitación funcional para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Su contenido está planteado en los siguientes apartados. El primero es la justificación, posteriormente se planteará el marco de referencia, seguido del marco situacional, la metodología, para así dar paso al plan de intervención en donde se desarrollará a fondo la temática a partir de tres líneas de intervención: los parámetros para el reporte y seguimiento de la información; articulación de la red de prestación de servicios en rehabilitación y el plan de capacitación en previsión, prevención, protección y manejo de la discapacidad. El documento finaliza con el glosario, que emite los conceptos básicos en el tema de rehabilitación - discapacidad, así como guías de orientación técnica básica de las principales patologías asociadas con discapacidad en el SSFM.

Palabras claves: Discapacidad, Rehabilitación funcional, Trabajo en equipo Interdisciplinario, Actividades de la vida diaria (AVD).

JUSTIFICACION

El panorama de la red de prestación de servicios en rehabilitación empezó a ser analizado a profundidad a partir del resultado obtenido en el Primer Diagnóstico Situacional de la Red de Prestación de Servicios en Rehabilitación 2010, el cual se concibió una herramienta metodológica para establecer la caracterización de la población que presenta discapacidad perteneciente al Ejército, Armada y Fuerza Aérea, así como a la descripción en la prestación de servicios de rehabilitación. Es a través del desarrollo de este ejercicio que se pudo establecer algunos hallazgos con relación a las características tanto de la oferta como a la demanda de los servicios en rehabilitación.

La caracterización de la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) con discapacidad, cuenta con unas características particulares, que difieren del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), aspectos fundamentales que le dan la excepcionalidad al Subsistema, así:

La población militar corresponde al 65% del total de la población con discapacidad del SSFM, quienes presentan principalmente deficiencias producto del combate (enfrentamiento militar, accidentes por minas antipersonal/ municiones sin explotar) ó por otros accidentes, evidenciando con mayor frecuencia deficiencias de tipo motor y mental; dicha población concentra la mayor proporción de la fuerza laboral del sector que va enlazado a la productividad y posterior a la ocurrencia del evento son adultos con deficiencias y limitaciones, que salen al entorno social rehabilitados desde el ámbito funcional, pero que no cuentan con un proyecto de vida definido y que al conjugar la condición educativa, se traduce en menor posibilidad de inclusión a un medio familiar, laboral y social.

La segunda población con mayor proporción de usuarios con discapacidad es la población infantil y adolescente entre 0 y 17 años que abarcan un 25% del total de usuarios con discapacidad del SSFM, quienes presentan deficiencias de origen congénito o eventos que se presentaron en las etapas prenatales, perinatales y postnatales, debido a que muchas de estas deficiencias son producto de eventos que se pudieron prevenir temprana y adecuadamente. Lo anterior implica el fortalecimiento de las estrategias de prevención, detección temprana y atención oportuna en el proceso de gestación (control prenatal), atención adecuada en el parto, seguimiento y control a la etapa de crecimiento y desarrollo, vacunación y el diagnóstico temprano de limitaciones físicas, sensoriales y mentales para prevenir la discapacidad, de tal forma que se garantice un proceso de crecimiento y desarrollo adecuado.

Finalmente, el tercer grupo poblacional que presenta discapacidad son los usuarios adultos maduros y personas mayores que corresponde al 10% del total de usuarios con discapacidad del SSFM; fenómeno que muestra un comportamiento importante de las deficiencias, resultado de enfermedades crónicas y degenerativas (ataques cerebro vasculares, cardiopatías isquémicas, enfermedad de Alzheimer, párkinson, artritis degenerativa, entre otras) las cuales con una intervención adecuada y oportuna prevendría las complicaciones secundarias a las patologías de base

A partir de la caracterización de la población con discapacidad del SSFM se detectaron los requerimientos y demandas de dicha población, muchas de las cuales tienen su origen en las debilidades que se presentan en el proceso de prestación de servicios, que se encuentran implícitos en la descripción de los mismos y se traducen en:

1. Inconsistencias en los sistemas de información de la población con discapacidad ya que no se evidencian mecanismos de reporte, así como debilidades en la categorización de las diferentes variables, lo que conlleva a tener registros que alteran los resultados y la calidad de la información final, a esto se suma la existencia en la diversidad de conceptos y variables en el tema de rehabilitación, que generan confusión en la estandarización de directrices y lineamientos con poca claridad.
2. Los procedimientos e intervenciones en el ámbito de rehabilitación que se deben desarrollar en los diferentes niveles de atención no están parametrizados y/o estandarizados, acorde a los recursos humanos, técnicos y a la infraestructura de los ESM, lo que se traduce en que los servicios rehabilitación no se ajustan a los niveles de atención y a la demanda de la población del SSFM.
3. Los procesos de rehabilitación desarrollados a partir del modelo médico, se centran en el abordaje de la deficiencia física que consiste en la recuperación y/o habilitación de las funciones corporales, esto implica que la intervención deje por fuera la integración de las persona a su entorno social y familiar; a esto se suma la desarticulación del trabajo en equipo interdisciplinario y ausencia de mecanismos que promuevan la integración de los aspectos físicos, psicológicos, económicos y sociales. Así mismo, se evidencia que los procesos de rehabilitación son prolongados y con riesgo de generar efectos colaterales en las condiciones de salud del usuario.
4. Los programas de prevención y promoción encaminados a los usuarios que presenta alto riesgo de adquirir discapacidad, así como a la población con discapacidad, no están ajustados a las características de los grupos poblacionales y a los requerimientos por ciclos vitales. Así mismo, se hace necesario hacer mayor énfasis en los programas encaminados al entorno cercano de las personas con discapacidad (familia- cuidador) que promueva el empoderamiento del núcleo familiar mediante el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de los factores personales y nuevas alternativas de autogestión. Lo anterior con el fin de mejorar la calidad de vida, no solo del usuario sino de su familia.
5. En cuanto al panorama del recurso humano asistencial a nivel nacional se evidencia que el personal de planta es insuficiente en magnitud y perfiles, la mayoría corresponde a la modalidad de prestación de servicios con características propias del tipo de contratación por evento que mide la productividad por consultas o sesiones terapéuticas, generándose una alta rotación de profesionales dificultando la trazabilidad, el trabajo en equipo y la continuidad en los procesos de rehabilitación.

Los profesionales en el ámbito de rehabilitación asumen una alta carga de funciones asistenciales y administrativas que no permite dar prioridad y continuidad a los tratamientos en rehabilitación, de igual manera, este déficit en el recurso humano impide el avance en investigación en los diferentes campos de rehabilitación de la población del SSFM. Es necesario capacitar a los profesionales para efectos del trabajo

de rehabilitación en el ámbito de sistemas de información, promoción de la salud, prevención de la discapacidad y rehabilitación con participación comunitaria.

6. Carencia de una ruta de referencia y contra referencia, que guíe el proceso de rehabilitación del usuario y en donde se puedan establecer instancias de seguimiento y control en el proceso de atención de niveles de menor complejidad a mayor complejidad o a la red externa, en el ámbito de rehabilitación. De igual manera no existe seguimiento al proceso de rehabilitación posterior a la culminación de la fase aguda, es decir en el momento en que las personas con deficiencia o discapacidad regresan a sus unidades, lugares de origen o cuando son remitidos a la red externa, lo que se traduce en carencia en la gestión de caso.
7. Escasa articulación con relación al diseño y desarrollo de estrategias de prevención, detección e intervención temprana en los casos de limitaciones permanentes, entre el área de rehabilitación y las áreas de salud pública, salud ocupacional, salud operacional y el área de prestación de servicios de salud, desde las instancias de la Dirección General de Sanidad Militar y las Direcciones de Sanidad EJC, ARC y FAC.
8. La infraestructura física de algunos ESM requieren adecuaciones que garanticen la accesibilidad a los servicios y la prestación de los mismos con calidad acorde a la normatividad vigente. Así mismo, se deben tener en cuenta las características de la población ya que, dichas adecuaciones no solo corresponden a ámbito de infraestructura física sino al acceso de la comunicación como es el caso de la población sorda y ciega quienes requieren ayudas visuales o sonoras para acceder tanto a las instalaciones como a la información.
9. No existe un proceso estandarizado para el suministro de ayudas técnicas en los ESM al interior de las Fuerzas; se evidencia que la demanda es mayor que la oferta, sin embargo, no se puede determinar si esto es resultado del incremento de usuarios con discapacidad, de la limitación presupuestal o una inadecuada planeación de los recursos.
10. Se evidencia la necesidad de centralizar y articular las acciones, convenios interinstitucionales con diferentes entidades, empresa pública y privada, con el fin de generar alianzas estratégicas que permitan optimizar los recursos acorde a la demanda de la población y no a la oferta de las instituciones.
11. No se cuenta con estrategias o mecanismos para establecer el nivel de satisfacción del usuario y la percepción de calidad por parte de los usuarios de los servicios de rehabilitación, que conlleven a la retroalimentación y mejoramiento en la prestación de servicios.

A partir del planteamiento realizado en el Modelo de Rehabilitación Integral (MRI) del Ministerio de Defensa Nacional, con los componentes, definidos desde conceptos como los derechos, el proceso de rehabilitación, discapacidad, interacción del sujeto con el entorno, y la relación con el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, se concluye que:

Derechos: Los derechos tienen una conexión directa con el proceso de rehabilitación; ya que desde esta perspectiva el SSFM debe garantizar la calidad de los servicios de salud a todos los usuarios, especialmente a la población con discapacidad, situación por la que se trabaja a diario; con el mejoramiento en la oportunidad, continuidad, pertinencia, seguridad y accesibilidad.

En este mismo sentido, se requiere la implementación del enfoque presentado en el Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva (MRII) del Ministerio de Defensa Nacional, que se centra en el desarrollo de la gestión de caso, la unión de esfuerzos mediante el trabajo interdisciplinario de los profesionales que intervienen en el área de rehabilitación, para la generación de habilidades funcionales, desde el ámbito de la rehabilitación funcional y el empoderamiento del individuo de su propio proceso de rehabilitación.

Dis-capacidad: es la situación que surge de la relación entre sujetos con capacidades y deficiencias, y las oportunidades y restricciones existentes en el entorno, razón por lo cual al interior del SSFM se desarrollan campañas educativas y de sensibilización que buscan promover cambios en el imaginario cultural frente a las personas con discapacidad, con el objetivo de favorecer los procesos de participación e inclusión social.

Relación del entorno con el individuo: Para el trabajo de este componente, en primera instancia se hace necesario empoderar al usuario con relación a su proceso de rehabilitación, para lo cual se requiere la intervención de todas las disciplinas en especial el área de psicología y trabajo social; así mismo, se requiere el trabajo de seguimiento frente al reconocimiento de las potencialidades desde las áreas físicas, comunicativas, ocupacionales y sociales, las cuales le permiten tener un mejor desempeño y relación con los diferentes entornos.

El panorama anteriormente descrito, se refuerza a partir de los planteamientos realizados en el documento Conpes 3591 de 2009, el cual estructura el Sistema de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública, y en donde se detectaron falencias equiparables a los hallazgos encontrados en el diagnóstico situacional, los cuales se convierten en puntos de partida para la generación de alternativas en el cambio de paradigma y en la forma de proyectar el tema de la discapacidad dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, partiendo de la construcción de un modelo que permita desarrollar procesos en la fase funcional de rehabilitación que estén acordes a las necesidades de la población, tomando como directrices las Políticas de Estado, que contribuyan a consolidar estrategias que direccionen el proceso de articulación sectorial en materia de discapacidad y rehabilitación.

I. MARCO DE REFERENCIA

1.1. Referente normativo

La Rehabilitación se plantea como una estrategia fundamental para lograr la máxima funcionalidad e independencia de las personas con discapacidad y se convierte en una fase vital para lograr la Rehabilitación Integral, ya que dicho proceso posibilita la interacción del individuo con tres entornos vitales¹: el microsistema, mesosistema y macrosistema, tal y como lo plantea el Modelo de Rehabilitación Integral (MRI) del Ministerio de Defensa Nacional. Desde esta perspectiva la rehabilitación trasciende el ámbito de salud e implica la participación de otros sectores que involucran la integralidad del ser.

Partiendo desde una visión holística, La clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud, constituye el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), define el término de la discapacidad utilizando un lenguaje estandarizado, señala que “la discapacidad es un término genérico que incluye déficit en las funciones corporales/estructuras, limitación en la actividad y restricción en la participación”², integrados bajo los términos “Funcionamiento” y “discapacidad” que dependen de los aspectos negativos de la interacción del individuo con una “condición de salud”³ y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales), esto implica que la discapacidad no es una característica de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el entorno social. Así mismo esta clasificación sirve para la evaluación multidisciplinaria en medios clínicos y programas.

Tomando como base el planteamiento realizado por la OMS, con relación a las implicaciones que tiene el término de discapacidad y al panorama que enfrentan las personas con discapacidad, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU), define la “rehabilitación como un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes (...) puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o

¹ Microsistema: Se establece con el individuo y su ámbito más inmediato, su apariencia, su temperamento y las relaciones establecidas con su núcleo social significativo más cercano (familia, pareja, cuidador y amigos)

Mesosistema: Hace referencia a la interacción que realizan los microsistemas con la comunidad, es así como de acá nacen los procesos de trabajo, educación, salud, etc.

Macrosistema: Lo configuran los valores culturales y políticos de la sociedad, los modelos económicos y las condiciones sociales.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.

³ Es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas (OMS, 2001).

para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional (...) abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional”.⁴

Posteriormente, este mismo organismo, en el 2006 aprueba la convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el cual se convierte en un instrumento para la consolidación de la promoción y protección de los derechos humanos de dicha población, así mismo es un recurso para la equiparación de oportunidades, en los contextos civil, político, económico, social y cultural hacia la población de personas con discapacidad, la cual “incluye a aquellas que tenga deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.⁵

El proceso de ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se inició el 13 de diciembre de 2006, cuando fue aprobado el contenido de la Convención por parte de Asamblea General de Naciones Unidas, en la ciudad de Nueva York, y posterior a su aprobación, se inició el proceso de ratificación por parte de los 192 países miembros; finalmente, el 3 de mayo de 2008, la convención y su protocolo facultativo entró en vigor cuando fue ratificado por parte de 20 naciones. El proceso de ratificación implica que la nación acepta los requerimientos jurídicos, y posterior a la entrada en vigor, adoptará la normatividad para llevarla a cabo y dar cumplimiento a los compromisos. Colombia, sancionó la Ley 1346 en Julio de 2009, la cual aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Por otra parte, el Gobierno Nacional, desde el Plan de Salud Pública orienta los esfuerzos a prevenir las principales causas de discapacidad en la población colombiana, con acciones tendientes a disminuir la violencia y promover la resolución pacífica de conflictos; reducir los accidentes de tránsito; evitar o detectar tempranamente la presencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles en el embarazo, en el recién nacido y en los menores de 5 años, con estrategias como: vacunación, control prenatal, control de desarrollo y crecimiento, tamizajes para la detección de hipotiroidismo, alteraciones visuales, auditivas y nutricionales (Resolución 412 de 2000: guías y normas revisadas y actualizadas en el año 2007).

El Plan Nacional de Salud Pública, propone una articulación de enfoques para mejorar las condiciones de salud y bienestar de las personas y en especial aquellas con discapacidad. Estos son enfoques poblacionales, intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general, están direccionadas a modificar los riesgos en cada uno de los momentos del ciclo vital; mientras que el enfoque de determinantes, está encaminado a intervenir los factores de riesgo ambiental, del comportamiento humano, de la herencia y de la respuesta de los servicios de salud, que sean modificables; por su parte, el enfoque de gestión social del riesgo busca disminuir riesgos en poblaciones específicas.

Igualmente, en el marco de las políticas nacionales se promueve la Ley 361 de 1997, por medio de la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación, se emiten lineamientos para llevar a cabo estrategias desde la prevención, la educación, la rehabilitación, integración laboral, bienestar social, accesibilidad, eliminación de barreras arquitectónicas entre otros.

⁴ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 48/96. 1994.

⁵ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006

En el año 2003, se da a conocer el Documento Conpes 80, el cual somete a consideración del Consejo Superior de Política Económica y Social, la política pública de discapacidad y las responsabilidades para llevarse a cabo en el marco del Plan de Desarrollo 2003-2006, de esta forma se pone de manifiesto las instancias a nivel nacional y las respectivas competencias, que posibilite la participación de las personas con discapacidad y facilite la ejecución de su derechos como ciudadanos.

El Ministerio de Protección Social en el año 2004 expide los Lineamientos de política de habilitación y Rehabilitación integral para la atención en salud de las personas con discapacidad y sus familias, tiene como objetivos generales la Promoción de los derechos de las personas con discapacidad, la Prevención de la discapacidad y la restitución de habilidades y capacidades para la autonomía funcional y social de las personas con discapacidades permanentes o temporales.

Asimismo, en el marco de la Ley 1145 de 2007, se organiza el Sistema de Nacional de Discapacidad, como el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los mecanismos para la participación de las personas con discapacidad, igualmente se ponen de manifiesto todas las instancias organismos y responsabilidades, para la implementación de estrategias en el orden nacional, departamental y municipal.

Por otra parte, el tema de la discapacidad ha cobrado gran importancia en el Sector Defensa, debido al impacto que ha desencadenado en la población Militar y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), razón por lo cual se estructuró el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional con Ley 352 de 1997 y el Decreto 1795 del 2000 cuyo objeto es “Prestar el Servicio de Sanidad inherente a las Operaciones Militares y del Servicio Policial como parte de su logística Militar y además brindar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios”.

La organización del área de Rehabilitación en el SSFM se remonta a la Directiva Permanente No. 0111110 de 2005, la cual crea y pone en funcionamiento las Unidades de Rehabilitación Integral de Sanidad Militar (URIS), las cuales tienen como objeto, establecer el perfil vocacional para el personal activo (militar y civil del Decreto 1214 de 1990) del Ministerio de Defensa Nacional y Fuerzas Militares con discapacidad, y se estructuraron a nivel central (Bogotá) y por regionales (Cali, Medellín, Bucaramanga, Villavicencio y Cartagena).

Para dar respuesta a la gran demanda de los servicios en rehabilitación, por parte de la población del personal activo, los beneficiarios y pensionados, se amplió el espectro frente a la reorganización de los ESM que prestan servicios de rehabilitación con el fin, de potencializar y fortalecer los Establecimientos mediante la estructuración y desarrollo de los niveles de atención en Rehabilitación Funcional. La creación de dichos niveles se reglamenta a partir de las Directivas Permanentes 141764 y 141765 CGFM-DGSM-SS-GPES-RHD del 04-DIC/2009, mediante las cuales se modifica el alcance de la Directiva Permanente No. 0111110 de 2005, se reorganiza y re estructuran las acciones en Rehabilitación Funcional desde los niveles de rehabilitación I y II de los ESM.

Sin embargo, debido al impacto que genera la discapacidad en el personal activo de las Fuerzas Militares, como consecuencia del aumento progresivo en el número de heridos por accidentes con armas de fuego y las minas antipersonal, se evidenció la necesidad fortalecer la visión de la rehabilitación, la cual debe trascender

del reconocimiento de una deficiencia física que debe ser rehabilitada, hacia las características particulares del individuo, sus capacidades, su entorno familiar y social.

Por lo anterior y dando respuesta al panorama planteado, la Vicepresidencia de la República y el Ministerio de Defensa Nacional, con la participación de otras entidades a nivel nacional, estructuran el Sistema de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública, mediante el documento CONPES 3591/2009, el cual se define como “un conjunto organizado de reglas, principios, infraestructura y recursos articulados entre si y jerarquizados para el cumplimiento de un objetivo común (...) el cual exige la generación de redes para su operación”⁶. La apuesta del Sistema de Rehabilitación Integral está proyectado a consolidarse como un “sistema de protección social, que contribuya eficazmente a fortalecer y proteger el capital humano y el ingreso de los hogares de las personas con discapacidad, provenientes de la Fuerza Pública.”⁷.

El Congreso de la República expide la Ley 1471 de 2011 por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalente en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y el personal no uniformado de la Policía Nacional, que comprende la fase de rehabilitación funcional así como la fase de inclusión, que serán realizables a partir de los elementos terapéuticos, educativos y de gestión.

El Modelo de Rehabilitación Integral, contempla dos fases que son complementarias e integradas es decir que las dos conllevan a la inclusión social: la primera fase denominada Fase Funcional, que consiste en el desarrollo de acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación y mantenimiento funcional, la segunda fase denominada Fase de Inclusión la cual se centra en la creación de mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral.

En este marco de referencia, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en su propósito misional por garantizar el aseguramiento para la cobertura de servicios en salud integral a todos los usuarios del Subsistema, expide el Plan de Desarrollo 2011-2014, el cual contempla cuatro objetivos estratégicos encaminados al mejoramiento de los servicios de salud, dentro de los cuales se encuentra la “consolidación de la salud Militar” encaminado a implementar una doctrina unificada en el ámbito de salud operacional, tomando como base las mejores experiencias y prácticas desarrolladas desde la caracterización operacional de cada Fuerza. A partir del desglose de este objetivo estratégico se deriva la línea estratégica **fortalecimiento de la fase de rehabilitación funcional**, la cual busca fortalecer el proceso de rehabilitación mediante acciones desde la promoción de la salud, la prevención de la discapacidad, el fortalecimiento del abordaje asistencial, así como el mejoramiento de las condiciones de vida desde la perspectiva de salud de la población con discapacidad perteneciente al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a través de los diferentes ciclos vitales.

El proyecto del fortalecimiento de la fase funcional del Sistema de Rehabilitación Integral contiene un componente importante con relación a la consolidación de la salud militar pero adicionalmente se complementa con la línea estratégica de ordenamiento de la red prestadora de servicios de salud, la cual está encaminada a la reorganización de los Establecimientos de Sanidad Militar acorde a los niveles de complejidad, cumpliendo las condiciones técnico-científicas y el trabajo en equipo, lo que permitirá garantizar la prestación de servicios

⁶ CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL. Departamento Nacional de Planeación. Conpes 3591 de 2009. Bogotá. 2009. p 9.

⁷ Ibid

de salud, específicamente de rehabilitación con calidad a toda la población de usuarios del Subsistema de Salud.

Todo lo planteado anteriormente con relación a las competencias de la Fase de Rehabilitación Funcional está liderado por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, y actualmente, cuenta con una infraestructura de 169 Establecimientos de Sanidad Militar, encargados de prestar servicios de salud a los segmentos poblacionales asignados a su jurisdicción, personal adicional, temporal y agregado, de acuerdo con los niveles de atención⁸. De la totalidad de dichos establecimientos, 6⁹ prestan servicio de rehabilitación funcional correspondientes al segundo nivel de atención y los establecimientos restantes enfocan su atención básica en promoción y prevención de la salud, en donde se requiere fortalecer las estrategias encaminadas a la población con discapacidad del SSFM.

1.2 Enfoque gestión de riesgo

El enfoque moderador de riesgo aplicado en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, trabajado en el documento Plan de Desarrollo 2011-2014, plantea 3 ejes de acción, para el mejoramiento de los procesos así:

- a. La atención con enfoque a poblaciones de riesgo o grupos vulnerables
- b. Planeación de servicios con Enfoque al Riesgo Salud General
- c. Planeación de servicios con enfoque al Riesgo en Sanidad Operacional, línea en la que se contempla la rehabilitación.

El direccionamiento del enfoque moderador de riesgo trasciende a la superación en la materialización del riesgo, dando prioridad al estudio de las características de la población, específicamente en el ámbito de rehabilitación, se refleja en la identificación de la población situada en los diferentes ciclos vitales y grupos poblacionales característicos del Subsistema, que aun no han adquirido una condición de discapacidad, desde esta perspectiva pueden ser intervenidas oportunamente por ser una población que puede presentar o no limitaciones que a través de estrategias de previsión, prevención y promoción se pueden intervenir previa a una condición de discapacidad, este proceso busca integrar las áreas de salud pública, salud operacional y ocupacional, entre otras.

1.3 Modelo de Rehabilitación Integral

El modelo de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública emite los lineamientos conceptuales para el diseño de estrategias que garanticen llegar al fin último, que es la inclusión de la población con discapacidad en los diversos entornos en los que se desempeña.

La interacción del individuo por los diferentes entornos se lleva a cabo a partir de tres tipos de sistemas:

- Microsistema: visto éste como el conjunto de aspectos relacionados con individuo y su ámbito inmediato (familia).

⁸ Nivel I de atención: consultorio, enfermería – dispensario

Nivel II de atención: hospitales regionales

Nivel III de atención: hospitales de referencia

Nivel IV de atención: hospitales de alta complejidad

⁹ Estos establecimientos se encuentran ubicados en Bogotá, Cali, Medellín, Bucaramanga, Villavicencio y Cartagena

- Mesosistema: se centra en aquellos factores que surgen a partir de la comunidad y con los cuales el individuo se relaciona.
- Macrosistema: definido desde los factores sociales con los cuales el individuo tiene interacción desde el entorno social, económico y político.

Así mismo, estos conceptos están íntimamente relacionados con tres realidades que se conjugan con el núcleo del Modelo, representado por el individuo, visto este como el sujeto protagonista y co-responsable del proceso de rehabilitación. Dichas realidades vistas desde la mirada del Modelo se conciben como:

- Proceso de rehabilitación: como “la suma de acciones y procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales para el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de los sujetos al medio familiar, social y ocupacional; articulada y armonizada en el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales, que desarrolla acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollando recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional.”¹⁰ Lo anterior, es realizable a partir de tres tipos de elementos fundamentales:

Terapéuticos: Estrategias e intervenciones encaminadas a brindar abordaje terapéutico (habilitador-rehabilitador) a la población que presenta deficiencias o disfuncionalidades, tendientes a potencializar las capacidades del individuo y lograr la máxima independencia posible. Los elementos terapéuticos se desarrollan con mayor énfasis en la fase de rehabilitación funcional, en la que se cuenta con la participación de diferentes profesionales pertenecientes al área de rehabilitación y en donde se obtienen productos contundentes de mejoramiento en la funcionalidad e independencia del sujeto pertinentes para generar procesos de inclusión social.

Educativos, formativos: Estrategias encaminadas a la generación de habilidades y al fortalecimiento de capacidades que conducen al fomento de aprendizajes para el individuo, que facilitan la apropiación de conocimientos en la interacción con el entorno y los resultados obtenidos se reflejan en el meso sistema.

Gestión: Se definen como todas aquellas intervenciones encaminadas a propiciar un cambio en la forma de asumir el proceso de rehabilitación por parte del individuo y su entorno. Están directamente relacionados con el fortalecimiento de los factores personales que generan una nueva percepción frente al papel fundamental que tiene la persona con discapacidad en su proceso de rehabilitación.

El equipo interdisciplinario cumple una misión relevante, ya que la implementación de dichos elementos requieren de una visión individualizada, la cual hace referencia a la coordinación integral de la atención, con unos profesionales de referencia y una red de relación e intervención entre los profesionales y los aliados estratégicos hacia un objetivo común, mejorar la calidad de vida del usuario y su familia.

¹⁰ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las Personas con discapacidad. 2004

- Dis-capacidad: desde la mirada del Modelo de Rehabilitación Integral, la Dis-capacidad es vista como “una situación que surge de la relación entre sujetos con capacidades y deficiencias, y las oportunidades y restricciones existentes en el entorno”.¹¹ Este concepto implica una relación directa y proporcional entre el individuo y el entorno cuando se habla de discapacidad, lo que implica que una condición de discapacidad no recae únicamente en el individuo sino que hace responsable al contexto. Esa relación puede darse en términos positivos o negativos en la medida que tanto el individuo como el entorno sean generadores o restrictores de nuevos espacios de inclusión.
- Derechos: Los derechos son vistos como “las demandas de libertades, facultades o prestaciones, directamente vinculadas con la dignidad y el valor intrínseco de todo ser humano, reconocidas como legítimas por toda la comunidad internacional- por ser congruentes con los principios éticos-políticos ampliamente compartidos- y por eso consideradas merecedoras de protección jurídica en la esfera interna y en el plano internacional”.¹²

1.4 Entrenamiento en las Actividades de la Vida Diaria

El objetivo de cualquier programa de rehabilitación es mejorar o potencializar la funcionalidad, independencia y autonomía en las Actividades de la Vida Diaria AVD (básicas e instrumentales) de la personas con discapacidad, en los diferentes contextos en que se desempeñe, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Las Actividades de la Vida Diaria¹³ incluyen las tareas que una persona regularmente hace para participar en sus diferentes roles sociales; Se incluye el desempeño en actividades de autocuidado, trabajo, tareas del hogar, ocio y tiempo libre.

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son sinónimo de autocuidado, por lo tanto estas incluyen: higiene personal, vestido y desvestido, alimentación, traslado de cama a silla y viceversa, control de esfínteres, desplazamiento del entorno.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) se refieren a tareas que van más allá del autocuidado e indican la capacidad del individuo para vivir con autosuficiencia en su entorno habitual, tales como: realizar quehaceres de la casa, ingesta de medicamentos, compra de alimentos o ropa, uso del teléfono, manejo del dinero, uso de la tecnología, entre otros

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) están relacionadas con el estilo de vida del sujeto, y son actividades que permiten al individuo desarrollar sus papeles de: ocio y tiempo libre, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes

Las AVD deben ser evaluadas y entrenadas durante todo el proceso de rehabilitación, razón por lo cuál al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, se ha dado especial énfasis a las AVD como la clave para realizar el trabajo del equipo interdisciplinario en rehabilitación, establecer un lenguaje común entre los profesionales, plantear unos objetivos consensuados entre los profesionales, el usuario y su familia, así como generar adherencia a los tratamientos y evaluar la efectividad de los procesos de rehabilitación.

¹¹ Ibidem

¹² ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. Documento de trabajo sobre Derechos Humanos, Política Pública Distrital de Discapacidad. Decreto 470 de 2007

¹³ MODELO DE REHABILITACION INTEGRAL IDEAL “JULIO H. CALONJE” - CALI 2012

II. REFERENTE SITUACIONAL

El panorama de la discapacidad en el SSFM en términos cuantitativos se puede definir a partir del trabajo realizado en el Primer diagnóstico situacional de la red de prestación de servicios en rehabilitación realizado en el 2010, en donde se refleja un ejercicio de acercamiento a la caracterización de las condiciones de la población con discapacidad.

La incidencia de usuarios del SSFM con corte 2011 corresponde a 631.850 usuarios y el número de personas reportadas con discapacidad es de 2.911 usuarios, lo que equivale a tener 4.6 usuarios por 1.000 habitantes.

Por otra parte, desde el contexto nacional y tomando como base el Censo general de 2005, la tasa de deficiencias permanentes en Colombia se centró alrededor de 629 personas por 10.000 habitantes, con una prevalencia de 6,3% personas con algún tipo de limitación, lo que traduce la identificación de 2.651.701 personas con por lo menos una limitación.

Tabla 1. Discapacidad por tipo de afiliación

TIPO DE VINCULACIÓN	CENSO	*PCD	%	Tasa por mil
** COTIZANTES	221.281	1748	60	7.8
*** NO COTIZANTES	109.825	174	6	1.6
**** BENEFICIARIOS	300.744	989	34	3.4
TOTAL	631.850	2911	100	4.6

Fuente: Reporte 2011 – Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC-HOMIC)- GAVD DGSM

*PCD: Persona con discapacidad

** Cotizantes: Usuarios de los servicios del Subsistema, con capacidad de pago, que se encuentra con estatus de miembros de las Fuerzas Militares en servicio activo, miembros de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, personal civil, activo o pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, soldados voluntarios, entre otros.

*** No Cotizantes: Se consideran como no cotizantes a los Soldados campesinos, soldados regulares, alumnos de las escuelas de formación.

**** Beneficiarios: Usuarios de los servicios del Subsistema de Salud, que no hacen aporte de cotización, dependen del aporte del cotizante y son afiliados a partir del grado de parentesco y/o dependencia económica (cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado, los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 que sean estudiantes con dedicación exclusiva y que dependan económicamente del afiliado, los hijos mayores de 18 años con invalidez absoluta y permanente, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se haya establecido dentro del límite de edad de cobertura).

La tabla 1 evidencia que el 60% de personas con discapacidad en el SSFM son cotizantes, mientras que el 34% son beneficiarios. Es decir que 8 de cada mil usuarios cotizantes tienen discapacidad, dicha población se caracteriza por ser integrantes de las Fuerzas Militares (Ejército, Armada y Fuerza Aérea) en servicio activo o miembros de las Fuerzas en goce de asignación de retiro o pensión. Debido a las características de la labor desarrollada por esta población, el riesgo de adquirir una condición de discapacidad es mayor, frente al riesgo

de las otras poblaciones relacionadas en la tabla; mientras que en la población de beneficiarios existen 3 de cada mil usuarios beneficiarios con discapacidad, lo que indica que el riesgo para la población de cotizantes es mayor que para los usuarios no cotizantes o beneficiarios.

Frente a la relación de la población por Fuerzas, la mayor cuota la aporta Ejército Nacional con 75% de la población con discapacidad, mientras que Armada Nacional presenta un 18%, y Fuerza Aérea un 7% del total de personas con discapacidad del SSFM.

En el Ejército la población con mayor proporción de discapacidad es la de cotizantes con un 69%, seguido por la población de beneficiarios con un 23%; mientras que Armada concentra su mayor proporción de personas con discapacidad en la población de beneficiarios con un 56%, seguido de los usuarios cotizantes con un 29% y finalmente, Fuerza Aérea que cuenta con un 86% de beneficiarios con discapacidad y 14% de cotizantes.

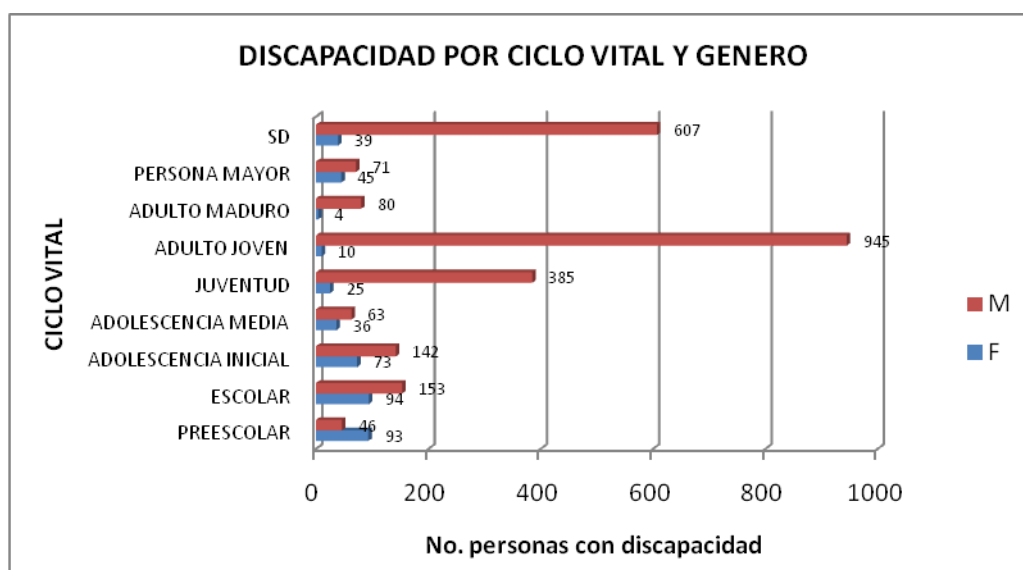
Tabla 2. Discapacidad por grado en el SSFM

GRADOS	CENSO	PCD	%	Tasa por mil
OFICIALES	13608	58	3	4.2
SUBOFICIALES	42451	282	14,7	6.6
SOLDADOS	191256	1582	82,3	8.2
TOTAL	247715	1822	100	7.3

Fuente: Reporte Incidencia 2010-2011 – Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC-HOMIC)- GAVD DGSM

La tabla 2 presenta la distribución de la discapacidad en la población del personal militar, en donde el 82% lo componen los soldados, mientras que 15% son suboficiales y el 3% son oficiales. De tal forma que, por cada mil soldados 8 presentan discapacidad, población que presenta mayor riesgo de adquirir una condición de discapacidad en el cumplimiento de las actividades desarrolladas en el teatro de operaciones (accidentes por minas antipersonal/ municiones sin explotar y armas de fuego), accidentes de trabajo y accidentes de tránsito, así mismo son quienes concentran la mayor proporción de fuerza laboral del sector y que va enlazado a la productividad del sector Defensa. Por cada 1000 suboficiales, 6 presentan discapacidad y 4 por cada mil oficiales adquieren una discapacidad.

Gráfica 1. Discapacidad por ciclo vital y género



Fuente: Reporte Incidencia 2010 - 2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC- HOMIC)

El gráfico 1 muestra la distribución por género y ciclo vital, en donde la mayor proporción de deficiencias permanentes se presenta en el grupo de hombres en los ciclos vitales adultos jóvenes con un 33% y juventud que abarca un 14% del total de personas con discapacidad, los cuales en la mayoría de casos esta representando al personal militar activo. Con relación a la población de mujeres con discapacidad en el SSFM, se evidencia una baja prevalencia en dicha población, la cual abarca un 33% del total de la población con discapacidad. La presencia de deficiencias que desencadenan discapacidad, es baja en los diferentes ciclos vitales del género femenino comparado con el porcentaje del género masculino, este último aporta un 67%. El ciclo vital que presenta mayor frecuencia de discapacidad en el género femenino es el pre y escolar con un 44% del total de personas con discapacidad.

Se lleva a cabo un análisis por similitud en la caracterización de las edades, por lo que se agrupan los ciclos vitales por cohortes, para tener grupos más homogéneos, de lo cual se obtienen los siguientes resultados: En el género masculino la cohorte representada por los ciclos vitales pre-escolar, escolar, adolescencia inicial y adolescencia media equivale a un 16% del total de personas con discapacidad; la cohorte conformada por los ciclos vitales de juventud y adulto joven representa un 53% y finalmente la cohorte de adulto maduro y persona mayor representa un 6%.

En género femenino la cohorte representada por los ciclos pre-escolar, escolar, adolescencia inicial y adolescencia media equivale a un 71% del total de personas con discapacidad; la cohorte conformada por los ciclos vitales de juventud y adulto joven representa un 8% y finalmente la cohorte de adulto maduro y persona mayor representa un 12%.

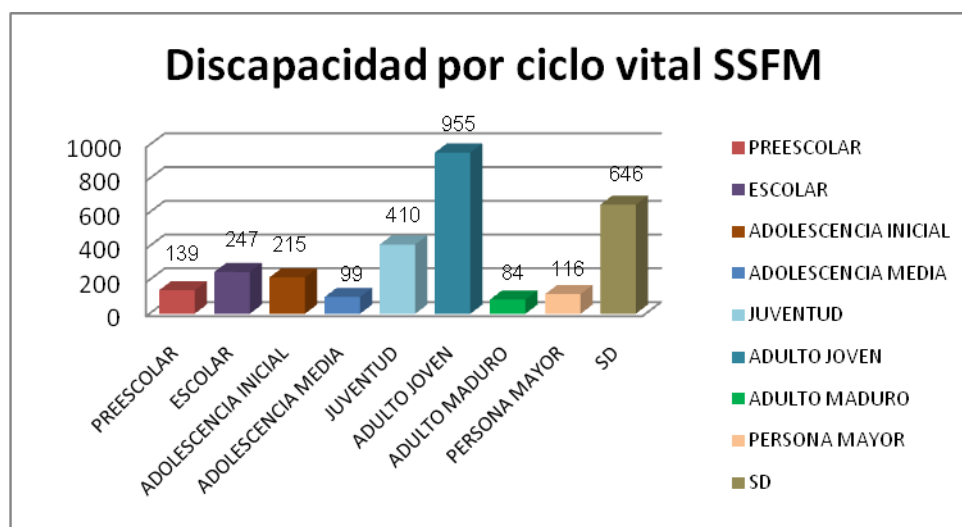
Desde la perspectiva de la población por Fuerzas se evidenció que Ejército cuenta con 2183 personas con discapacidad (75%) del total de personas con discapacidad del SSFM. De las 2183 personas con discapacidad de Ejército 349 pertenecen a la cohorte de prescolares, escolares, adolescentes iniciales y adolescentes medios lo equivale al 16%, en esta cohorte 157 personas pertenecen al género masculino; posteriormente se encuentra la cohorte conformada por los jóvenes y adultos jóvenes la cual está constituida por 1135 personas que equivale al 52% del total de personas con discapacidad el Ejército, de las cuales 1112 son hombres. Y

finalmente, se encuentra la cohorte de adultos maduros y personas mayores constituida por 175 personas correspondiente al 8% del total de personas con discapacidad del Ejército, de las cuales 129 son hombres.

Por su parte Armada cuenta con 524 personas con discapacidad (18%) del total de personas con discapacidad del SSFM. De las 524 personas con discapacidad de Armada Nacional 257 pertenecen a la cohorte de preescolares, escolares, adolescentes iniciales y adolescentes medios lo equivale al 49%, en esta cohorte 185 personas pertenecen al género masculino; posteriormente se encuentra la cohorte conformada por los jóvenes y adultos jóvenes la cual está constituida por 183 personas que equivale al 35% del total de personas con discapacidad de la Armada Nacional, de las cuales 175 son hombres. Y finalmente, se encuentra la cohorte de adultos maduros y personas mayores constituida por 26 personas correspondiente al 5% del total de personas con discapacidad de la Armada, de las cuales 23 son hombres.

Finalmente, Fuerza Aérea cuenta con 204 personas con discapacidad (7%) del total de personas con discapacidad del SSFM. De las 204 personas con discapacidad de Fuerza Aérea 164 pertenecen a la cohorte de preescolares, escolares, adolescentes iniciales y adolescentes medios lo equivale al 80%, en esta cohorte 98 personas pertenecen al género masculino; posteriormente se encuentra la cohorte conformada por los jóvenes y adultos jóvenes la cual está constituida por 14 personas que equivale al 7% del total de personas con discapacidad de la Fuerza Aérea, de las cuales 11 son hombres. Y finalmente, se encuentra la cohorte de adultos maduros y personas mayores constituida por 12 personas correspondiente al 6% del total de personas con discapacidad de La Fuerza Aérea, de las cuales 10 son hombres.

Gráfica 2. Discapacidad por ciclo vital SSFM



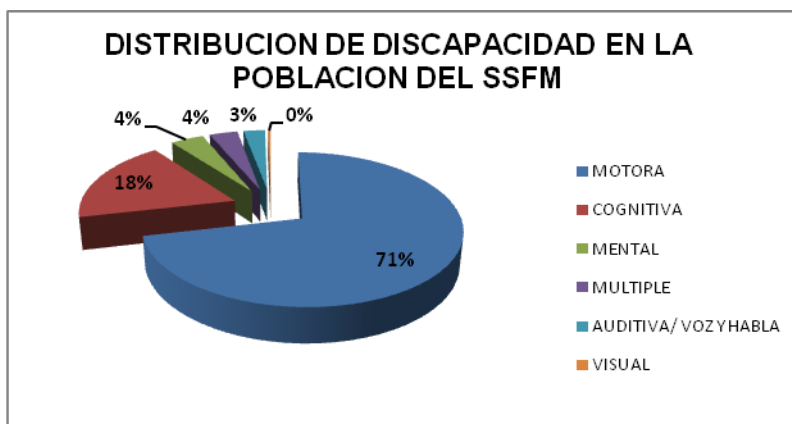
Fuente: Reporte Incidencia 2010 - 2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC- HOMIC)

La gráfica 2 evidencia, que la cohorte constituida por las poblaciones de preescolares, escolares, adolescentes iniciales y medio con discapacidad abarca un 24% del total de personas con discapacidad del SSFM.

Así mismo, la cohorte representada con los jóvenes y adultos jóvenes con discapacidad en edades productivas, representan un 47% del total de personas con discapacidad. Es de vital importancia mencionar que la población que reporta “sin dato”, es personal militar que se encuentra en esta

cohorte (ciclos vitales juventud o adulto joven) y el cual representa el 21%. Mientras que la cohorte conformada por adulto maduro y personal mayor representan un 7% del total de la población con discapacidad.

Gráfico 3. Distribución de la discapacidad en el SSFM



Fuente: Reporte Incidencia 2010 - 2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC)

Tabla 5. Tipo de discapacidad por ciclo vital

TIPO DE DISCAPACIDAD	AUDITIVA/VOZ Y HABLA	COGNITIVA	MENTAL	MOTORA	MULTIPLE	VISUAL	TOTAL GENERAL
PRESCOLAR	19	53	0	42	23	0	137
ESCOLAR	20	144	5	52	30	0	251
ADOLESC INICIAL	7	171	3	21	8	0	210
ADOLESC MEDIA	8	69	5	10	4	0	96
JUVENTUD	11	21	31	332	5	1	401
ADULTO JOVEN	4	6	29	914	3	4	960
ADULTO MADURO	0	5	1	83	0	1	90
PERSONA MAYOR	0	0	28	84	13	0	125
SD	7	64	14	*540	13	3	641
TOTAL	76	533	116	2078	99	9	2911

Fuente: Reporte Incidencia 2010 -2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC- HOMIC)

* Los 2078 usuarios del SSFM que se reportan "sin dato" en la discapacidad tipo motora, es personal militar, el cual se encuentra enmarcado en la cohorte de juventud y adulto joven, sin tener el datos exacto de la edad, información que se puede verificar en la base de datos, que soporta el presente diagnóstico situacional.

Niños y adolescentes

La tabla 5 muestra que del total de niños y adolescentes con discapacidad del SSFM, equivalente a 694 usuarios que conforman la cohorte de escolares, pre-escolares, adolescentes iniciales y medios, el 63% presenta discapacidad de tipo cognitiva, lo que equivale a 437 casos. Los diagnósticos más frecuentes son el retraso mental con un 32%, síndrome de down con 17% y autismo con un 10%.

En ese orden de ideas, el siguiente tipo de discapacidad más frecuente en la población de la cohorte de escolares, prescolares, adolescentes iniciales y medios es el tipo motor con un 20% del total de niños y adolescentes con discapacidad del SSFM, que corresponde a 125 casos. El diagnóstico más frecuente en este tipo de discapacidad es la Insuficiencia motriz de origen cerebral (IMOC) con un 72% de los casos de tipo motor. En orden de frecuencias por tipo de discapacidad se encuentra la múltiple con un 10% (65 casos); la

auditiva voz y habla con un 8% (54 casos); la mental con un 2% (13 casos) y la visual que no presenta casos relacionados.

Jóvenes y adultos jóvenes

Del total de jóvenes con discapacidad del SSFM, equivalente a 1361 usuarios que conforman la cohorte de jóvenes y adultos jóvenes, el 91% presenta discapacidad de tipo motora, lo que equivale a 1246 casos. Los diagnósticos más frecuentes son las lesiones traumáticas que desencadenan amputaciones en un 91% del total usuarios que presentan discapacidad de tipo motora, la segunda causa en diagnósticos que conllevan a adquirir una condición de discapacidad de tipo motor, dentro de las que se encuentra el trauma raquímedular y el trauma craneoencefálico con un 7% del total de casos dentro de jóvenes con discapacidad motora.

Por otra parte, del total de usuarios pertenecientes a la cohorte de jóvenes y adultos jóvenes con discapacidad del SSFM, el 4% presenta discapacidad de tipo mental lo que equivale a 60 casos.

Los diagnósticos más frecuentes de discapacidad mental en la población de jóvenes y adultos jóvenes son los trastornos depresivos entre moderado y grave con 32% de total de casos de jóvenes con discapacidad mental, el 15% presenta trastorno bipolar y finalmente el 11% presentan trastorno esquizofrénico.

Otros tipos de discapacidad que se presentan en la población de jóvenes y adultos jóvenes en menor proporción son: la discapacidad de tipo cognitiva con un 2%, la auditiva/voz y habla con un 1%, la múltiple con un 0.5% y la discapacidad de tipo visual en un 0.3%.

Adulto maduro y persona mayor

La tabla 5 muestra que del total adultos maduros y persona mayor con discapacidad del SSFM, equivalente a 215 usuarios, el 77% presenta discapacidad de tipo motora, lo que equivale a 167 casos. Los diagnósticos más frecuentes en este tipo de discapacidad son los accidentes cerebrovasculares con un 20% del total de los casos.

En segundo lugar se presentan con mayor frecuencia deficiencias relacionadas con discapacidad mental en un 13% del total de usuarios adultos maduros y persona mayor, en donde el diagnóstico más frecuente son las demencias seniles.

Otros tipos de discapacidad que se presentan en la población de adultos maduros y persona mayor en menor proporción son: la discapacidad de tipo múltiple con un 6% en donde se evidencias deficiencias de tipo mental, auditivo voz- habla y físicas, la intelectual o cognitiva con un 2.5%, y la discapacidad de tipo visual en un 0.5%.

Tabla 6. Tipo de discapacidad por causa en la población del SSFM

TIPO DE DISCAPACIDAD	ACCIDENTE COMUN	ACCIDENTE DE TRABAJO	ACCIDENTES POR ACCION DIRECTA DEL ENEMIGO	ENFERMEDAD GENERAL	SD	TOTAL
AUDITIVA		1	18	40	2	58
COGNITIVA	4			515	20	524
MENTAL		1		99	3	116
MOTORA	21	53	1740	227	31	2067
MÚLTIPLE	4		4	99	2	116

VISUAL		3	15	10		29
TOTAL	29	58	1776	990	58	2911

Fuente: Reporte Incidencia 2010 - 2011 Área Rehabilitación y Discapacidad (DISAN EJC-ARC-FAC)

La tabla 6 evidencia el número significativo de accidentes por acción directa del enemigo, los cuales tienen mayor impacto en el personal militar, dejando como consecuencia deficiencias de tipo motor, específicamente las amputaciones. En la categoría de enfermedad general se encuentra la población de beneficiarios en mayor magnitud, y como consecuencias de la deficiencias producidas por diferentes patologías, surgen las condiciones de discapacidad en el espectro de lo auditivo, cognitivo, motor, mental, visual y múltiple, afectando a la población en los diferentes ciclos vitales.

III. METODOLOGÍA

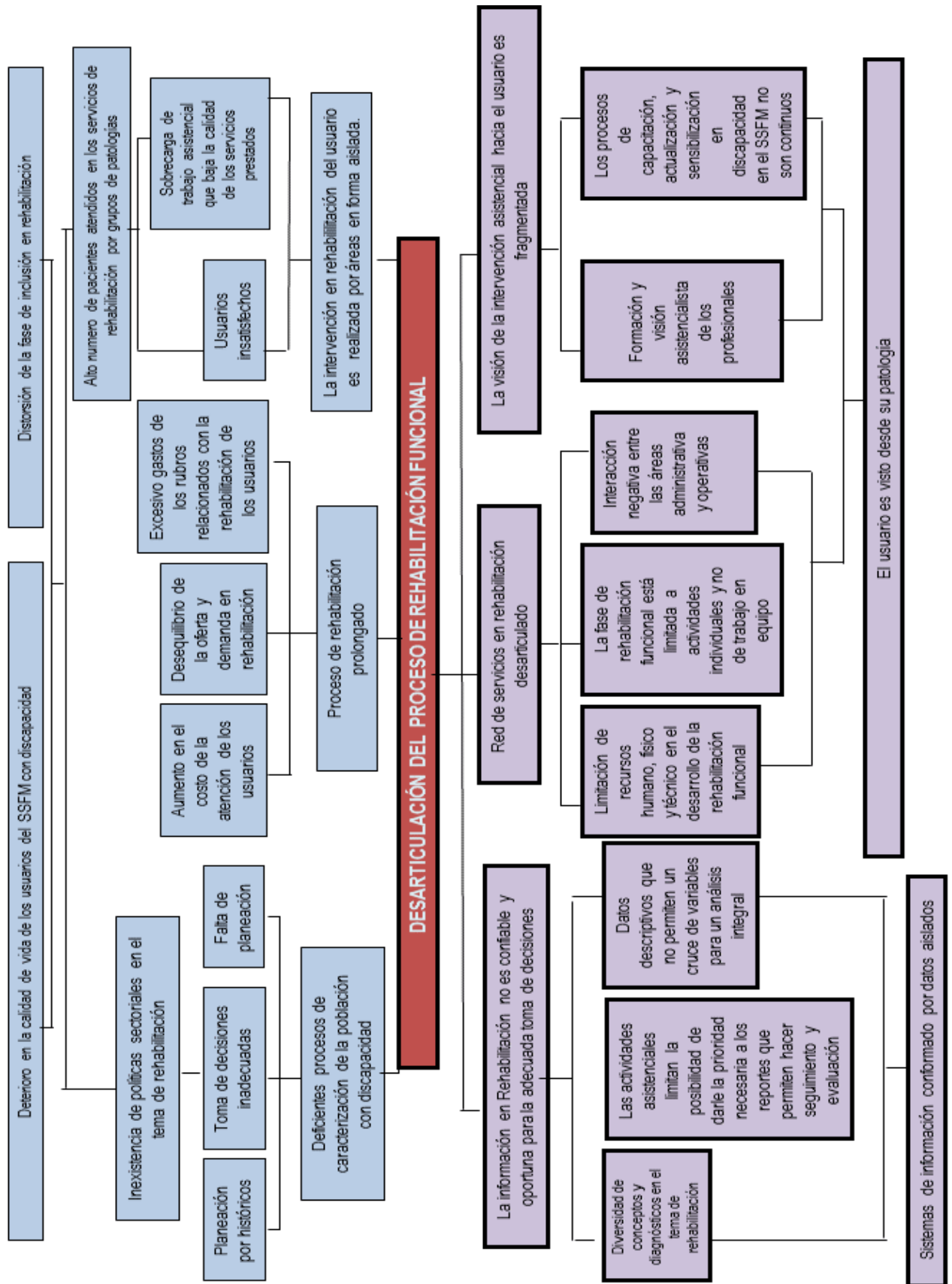
Para la construcción del modelo se contó con la participación de un grupo de profesionales de la Dirección General de Sanidad Militar, Direcciones de Sanidad (DISAN) de Ejército, Armada y Fuerza Aérea, así mismo, con el conocimiento y experiencia de los equipos interdisciplinarios de rehabilitación de los Establecimientos de Sanidad de Militar del Batallón de Sanidad - Centro de rehabilitación del Ejército Nacional y el Centro de Evacuados de la Armada Nacional pertenecientes a la ciudad de Bogotá, así como la asesoría y asistencia técnica de profesionales de rehabilitación del Hospital Militar Central, del Grupo Gestor GSED del Ministerio de Defensa Nacional y la Oficina de Promoción Social del Ministerio de Salud y de Protección Social.

El presente documento apunta a darle cumplimiento a los compromisos planteados en el PLAN DE DESARROLLO 2011-2014 del SSFM, mediante el cual se establecen los lineamientos estratégicos para fortalecer la fase de Rehabilitación Funcional y contribuir así al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios con discapacidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, acorde a sus necesidades y expectativas desde la perspectiva de salud.

Dicho proyecto se inició con la elaboración del diagnóstico situacional de la red de prestación de servicios en rehabilitación del SSFM, mediante el cual se buscó identificar y categorizar las diferentes problemáticas que surgen a partir de la prestación de los servicios de rehabilitación. Posteriormente se organizaron mesas de trabajo conformada por Fisiatra, terapeutas físicas, ocupacionales, psicólogas y trabajadores sociales de las diferentes Direcciones y Establecimientos de Sanidad Militar y mediante la metodología del Marco Lógico se priorizaron estrategias encaminadas a establecer los parámetros para el desarrollo de la fase de rehabilitación funcional, mediante la prestación de servicios interdisciplinarios de rehabilitación de óptima calidad en donde la atención es personalizada y se ajuste a las necesidades de las personas con discapacidad a través de la

implementación de estrategias terapéuticas, se obtuvieron como productos los siguientes árboles de problemas y soluciones los cuales direccionaron las líneas estratégicas de intervención:

ARBOL DE PROBLEMAS



EJES PROBLEMÁTICOS

La problemática descrita se sustenta en tres ejes:

1. Falta de información sistemática con datos confiables y oportunos que incidan sobre el planeamiento y la toma de decisiones. La mencionada situación se genera a partir de la carencia de un sistema en la recolección que facilite el análisis y la trazabilidad de la información, sumado a esto se evidencia la falta de un proceso de parametrización y consolidación de variables, lo que conlleva a que exista diversidad de conceptos en el tema de rehabilitación, que generan confusión en la estandarización de directrices.

2. Falta de articulación en la red de prestación de servicios en el tema de la discapacidad

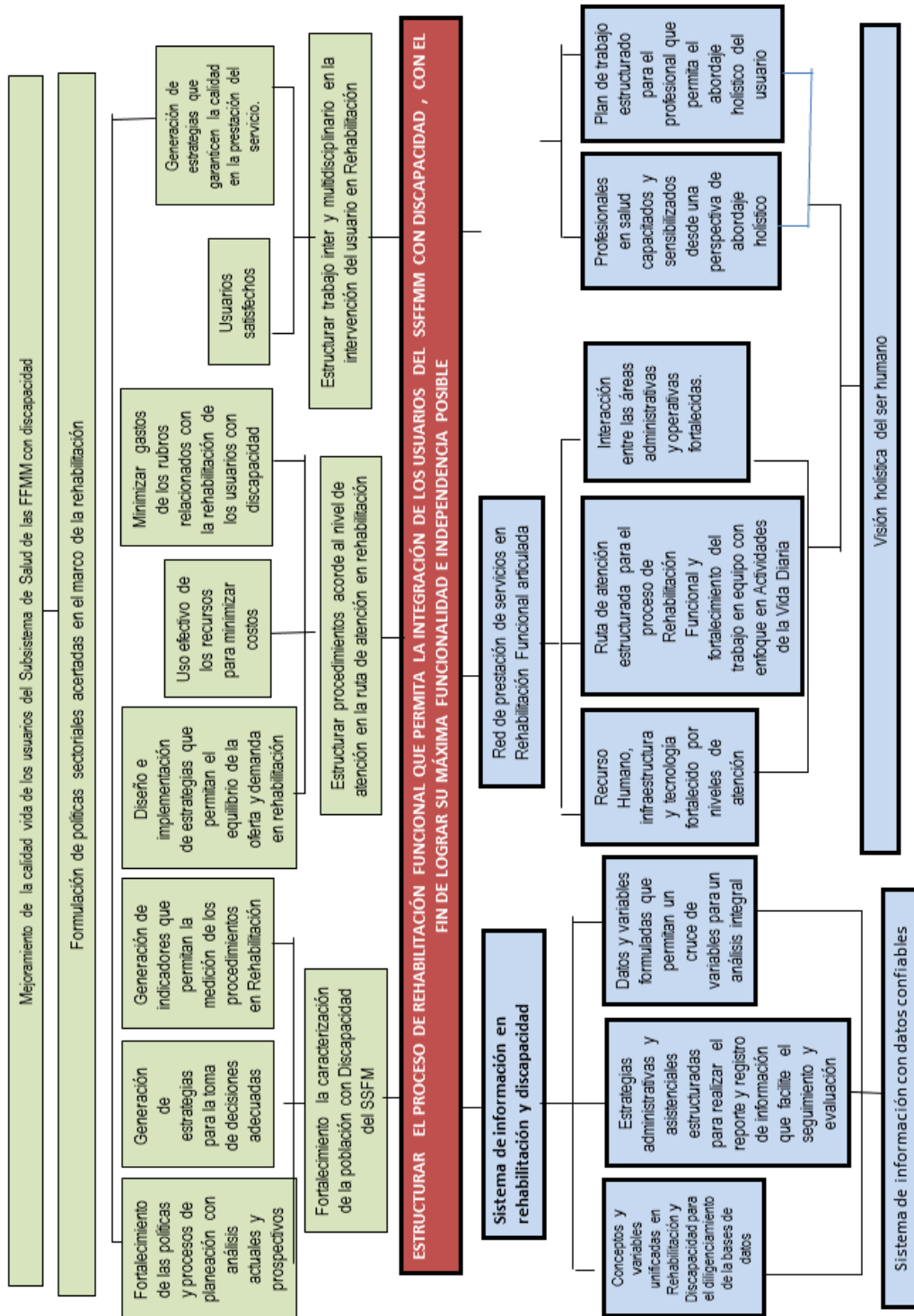
Actualmente la tendencia de los servicios de Fisiatría, psiquiatría, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología, trabajo social y los demás requeridos para la rehabilitación, es la prestación de los servicios de manera desarticulada; los usuarios del subsistema de salud deben desplazarse por diferentes sectores para cumplir las citas, y cada profesional realiza las intervenciones de acuerdo al diagnóstico clínico emitido por el médico que remite (características del modelo médico), acciones puntuales y no secuenciales sin tener la oportunidad de interactuar interdisciplinariamente y de ver a la persona con discapacidad como un ser integral, considerando las necesidades de su familia y entorno, generando procesos asistenciales prolongados, gastos económicos, entre otros. A esto se suma que falta una ruta de referencia y contra referencia del paciente para continuar el proceso de rehabilitación.

Existe limitación de recursos humano, físico y técnico en el desarrollo de la rehabilitación funcional, generando una distribución inequitativa de los mismos, con los efectos negativos previsibles en la racionalidad del gasto. Igualmente, falta articulación entre las áreas administrativas y operativas generando mayores costos e inadecuado aprovechamiento del recurso asistencial a nivel nacional.

3. La visión de la intervención asistencial hacia el usuario es fragmentada

El Modelo de atención en rehabilitación del SSFM se ha direccionado hacia un enfoque “médico”, así como a un enfoque intervencionista, el cual gira en torno a la superación del riesgo cuando éste se ha materializado, teniendo un bajo impacto de las acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad. Esto responde a que existe un atraso de la normatividad del sector en relación con los conceptos y al marco de las políticas nacionales e internacionales en rehabilitación, manteniendo una visión fragmentada de la persona humana, es decir el sujeto es intervenido en sus diferentes áreas sin el concepto de holístico que la discapacidad amerita y exige.

ARBOL DE OBJETIVOS



PLAN DE INTERVENCIÓN

META

El fin último de la rehabilitación funcional es mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, mediante la prestación de servicios integrales de rehabilitación con énfasis en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), en donde la atención se ajuste a las necesidades de los usuarios a través de la implementación de estrategias terapéuticas, educativas y de gestión. Lo que se logrará a partir de la intervención del equipo de interdisciplinario y la participación activa del paciente y su familia; desde el principio hasta el fin del proceso de atención, cumpliendo así los objetivos y metas propuestas conjuntamente, y contribuyendo a su proceso de inclusión social.

LINEAS DE INTERVENCIÓN

1. Generar estrategia de reporte de información en rehabilitación

- Unificar conceptos y variables en Rehabilitación y Discapacidad para incorporarlos al sistema de información.
- Generar estrategias administrativas y asistenciales para realizar el registro, reporte y análisis de información, que facilite evaluación y seguimiento.
- Formular datos y variables que permitan el cruce de los mismos para un análisis integral.

2 . Articular la Red de prestación de servicios en Rehabilitación Funcional

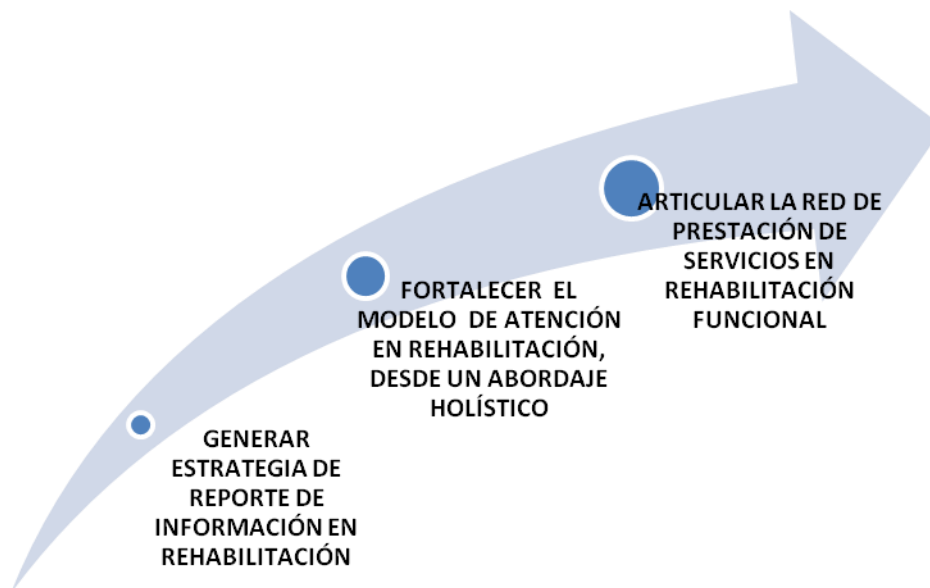
- Fortalecer el recurso Humano, infraestructura y tecnológica por niveles de atención
- Estructurar la ruta de atención en el proceso de Rehabilitación Funcional
- Fortalecer la interacción entre las áreas administrativas y operacionales

3. Fortalecer el modelo de atención en rehabilitación, desde un abordaje holístico

- Capacitar y sensibilizar a los profesionales en salud desde una perspectiva de abordaje holístico.
- Capacitar y sensibilizar a los profesionales en salud, frente al trabajo en equipo con enfoque a la funcionalidad del usuario con discapacidad, basados en los lineamientos establecidos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

IV. PROPUESTA

LINEAS DE INTERVENCIÓN



Líneas de intervención: Fase de Rehabilitación Funcional

POBLACIÓN OBJETO

La población objeto de las estrategias de rehabilitación es el personal de cotizantes, beneficiarios, pensionados y retirados, pertenecientes al Subsistema de salud de las Fuerzas Militares con algún tipo y/o grado de discapacidad, se categorizará por ciclos vitales (ver glosario), este concepto difiere de los grupos etáreos, ya que como fue mencionado en los lineamientos correspondientes al Plan de Intervenciones Colectivas, de la Secretaria Distrital de Salud en el 2009, las edades no funcionan como demarcadores definitivos, sino como referencias generales; “las etapas del ciclo vital son entonces un conjunto de momentos en la historia de una persona, dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo de la persona, en aspectos culturales, políticos, sociales e individuales”¹⁴.

¹⁴ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Plan de Intervenciones Colectivas- PIC. Bogotá.2009

GRADOS DE DISCAPACIDAD SEGÚN: CAPACIDAD DE EJECUCIÓN Y POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN

GRADO DE DISCAPACIDAD	CAPACIDAD PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES	POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES
SEVERO	La persona no tiene o posee mínimas capacidades para ejecutar actividades de la vida diaria, lo que la hace totalmente, dependiente; requiere siempre apoyo de otras personas y de ayudas técnicas.	La persona no cuenta con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de actividades de la vida diaria.
MODERADO	La persona tiene algunas capacidades para ejecutar actividades de la vida diaria, lo que la hace semidependiente; requiere apoyo de otras personas o de ayudas técnicas.	La persona cuenta algunas veces con apoyos o facilitadores para la participación en la realización de las actividades de la vida diaria.
LEVE	La persona tiene capacidades para ejecutar la mayoría de las actividades de la vida diaria; requiere ocasionalmente apoyo de otras personas o de ayudas técnicas.	La persona cuenta con apoyos o facilitadores para la participación en las actividades de la vida diaria.

Fuente: Lineamiento de política habilitación y rehabilitación. Ministerio de Protección Social. 2004.

GRUPOS / ALTERACIÓN FUNCIONAL

GRUPO	ALTERACIÓN FUNCIONAL
MENTAL	Presentan Alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, alterando las actividades de interacción y Relaciones Personales.
INTELLECTUAL - COGNITIVO	Presentan Alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso ocasionando limitación principalmente en la ejecución de actividades de Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
SENSORIAL - AUDITIVO	Presentan Alteraciones en las funciones sensoriales auditiva , estructuras del oído o sistema nervioso, que limitan principalmente, comunicación en forma sonora
SENSORIAL - VISUAL	Presentan Alteraciones en las funciones sensoriales visuales , estructuras del ojo o sistema nervioso que producen Limitación en la visión
MOTOR	Presentan Alteraciones en las funciones musculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso que limita la ejecución de actividades en la movilidad
MÚLTIPLE	Dos o más de las anteriores

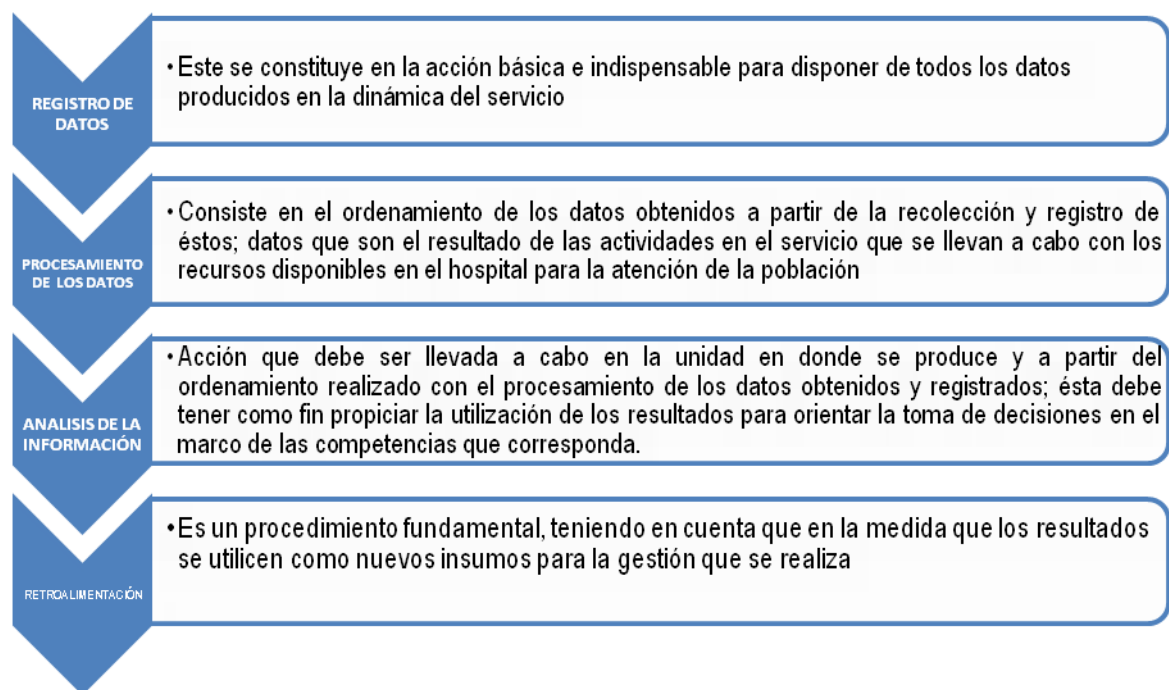
Fuente: Lineamiento de política habilitación y rehabilitación. Ministerio de Protección Social. 2004.

I LINEA DE INTERVENCIÓN

REPORTE Y SEGUIMIENTO DE INFORMACIÓN EN REHABILITACIÓN

El objeto de un sistema de información en el contexto de salud se convierte en un medio para optimizar la gestión y el método que orienta los procesos hacia los criterios de eficiencia, eficacia y efectividad, desde esta perspectiva las organizaciones, entidades y servicios de salud deben contar con el insumo que proporciona la información para la adecuada toma de decisiones.

El proceso para operar un sistema de información según Malagón¹⁵ consta de las siguientes etapas:



Las etapas anteriormente mencionadas son de vital importancia para el desarrollo de un sistema de información, y serán aplicadas en el proceso de gestión de la información en las diferentes instancias que conforman los servicios de rehabilitación del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tomando como base las siguientes estrategias:

¹⁵ MALAGÓN LONDOÑO, Gustavo. Administración Hospitalaria. Bogotá: Editorial Médica Internacional. 2008. p 412.

ESTRATEGIA 1: ESTANDARIZACIÓN Y APLICACIÓN DE MATRICES -FORMATOS DE REHABILITACIÓN,

La primera estrategia en el marco del proceso de reporte y seguimiento de información en rehabilitación es la estandarización y aplicación de matrices en el ámbito de rehabilitación y discapacidad, por parte de las diferentes instancias del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Así mismo, ésta estrategia aborda el proceso de análisis de la información a partir de la generación de informes de gestión.

- a. **Matriz de reporte de información de la población con discapacidad:** Al momento de identificar un caso nuevo de discapacidad se diligencia la matriz de reporte, discriminado por el personal militar activo, pensionado y retirado con discapacidad, y beneficiarios (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad). (Ver variables de la matriz en el anexo A).
- b. **Tabla guía de discapacidad y ciclos vitales:** Es una herramienta que permite identificar el tipo de discapacidad acorde a las características de las deficiencias anatómicas-fisiológicas y a las limitaciones en la actividad que surgen a partir de la condición de discapacidad. Se convierte en una base teórica para la categorización en las matrices anteriormente mencionadas.
- c. **Instrumento de Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria (EAVD) del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación** La elaboración y aplicación de este instrumento, permite fortalecer el trabajo en equipo, buscando la unificación de conceptos, la efectividad y eficacia en la evaluación de las actividades de la vida diaria, con un enfoque humanizado, que permita fortalecer el desarrollo de habilidades para vivir con autonomía y participación del usuario con el entorno.
- d. **Ficha A Ficha de identificación del niño con discapacidad:** La cual será diligenciada en los ESM, y se convierte en el mecanismo formal de ingreso a los programas de Niños, niñas y jóvenes con discapacidad. (ver anexo A)
- e. **Ficha B Ficha de evaluación trimestral niños y jóvenes del programa de Niños y jóvenes con discapacidad:** Mediante la cual se evalúa la evolución desde el punto de vista terapéutico de los niños y jóvenes con discapacidad. El nivel de competencia para el diligenciamiento de este formato corresponde al ESM contratante de la Institución Terapéutica. (ver anexo B)
- f. **Ficha C Ficha de evaluación del portafolio de servicios en rehabilitación del programa de Niños y Jóvenes con discapacidad:** por medio de la cual se evalúa la prestación de los servicios terapéuticos ofrecidos por las instituciones de la red interna y/o externa. El nivel de competencia para el diligenciamiento de este formato corresponde al ESM contratante de la Institución Terapéutica. (ver anexo C).
- g. Encuesta de satisfacción del usuario de los servicios de rehabilitación.

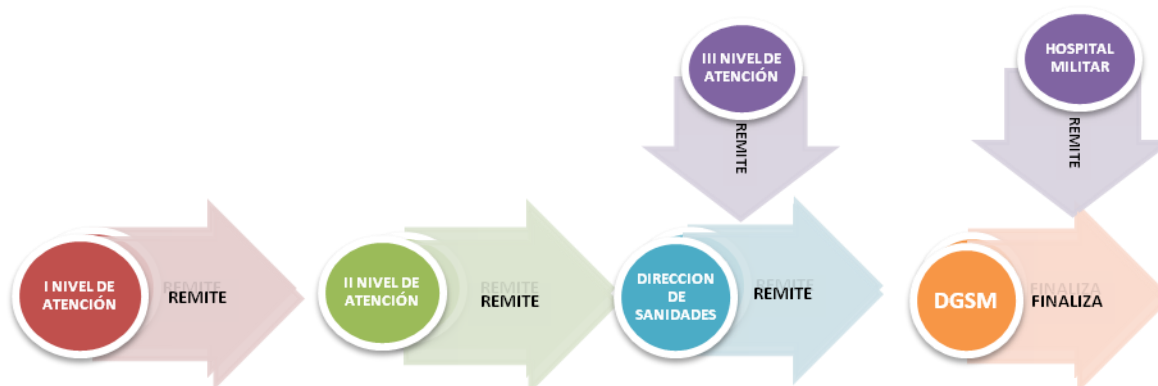
ESTRATEGIA 2: PROCESO E INSTANCIAS EN LA GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN DE REHABILITACIÓN

A continuación se muestra la ruta que referencia el flujo de información en el ámbito de rehabilitación, mediante la cual se evidencia las instancias con sus niveles de responsabilidad y los respectivos productos.

FLUJOGRAMA	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN	PRODUCTOS
<pre> graph TD INICIO([INICIO]) --> REGISTRO[REGISTRO DE LA INFORMACIÓN DEL USUARIO CON DISCAPACIDAD] REGISTRO --> CONSOLIDAR1[CONSOLIDAR Y ANALIZAR INFORMACIÓN EN REHABILITACIÓN] CONSOLIDAR1 --> REMITIR1[REMITIR MATRICES ANEXO A] REMITIR1 --> RECEPCION1[RECEPCIÓN MATRIZ DE REPORTE DE BASE DE DATOS E INFORME DE GESTION DEL ESM] RECEPCION1 --> CUMPLE1{CUMPLE} CUMPLE1 -- NO --> CONSOLIDAR1 CUMPLE1 -- SI --> CONSOLIDAR2[CONSOLIDAR Y ANALIZAR INFORMACIÓN DE LOS ESM] CONSOLIDAR2 --> REMITIR2[REMITIR MATRICES ANEXO A CONSOLIDADA E INFORME] REMITIR2 --> RECEPCION2[RECEPCIÓN Y REVISIÓN MATRIZ ANEXO A DE DATOS E INFORME] RECEPCION2 --> CUMPLE2{CUMPLE} CUMPLE2 -- NO --> CONSOLIDAR2 CUMPLE2 -- SI --> CONSOLIDAR3[CONSOLIDAR Y ANALIZAR INFORMACIÓN DE LAS DISANES] CONSOLIDAR3 --> 36{{36}} </pre>	ESM: Profesionales que abordan al usuario con discapacidad (especialidades medicas, fisioterapia, terapia del lenguaje-fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, entre otros del ESM)	En el momento de la evaluación y anamnesis se solicita la información al usuario con discapacidad, que corresponda con las variables solicitadas en la historia clínica y la matriz de Reporte de información de la persona con discapacidad (Anexo A) Dicha información será ingresada de forma completa en la matriz de reporte de información (Anexo A) de los casos nuevos de activos, pensionados, retirados y beneficiarios (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos con discapacidad) por el Coordinador de Rehabilitación del ESM.	Matrices correspondiente al Anexo A, diligenciada con todos los datos.
	ESM: Coordinador del Área de Rehabilitación	Consolida y analiza de la información mensual suministrada por cada uno de los profesionales del área de rehabilitación y actualiza base de datos de personas con discapacidad. Posteriormente será remitida a la siguiente instancia en forma mensual.	Matrices correspondientes al Anexo A, consolidada. A partir de esta se genera el informe de gestión. Se remite tanto las matrices como el informe de gestión.
	DISAN: Coordinador (a) de Rehabilitación de la Dirección de Sanidad EJC-ARC- FAC	Revisa la información suministrada por el Coordinador de Rehabilitación del ESM. Si cuenta con los requisitos continua el proceso en caso contrario se retorna a la instancia competente para los respectivos ajustes.	Acto administrativo que evidencie, la retroalimentación frente al proceso de verificación de la información y el nuevo plazo de entrega.
	DISAN: Coordinador (a) de Rehabilitación de la Dirección de Sanidad EJC-ARC- FAC	Verifica y actualiza la base de datos de la DISAN de casos nuevos reportados con discapacidad por los ESM, para evitar la duplicidad de registros. Consolida y analiza la información (matrices anexo A e informe de gestión) remitida por los ESM correspondientes a su Dirección. Posteriormente dicha información será remitida a la siguiente instancia en forma trimestral.	Matrices correspondientes al Anexo A, revisada y actualizada. A partir de esta se genera el informe de gestión. Se remite tanto las matrices como el informe de gestión.
	DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad	Revisar la información suministrada por el Coordinador de Rehabilitación de la DISAN. Si cuenta con los requisitos continua el proceso en caso contrario se retorna a la instancia competente.	Acto administrativo que evidencie, la retroalimentación frente al proceso de verificación de la información y el nuevo plazo de entrega.
	DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad	Consolidar y analizar la información (Matriz anexo A e informe) remitida por las DISANES.	Base de datos consolidada y actualizada.

<pre> graph TD 37[37] --> A[ESTRUCTURAR INFORME DE RESULTADOS] A --> B[RETROALIMENTACIÓN] B --> C[ANALIZAR INFORMACIÓN Y CONTEXTO] C --> D[ELABORACIÓN DE LINEAMIENTOS, PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS EN REHABILITACIÓN] D --> E[EVALUAR POLITICAS, PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS] E --> F([FIN]) </pre>	DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad y Coordinador Grupo de Programas Especiales en Salud. DGSM: Líder del proceso de rehabilitación y discapacidad y Coordinador Grupo de Programas Especiales en Salud.	Elabora el informe de resultados con base a la información suministrada trimestralmente por las DISANES. Posterior a la elaboración del informe se envía un documento de retroalimentación y evaluación del periodo específico a las DISANES. Elaborar análisis integral de resultados de acuerdo a las estadísticas y al contexto y panorama periódico acorde a la oferta y la demanda de los servicios de rehabilitación Elaboración o rediseño de lineamientos, programas o estrategias en rehabilitación Evaluación y seguimiento a los lineamientos, programas o estrategias en rehabilitación. Se evalúa el impacto sobre la población.	Informe de resultados de acuerdo a las estadísticas y novedades remitidas por las DISANES en el periodo específico. Informe con las recomendaciones y acciones de mejora correspondientes a las DISANES. Documento planteamiento de alternativas Actos administrativos: Directivas, Circulares; manuales, guías. Indicadores de gestión e impacto.
--	---	--	---

ESTRATEGIA 3: FLUJO DE LA INFORMACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN



- 1) **Instancia:** Los ESM correspondientes al I nivel de atención remiten la información obtenida y procesada a los ESM de referencia de II nivel de atención circunscritos en las regionales del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- 2) **Instancia:** Los ESM correspondientes al II nivel de atención envían la información consolidada procesada y analizada de los ESM de los nivel I y II que pertenecen a su jurisdicción y el producto final es remitido a las Direcciones de Sanidad correspondientes.
- 3) **Instancia:** Los ESM de III nivel de atención remiten la información a la Dirección de Sanidad Correspondiente.
- 4) **Instancia:** Las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y Fuerza Aérea que concentran la información de los niveles I, II y III recepciona, consolida y analiza la información que remiten los ESM a nivel nacional, para la toma de decisiones al interior de cada una de las Direcciones. A su vez retroalimenta a los ESM y el producto final consolidado es remitido a la Dirección General de Sanidad.
- 5) **Instancia:** El Hospital Militar Central como red externa contratada reporta la información directamente a la Dirección General de Sanidad Militar.
- 6) **Instancia:** La Dirección General de Sanidad Militar recepciona la información remitida de las Direcciones de Sanidad y del Hospital, y es desde esta instancia en la que se elabora el análisis integral de las diferentes variables y resultados de las estadísticas remitidas para la formulación de lineamientos en el ámbito de rehabilitación y discapacidad.

II LINEA DE INTERVENCIÓN

ARTICULACIÓN DE LA RED DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL

La fase de Rehabilitación Funcional se define como el conjunto de principios, normas, infraestructura, recursos, procedimientos y entidades, articulados entre sí, encaminados a brindar servicios interdisciplinarios de rehabilitación de óptima calidad, en donde el usuario con deficiencia y/o discapacidad recupere y desarrolle la máxima funcionalidad e independencia, mediante el fortalecimiento y la articulación de todos los elementos y procesos de la red de prestación de servicios en rehabilitación.

Para lograr la consolidación de la fase de rehabilitación funcional se fortalecerán los niveles de atención, a partir de la reorganización de recursos (humano, técnicos) tomando como referencia los parámetros de los grados de complejidad y el rediseño de los procesos implícitos en el ámbito de la rehabilitación funcional (estructura de regionalización, integración funcional, la estructuración de rutas de atención), estrategias que se desarrollarán a continuación:

ESTRATEGIA 1: ORGANIZACIÓN DE RECURSOS Y PROCEDIMIENTOS A PARTIR DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

I NIVEL DE ATENCIÓN

Se caracteriza porque la función principal es la promoción de la salud, la prevención de la discapacidad y la rehabilitación con participación comunitaria. El fortalecimiento de las actividades de promoción y prevención lideradas por Salud Pública que se llevan a cabo en los ESM están alineadas con la prevención de la discapacidad y debe involucrar la prevención primaria (antes de adquirir la discapacidad) así como la prevención de nuevas discapacidades en el personal que ya la adquirió. Sus acciones también deben orientarse a la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, preservación y restauración de las capacidades físicas y mentales de los usuarios del SSFM con deficiencia transitoria, brindar herramientas que promuevan estilos de vida, fortalecimiento de conductas saludables, teniendo como base los diversos ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez), tipo de deficiencia (motor, sensorial (visual y auditiva), mental, intelectual - cognitiva y múltiple), acorde a las demandas de la población y sus requerimientos específicos

La atención en Rehabilitación del I Nivel implica servicios y tecnología de baja complejidad y el enfoque de atención se centra en la persona con discapacidad y su familia.

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Se establecen estrategias que promuevan estilos de vida saludable, que apunten al mantenimiento, fortalecimiento, aplicación y apropiación de conductas enfocadas a consolidar condiciones de salud óptimas en la persona con o sin discapacidad. Así mismo, en el ámbito de promoción de la salud se hace énfasis en desarrollar acciones encaminadas hacia el entorno cercano de las personas con discapacidad (familia y/o cuidadores).

En conclusión se clasifican como actividades de promoción y fomento de la salud, aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individual o colectivas, intra y extramurales, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, así como a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; Se suma igualmente, la provisión de información sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de las personas con discapacidad, como también la promoción de la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud. A continuación se puntualizan entre otras las intervenciones en el ámbito de promoción de la salud:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
PROMOCIÓN DE LA SALUD	Llevar a cabo intervenciones de comunicación-información (estrategias divulgación, folletos, afiches, cartillas, entre otros), educación-formación (aplicación, apropiación y multiplicación de los conocimientos adquiridos) y de habilidades que modifiquen los hábitos y comportamientos individuales y colectivos de los usuarios del Subsistema.
	Desarrollar programas encaminados al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y su entorno inmediato. Dichos programas estarán encaminados a: - Fortalecer los factores personales, familiares y sociales, de la persona con discapacidad, para lograr efectividad en los procesos de socialización y relación con las personas del entorno inmediato. - Promover la implementación de acciones encaminadas a la actividad física para personas con y sin discapacidad (mantenimiento), pertenecientes al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. - Brindar asesoría y capacitación a las familias y cuidadores, frente su rol, las responsabilidades y las implicaciones frente a la condición de la persona con discapacidad como apoyo directo al trabajo realizado en el segundo nivel. - Educación en salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad en los diferentes ciclos vitales. - Educación en estrategias de estilos de vida saludables en donde se tengan presente los requerimientos y necesidades de las personas con discapacidad.

	Promover la formación y actualización de los profesionales del área de rehabilitación en los lineamientos de la CIF con énfasis en las actividades de la vida diaria (AVD)
	Asistencia y asesoría domiciliaria a la persona con discapacidad y su familia, con el fin, de orientar a la persona y al núcleo familiar en la búsqueda de un desempeño funcional óptimo y un ambiente saludable.
	Promover la formación de las personas con discapacidad, sus familias, y los profesionales, frente a la corresponsabilidad en el cumplimiento del proceso de rehabilitación.
	Definir y ajustar las estrategias administrativas, que garanticen la participación de las personas con discapacidad en los programas que se implementen en los ESM, para el mejoramiento de su calidad de vida.
	Educación sobre los derechos de la prestación de los servicios de rehabilitación, y el suministro de medicamentos, ayudas técnicas a las personas con discapacidad, en términos de equidad e igualdad, en razón de sus capacidades; promoviendo un entorno inclusivo y el mejoramiento de las condiciones de salud y vida, previniendo de esta forma el deterioro del usuario o el agravamiento de la condición de discapacidad.
	Educar sobre los procedimientos para el suministro y adaptación de ayudas técnicas
	Desarrollo de estrategias que faciliten la labor del cuidador.
	Desarrollar campañas de sensibilización para promover cambios en el imaginario cultural frente a las personas con discapacidad, con el objetivo de favorecer los procesos de participación e inclusión social.
	Implementar la estrategia de demanda inducida en la población de personas con discapacidad, para llevar procesos de identificación, asesoría y promoción de los servicios de rehabilitación.

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Son todas las acciones encaminadas a la identificación de factores de riesgos y control de los mismos, así como resolución de las principales circunstancias y eventos que desencadenan discapacidad. Este ámbito comprende acciones desde la prevención primaria, a partir del enfoque moderador del riesgo, en donde se desarrollan acciones direccionadas a la protección específica y detección temprana (prevención de deficiencias diferentes a las ya existentes), igualmente se desarrollan acciones de intervención, las cuales están direccionadas al diseño de medidas que disminuyan la deficiencia y eviten o aminoren la limitación en la actividad desde los diversos ciclos vitales, tipos de deficiencia, acorde a las demandas de la población y sus requerimientos específicos. A continuación se puntualizan entre otras, las intervenciones en el ámbito de prevención de la salud:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
	Coordinar esfuerzos frente al fortalecimiento de las estrategias que se adelantan en el ámbito de salud pública y gestión en la prestación de servicios de salud, para prevenir la aparición de deficiencias que puedan desencadenar discapacidad a partir de los siguientes parámetros: • Detección temprana y atención oportuna de defectos al nacimiento • Abordaje oportuno en etapa preconcepcional y prenatal adecuada para la mujer embarazada y el niño menor de tres años que incluya la información,

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

seguimiento y nutrición, considerando los riesgos prenatales, perinatales y los de la primera infancia.

- Desarrollar los planes de vacunación para prevenir aquellas deficiencias físicas y anatómicas en los diferentes ciclos vitales, que puedan generar discapacidad.
- Prevención, detección e intervención temprana en los casos de deficiencias (visuales – auditivas, desórdenes musculoesqueléticos y neurológicos) que puedan desencadenar discapacidad.
- Brindar asesoría genética a mujeres y hombres en edad fértil, especialmente a aquellos grupos de riesgo.
- Desarrollar estrategias de prevención, seguimiento, control y autocuidado en enfermedades crónicas no transmisibles en los ciclos vitales del adulto joven, adulto maduro y persona mayor.
- Mejorar la calidad de atención en los servicios de la población que presentan enfermedades crónicas degenerativas, que tienen el riesgo de desencadenar discapacidad secundaria a complicaciones.
- Brindar asesoría-orientación en materia de salud sexual y reproductiva
- Desarrollar estrategias de seguimiento, control y autocuidado en enfermedades de transmisión sexual direccionado a prevenir discapacidad.
- Brindar orientación a la población para prevenir la aparición de deficiencias nutricionales, embarazos riesgosos, enfermedades crónicas degenerativas, enfermedades genéticas, enfermedades infectocontagiosas y todas aquellas conductas y factores riesgo que puedan generar discapacidad.
- Promover la investigación científica y epidemiológica encaminada a determinar las causas y los factores de riesgo para que se desencadene la discapacidad en la población del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Coordinar esfuerzos frente a las estrategias que se adelantan desde el ámbito de salud operacional y salud ocupacional, para la identificación e intervención oportuna de riesgos que puedan desencadenar discapacidad:

- Desarrollar programas de educación vial, frente al autocuidado y cuidado por los demás en donde se ilustre las consecuencias de los accidentes de tránsito.
- Fortalecer las medidas de identificación, detección, prevención e intervención temprana en enfermedades y accidentes (ocupacionales, operacionales) y lesiones discapacitantes, lo que implica la prevención de enfermedades, accidentes (ocupacionales y operacionales) y riesgos prevenibles.
- Identificar los riesgos que pueden desencadenar discapacidad desde el ámbito operacional y el ámbito de salud ocupacional.

Coordinar esfuerzos frente a las estrategias que se adelantan desde el ámbito de salud mental para identificación de factores de riesgos y deficiencias que puedan desencadenar discapacidad.

Promover estudios epidemiológicos y estrategias de localización y caracterización de la población, orientados a conocer las causas que producen discapacidad en los ESM pertenecientes a las regionales correspondientes

Ejecutar campañas educativas masivas y de sensibilización para alertar sobre los riesgos que puedan generar una discapacidad para los usuarios afiliados y beneficiarios Subsistema de Servicios de Salud de las Fuerzas Militares.

Establecer estrategias encaminadas a la detección temprana de alteraciones secundarias o derivadas de una deficiencia funcional o estructural inicial y evitar la instauración de la limitación en la ejecución de las actividades.

REHABILITACIÓN CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Rehabilitación con participación comunitaria propende por la participación efectiva y con incidencia en los asuntos institucionales, departamentales y municipales que atañe al tema de discapacidad, mediante las acciones que se articulen dentro de la gestión social y local

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
REHABILITACION CON PARTICIPACION COMUNITARIA	Seguimiento de caso, frente al proceso de rehabilitación y corresponsabilidad de la persona con discapacidad (evolución en el proceso de salud, proyecto de vida, evaluación de necesidades). Así como la coordinación entre los profesionales de salud y aliados estratégicos locales.
	Participación de pares personas con discapacidad que ha tenido un proceso de rehabilitación exitosa.
	Incorporar temas de interés (experiencias exitosas, información relevante direccionada a mejorar las condiciones de vida, participación efectiva), y una cultura de percepción positiva para las personas con discapacidad, y la comunidad en general, a partir de diferentes estrategias de comunicación: emisora, folletos, página web, orientaciones pedagógicas.
	Promover el diseño e implementación de planes continuos de sensibilización, concienciación y capacitación dirigidos a la población que conforma el Subsistema de salud de las Fuerzas Militares, enfocados a promoción de derechos, deberes de las personas con discapacidad, promoviendo la eliminación de términos y el uso de imaginarios culturales que sugiera prejuicios, estereotipos y actitudes discriminatorias contra las personas con discapacidad.
	Reorganización de proceso de ayudas técnicas y prótesis desde la planeación de recursos hasta la fase de suministro acorde a la demanda de la población del SSFM.

ATENCIÓN ASISTENCIAL

En el marco del abordaje asistencial en el ámbito terapéutico la atención asistencial se centra en los usuarios que presentan un déficit funcional temporal susceptible de reversión posterior al proceso terapéutico, para lo cual se llevaran a cabo procedimientos e intervenciones, como por ejemplo los que se describen a continuación y que tienen como base lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001, del Ministerio de Defensa Nacional, la resolución 1896 del 2001 del Ministerio de Protección Social, Acuerdo 029 de 2011 de la CRES ó aquellas normas que lo modifiquen o adicionen:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
	Procedimientos diagnósticos e intervenciones en desempeño funcional, rehabilitación - Evaluación funcional métodos y estrategias para evaluar componentes cognoscitivos socioafectivos y espirituales del desempeño. - Evaluación fonoaudiológica de desordenes de lenguaje y voz - Pruebas manuales de función muscular: (balance muscular) incluye: métodos y estrategias para evaluar componentes sensorio-motores de desempeño: actividad refleja, fuerza muscular, capacidad aeróbica y resistencia, mediciones corporales entre otros - Pruebas de amplitud de movimiento: (balance articular), Medición de longitud de extremidades, mediciones corporales medición de circunferencia (de miembros)
	Terapia física Terapia física integral incluye: actividades propias a ejecutar en los componentes sensorio-motores, cognocitivos, socioafectivos y espirituales del desempeño; ejercicios terapéuticos, estimulación temprana,

ATENCIÓN ASISTENCIAL

mecanoterapia, medios físicos (hidroterapia, crio-terapia, calor húmedo), electroterapia (tens, ultrasonido, diatermia) y/o tracciones.

- Ejercicio asistido incluye: actividades propias a ejecutar en los componentes sensorio-motores del desempeño excluye: ejercicio asistido en piscina
- Modalidades cinéticas de terapia incluye: acondicionamiento físico, entrenamiento en habilidades funcionales : coordinación, balance y equilibrio corporal, movilización/manipulación de segmentos corporales (extensión forzada de miembro) entrenamiento en flexibilidad (liberación manual de adherencias articulares, estiramiento de musculo, tendón o fascia)
- Ejercicio resistivo
- Entrenamiento en movimientos de articulaciones
- Marcha y entrenamiento de la marcha
- Modalidades eléctricas, electromagnéticas y mecánicas
- Adecuación y entrenamiento en uso tecnología de rehabilitación incluye: entrenamiento y uso de ortesis, aditamentos asistidos, artefactos para movilidad y marcha, entre otros, en el hogar, escuela o sitio de trabajo.
- Otra terapia térmica: baño de parafina, paquetes calientes
- Entrenamiento pre, peri y post parto incluye: psicoprofilaxis o entrenamiento para parto natural y estimulación intrauterina
- Terapia de integración sensorial incluye: aplicación de técnicas de masoterapia, entre otras
- Inmovilización, presión y cuidado de herida

Rehabilitación del habla, del lenguaje y la comunicación

- Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia incluye: patrones miofuncionales, orofaciales y función deglutoria entre otros.
- Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia
- Terapia fonoaudiológica para desordenes auditivos- comunicativos, cognitivo - comunicativo.
- Otro entrenamiento y terapia del habla incluye: comunicación aumentativo y alternativo entre otros
- Otro adiestramiento y terapia del habla

Terapia ocupacional

lincluye: aquellos procedimientos e intervenciones para la protección de salud :

Terapia ocupacional integral determinación terapéutica en los componentes sensorio-motores, cognoscitivo, socioafectivos y ergonómicos para entrenamiento funcional e integración laboral, social y familiar y en uso de tecnología de rehabilitación.

- Entrenamiento funcional en autocuidado (actividades básicas cotidianas)
- Terapia ocupacional en manejo adecuado de tiempo libre y juego
- Entrenamiento funcional en integración laboral y social
- Terapia ocupacional terapia de actividades de vida diaria excluye: adiestramiento en actividades de vida diaria para ciegos

Procedimientos relacionados con la psique

- Evaluación y pruebas psicológicas
- Administración [aplicación] de prueba de inteligencia (cualquier tipo), de personalidad
- Evaluación en alteraciones emocionales y/o de conducta
- Determinación del estado mental psicológico excluye: la entrevista, evaluación o valoración realizada en la consulta por psicología
- Determinación del estado mental por psicología
- intervenciones de salud mental en la comunidad

- Intervención en salud mental comunitaria por psicología
- Intervención en salud mental comunitaria, por trabajo social, terapia ocupacional

Consulta, Monitorización y procedimientos

Entrevista, consulta y evaluación [valoración] + incluye: aquella en cualquier fase de la atención: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; consejería como actividad de cualesquier consulta, entrevista o evaluación

- Atención [visita] domiciliaria, por psicología
- Atención [visita] domiciliaria, por trabajo social
- Atención [visita] domiciliaria, por fisioterapia
- Atención [visita] domiciliaria, por terapia ocupacional

Consulta descrita como global o de primera vez incluye: entrevista, evaluación, valoración o consulta: anamnesis, toma de signos vitales, examen físico o evaluación de todos los sistemas o del sistema pertinente al motivo de consulta y la especialidad; en cualquier fase de la atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación

Consulta de control o de seguimiento + incluye: entrevista, evaluación, valoración o consulta limitadas: para un problema ya conocido, sobre un sistema o un órgano específico, para seguimiento en cualquier atención integral durante las fases de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad. excluye: evaluación ortóptica/pleóptica(9501, evaluación de baja visión

Interconsulta incluye: acto mediante el cual un especialista u otro profesional de la salud a solicitud del médico tratante (general o especialista), emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del usuario, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.

RECURSO HUMANO

Los ESM catalogados en I nivel de atención deberán contar **con al menos dos profesionales** de las siguientes disciplinas: Medicina general, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Psicología y Trabajo social. El énfasis de este grupo de profesionales debe estar encaminado al ámbito promoción y prevención y la atención se centrará en la persona con discapacidad y su familia.

La **coordinación del área de rehabilitación** debe ser liderado por un profesional perteneciente alguna de las disciplinas anteriormente mencionada, quien será la persona con la competencia para dirigir los procesos del área de rehabilitación y asumir el liderazgo de las actividades y procedimientos que se lleven a cabo en el ESM en términos de estrategias en promoción de la salud, prevención de la discapacidad y rehabilitación i con participación comunitaria. Así mismo, será el designado para coordinar las acciones con la Dirección de Sanidad correspondiente, frente a la generación de los reportes estadísticos indispensables para la toma de decisiones y planeamientos futuros. Dentro de las funciones del Coordinador de Rehabilitación como figura fundamental que garantiza la trazabilidad de los procesos se encuentran:

- Elaborar el plan de necesidades y/o plan de acción con base al perfil epidemiológico del ESM, con el fin de garantizar el buen desarrollo del Programa de Rehabilitación y Discapacidad.

- Desarrollar el plan de capacitación y actualización en rehabilitación en coordinación con las áreas de Salud Pública, Salud Mental, Salud Operacional y Salud Ocupacional, entre otras. acorde a los perfiles y competencias del personal que labora en los ESM.
- Desarrollar campañas educativas y de sensibilización en los ESM, para promover cambios en el imaginario cultural, frente a las personas con discapacidad, así como alertar sobre los riesgos de adquirir condiciones de discapacidad o su cronificación cuando ya es adquirida
- Elaborar los reportes del personal con discapacidad. En coordinación con el profesional responsable de liderar los procesos de administración y gestión estadística, elaborar, presentar periódicamente los informes y consolidados de la población con discapacidad PERMANENTE y el personal que accede al servicio por una lesión TEMPORAL del personal activo, pensionado, retirado y beneficiario según ciclo vital.
- Elaborar informe encaminado a determinar la relación de los pacientes y el suministro de ayudas técnicas.
- Coordinar con las oficinas acción integral de cada Unidad, la divulgación del programa y de las actividades realizadas, por medio de la implementación de diversas estrategias de comunicación (correo institucional, medios escrito, afiches, plegables, emisora, etc.)
- Realizar el seguimiento, evaluación y control de la red interna y externa prestadora de servicios de rehabilitación a cargo del Establecimiento, para la atención del personal con discapacidad física, mental, sensorial (visual y auditiva), motora y cognitiva - intelectual.
- Realizar la actualización y seguimiento a los procesos de suministro, uso, mantenimiento, reposición y control de los elementos ortésicos y ayudas externas, según prescripción médica y en cumplimiento a normatividad vigente.
- En coordinación con la Dirección de Sanidad correspondiente establecer alianzas estratégicas con dependencias internas de la Fuerza (Personal, Bienestar, entre otras) para desarrollar actividades para el usuario con discapacidad y su entorno inmediato, apoyando así su proceso de rehabilitación, por medio de actividades deportivas, recreativas y culturales.
- Diligencia la matriz de reporte de información de la población con discapacidad del SSFM.

DOTACIÓN DE EQUIPOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS

La dotación de equipos técnicos y tecnológicos está enmarcada en los procedimientos de baja complejidad que se llevan a cabo por cada uno de los servicios en el primer nivel de atención:



- **Mecanoterapia:** Bicicletas y/o bandas sin fin
- **Electroterapia:** TENS, electroanalgésia, ultrasonido, vibradores terapéuticos.
- **Crioterapia:** paquetes fríos.

El mantenimiento de los equipos debe llevarse a cabo periódicamente para evitar la ocurrencia de eventos adversos, lo cual se pueda evidenciar en las hojas de vida de los equipos, y sea objeto de verificación.

INFRAESTRUCTURA

La infraestructura estará circunscrita a cada servicio perteneciente al ámbito de rehabilitación funcional, debe contar con un espacio físico en el cual se puedan desarrollar las intervenciones y actividades relacionadas con cada disciplina, las cuales estarán acordes a los requerimientos según los niveles de atención; proyectándose hacia el cumplimiento del Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006, que trata de la verificación del cumplimiento de las condiciones para habilitación, así como la legislación vigente en materia de garantía de la calidad y promover un acercamiento a todas las características de accesibilidad de garantice espacios con diseño universales que incluyan a la población con o sin discapacidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

- El nivel I de atención debe garantizar que del **100%** de actividades e intervenciones que se llevan a cabo en las áreas de rehabilitación el **40%** de las actividades que se realiza en cada servicio de rehabilitación deben estar centradas en abordaje asistencial de usuario y el **60%** debe estar encaminado al desarrollo de actividades de promoción de la salud (en el ámbito de rehabilitación), prevención de la discapacidad y

rehabilitación con participación comunitaria, acorde a los lineamientos emitidos en el presente documento. Lo anterior, se evidenciará en los reportes de productividad así como el informe de actividades-procedimientos realizados periódicamente (mensuales) por cada una de las áreas.

- Otro de los énfasis que se trabajará en el I nivel de atención en el ámbito de rehabilitación es el seguimiento de caso como el mecanismo mediante el cual se lleva a cabo el fortalecimiento de las unidades de atención primaria, frente al seguimiento de la población con discapacidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a partir del momento en que el usuario culmina su proceso de rehabilitación en el II nivel y llega a su lugar de residencia, esto con el fin de documentar los procesos de seguimiento de la condición del usuario a partir de la perspectiva de salud, la funcionalidad (mantenimiento o la aparición de complicaciones secundarias a su patología inicial) y mantener una comunicación efectiva con los agentes sectoriales que apoyan el proceso de inclusión socio-laboral.

Es responsabilidad del ESM de referencia del II nivel o del CRI reportar y direccionar al usuario con discapacidad al ESM que corresponde a la ciudad de origen, este proceso debe estar liderado por el área de trabajo social tanto en los ESM de I como de II nivel, para llevar a cabo las anteriores actividades se requiere trazabilidad y continuidad en los procesos, por lo cual se sugiere que el profesional que desempeñe este cargo, garantice las características mencionadas.

II NIVEL DE ATENCIÓN

El propósito fundamental de los servicios de rehabilitación en los ESM correspondientes al II nivel de atención, está centrado en brindar procesos intensivos de rehabilitación funcional para lograr que el usuario recupere y desarrolle su máxima funcionalidad e independencia posible con una visión holística, así mismo, centrará sus esfuerzos en fortalecer y articular todos los componentes de la red de prestación de servicios. El II nivel de atención no excluye las actividades básicas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad propias de este nivel, a partir de la identificación oportuna de los riesgos, que pueden surgir posterior a una condición de deficiencia o discapacidad, como efectos secundarios, que aumentan la dicha condición. Desde esta perspectiva se abordan los diversos ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez), tipos de deficiencia (motor, visual, auditiva, mental, cognitiva y múltiple) acorde a las demandas de la población y sus requerimientos específicos.

El presente grado de atención involucra la intervención en rehabilitación que se desarrolla en los Hospitales Regionales (No contempla atención hospitalaria), servicios que cumplen con las especificaciones del II Nivel de atención y ESM como el Batallón de Sanidad y el CESAN, correspondiente a la organización del SSFM.

La atención en Rehabilitación del II Nivel implica servicios y tecnología de mediana complejidad y el enfoque de atención se centra en la persona con discapacidad.

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud en este nivel toma como base el mejoramiento de las condiciones de salud desde una perspectiva integral abordando holísticamente a la persona con discapacidad a partir de sus dimensiones, condiciones y requerimientos, con el fin de brindar alternativas adecuadas al contexto en el que se desenvuelve especialmente a partir de la esfera individual y familiar, dentro de las cuales que describen las siguientes entre otras:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
PROMOCIÓN DE LA SALUD	Fortalecer las estrategias para el mejoramiento de las condiciones de salud, a partir de los requerimientos particulares del usuario con discapacidad con un abordaje holístico desde la perspectiva de salud (acompañamiento psicológico, estrategias que faciliten la movilidad "manejo adecuado de órtesis y prótesis que incluyan las prótesis auditivas", estrategias encaminadas a la salud sexual y reproductiva, cuidado de la piel, nutrición, desempeño de tareas y actividades de la vida diaria, etc)
	Integrar a la familia en el proceso de rehabilitación mediante estrategias de asesoría capacitación y educación de la tarea que desempeña el cuidador
	Estrategias de sensibilización a los padres frente a los desafíos con relación a su labor en el desarrollo y acompañamiento continuo de los niños y jóvenes con discapacidad.
	Diseño e implementación de guías de atención y orientaciones técnicas básicas para la atención de pacientes, con base a las 10 primeras deficiencias que generan discapacidad y son abordadas en el ESM.
	Realizar investigación en la temática de rehabilitación y discapacidad para mejorar los procesos en la atención al personal en situación de discapacidad
	Diseñar estrategias encaminadas al personal Militar con discapacidad con el fin de desarrollar programas desde terapia ocupacional, que promuevan diferentes capacidades vocacionales, paralelas al proceso de rehabilitación, para ser desarrolladas como aprovechamiento del tiempo libre y nuevos aprendizajes mientras culmina su proceso de rehabilitación funcional en los diferentes ESM.
	Desarrollar campañas de sensibilización para promover cambios en el imaginario cultural frente a las personas con discapacidad, con el objetivo de favorecer los procesos de participación e inclusión social.
	Diseño y restructuración de programas específicos para la atención y rehabilitación funcional encaminado a grupos poblacionales y ciclos vitales con discapacidad.

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Esta dirigida a la prevención de deficiencias diferentes a las ya presentes y a disminuir la limitación en las actividades y restricción en la participación, encaminada los diversos ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez), tipos de deficiencia: motor, sensorial (visual y auditivo), mental, intelectual - cognitivo y múltiple, acordes a las demandas de la población y sus requerimientos específicos. A continuación se puntualizan las intervenciones en el ámbito de prevención de la salud, entre otras:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
-----------------	------------------------------

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD	Promover estudios epidemiológicos y estrategias de localización y caracterización de la población, orientados a conocer las causas que producen discapacidad y son abordados en los ESM pertenecientes a las regionales correspondientes
	Establecer estrategias encaminadas a la detección temprana de alteraciones secundarias o derivadas de una deficiencia funcional o estructural inicial y evitar la instauración de la limitación en la ejecución de las actividades. (úlceras, deformidades estructurales, posturas inadecuadas, lesiones o accidentes por el uso inadecuados de las ayudas técnicas, compromiso de otros sistemas y órganos, alteraciones emocionales y mentales, etc)
	Coordinar acciones con los programas de salud operacional, salud mental, salud Ocupacional, Salud Pública, entre otros, para la identificación oportunamente e intervenir los riesgos que aumenten la probabilidad de adquirir una discapacidad.

ATENCIÓN ASISTENCIAL los objetivos se centrará en la atención de usuarios que presenten condición de discapacidad (deficiencia funcional- anatómica, limitación en la actividad y restricción en la participación) en forma permanente, para lo cual se conformaran equipos interdisciplinarios, desarrollando procesos de diagnóstico-pronóstico (evaluación, intervención y re-evaluación) por medio del cual se decide el tratamiento a seguir, su intensidad y los logros que se esperan obtener en un período de tiempo determinado. Así mismo se llevaran a cabo procedimientos e intervenciones, como por ejemplo los que se describen a continuación y que tienen como base lo establecido en el Acuerdo 002 de 2001, del Ministerio de Defensa Nacional, la resolución 1896 del 2001 del Ministerio de Protección Social, Acuerdo 029 de 2011 de la CRES ó aquellas normas que lo modifiquen o adicionen:

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
	Sistema Auditivo • Procedimientos no quirúrgicos relacionados con el oído • Audiometría incluye: por técnicas como reactometría, por observación del comportamiento, por refuerzo visual, por juego condicionado, por comunicación funcional, o por tonos logaudiometría, medidas de puros aéreos y óseos con enmascaramiento; aquella para tamizaje auditivo en la población general como en protección de la salud de los trabajadores. • Imitancia acústica [impedanciometría] + incluye: timpanometría, gradiente, volumen físico del canal, complacencia y presión del oído medio • Medición del umbral del reflejo estapedial (ipsilateral y contralateral) • pruebas de contexto cerrado y contexto abierto (discriminación) incluye: evaluación de rehabilitación audiológica, en candidatos a implante coclear • Pruebas de desórdenes del procesamiento auditivo central incluye: pruebas de procesamiento temporal, pruebas de habla dicótica, pruebas de habla mononeurales de baja redundancia, pruebas de interacción binaural entre otras. • Pruebas de simulación y disimulación incluye: comparación del umbral de tonos puros con el umbral de reconocimiento del habla, retraso de la retroalimentación auditiva, prueba de stenger, prueba de lombard • Liberación y reposicionamiento canalicular [terapia de rehabilitación vestibular periférica] • Adaptación de prótesis y ayudas auditivas incluye: prótesis análogas, programables o digitales; audífonos entre otros • Evaluación y adaptación de prótesis y ayudas auditivas incluye: umbrales de molestia, incomodidad y dolor, con tonos y con habla, índices de discriminación, aplicación de cuestionarios de autoevaluación sobre el impacto comunicativo social y afectivo de la pérdida auditiva, toma de manejo de la prótesis y ayudas auditivas. Impresiones, entrenamiento en el manejo de prótesis y ayudas auditivas. • Monitoreo de prótesis y ayudas auditivas incluye: orientación, validación y seguimiento audiológico.
	Sistema visual • Medición de agudeza visual • Potenciales evocados visuales (uni o bilaterales) • Terapéutica ortóptica
	Sistema óseo y tegumentarios • Infiltración intra articular, bolsa sinovial, ligamentosa, neuroma o de punto muscular doloroso • inyección de material miorelajante (toxina botulínica)
	Procedimientos diagnósticos e intervenciones en desempeño funcional, rehabilitación y relacionados • Evaluación funcional métodos y estrategias para evaluar componentes cognitivos, sociafectivos y espirituales del desempeño. • Prueba de integración sensorial, Prueba cognitiva • Evaluación del desempeño ocupacional funcional incluye: evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas • Evaluación fonoaudiológica de desórdenes de lenguaje y voz incluye: pruebas de minnesota, dinamometría de desórdenes auditivos comunicativos, cognoscitivos comunicativos • Pruebas fonoaudiológicas de la comunicación funcional (habla) • Evaluación ortésica incluye: evaluación ortótica, de ferulaje • Evaluación protésica de extremidades • Pruebas manuales de función muscular: (balance muscular) incluye: métodos y estrategias para evaluar componentes fisiológicos de desempeño: actividad refleja, fuerza muscular, capacidad aeróbica y resistencia, mediciones corporales

ATENCIÓN ASISTENCIAL

- entre otros
- Pruebas de amplitud de movimiento: (balance articular)
- Medición de longitud de extremidades, mediciones corporales medición de circunferencia (de miembros)
- Electrodiagnóstico: Neuroconducción (cada nervio), Neuroconducción bilateral
- Electromiografía en cada extremidad (uno o mas músculos), en cara
- Reflejo h, f o palpebral
- Otros procedimientos diagnósticos en desempeño funcional y rehabilitación
- Laboratorio de marcha (**no incluido en el acuerdo 002 de 2001**)
- Aplicación de vendaje enyesado
- Aplicación o cambio de soporte cervical
- Aplicación o cambio de otra escayola + incluye: único procedimiento de atención de la herida y/o fractura para inmovilización y transporte; para tratamiento ortopédico de malformaciones congénitas y adquiridas (displasia uni o bilateral); con uso de acrílico, yeso o arnés excluye: la inmovilización realizada en el post operatorio inmediato
- Aplicación o cambio de yeso para inmovilización en miembro superior (excepto mano), miembro inferior (muslo, pierna, tobillo, pie)
- Aplicación de férula + incluye: único procedimiento de atención de la herida y/o fractura para inmovilización y transporte; en el manejo ortopédico de dedo en botonera, cuello de cisne, martillo o gatillo.

Terapia física

- **Terapia física integral incluye: actividades propias a ejecutar en los componentes sensorio-motores, cognocitivos, socioafectivos y espirituales del desempeño:**
- Diseño e implemento de programas de promoción y prevención.
- Ejercicios terapéuticos: ejercicio asistido, ejercicios activos, pasivos, activos asistidos, ejercicios isométricos, ejercicios de fortalecimiento, flexibilidad, estabilización pélvica y segmental en columna, ejercicios resistidos con elementos como bandas elásticas, pesas y otros, ejercicios de propiocepción.
- Ejercicio de Acondicionamiento físico: Mecanoterapia (Elíptica, banda sin fin, bicicleta estática, escalador, barras paralelas entre otros).
- Medios Físicos: Termoterapia, crioterapia, parafina.
- Electroterapia: Electroestimulación con diferentes tipos de corriente (tens, corriente premodulada, rusa, microcorrientes, travert y otras. Ultrasonido.
- Diatermia, laser, infrarojo entre otros
- Hidroterapia: piscina, tanque de Hoovard, tanques de remolino para miembro superior e inferior entre otros.
- Tracción Manual y mecánica
- Modalidades Cinéticas: Acondicionamiento físico, entrenamiento en habilidades funcionales (Coordinación, balance y equilibrio corporal).
- Terapia Manual: movilizaciones de las diferentes articulaciones y liberación manual de adherencias articulares, estiramiento de musculo, tendón o fascia.
- Manipulaciones de segmentos corporales.
- Marcha y reentrenamiento en marcha con o sin ayudas externas.
- Manejo de tejidos blandos: masaje, digitopresión, fricción transversa entre otros
- Entrenamiento en el uso de ortesis especialmente las de miembro inferior y prótesis.
- Otros procedimientos terapéuticos en fisioterapia.
- Utilización de maquinas de presión intermitente e indicación de medias antiembolicas entre otros.
- Drenaje linfático.
- Terapia de integración sensorial incluye: aplicación de técnicas de masoterapia entre otros.

- Educación en cuidados de la herida.
- Educación en medidas antiedema.
- Aplicación de vendajes y educación al paciente.
- Tratamiento manipulativo osteopático para movilización general (tratamiento general de articulaciones, se pueden emplear fuerzas de alta velocidad y baja amplitud, fuerzas de baja velocidad y alta amplitud, fuerzas indirectas).
- Inmovilización o manipulación articular inespecífica
- Estimulación temprana
- Programas de psicoprofilaxis

Rehabilitación del habla, del lenguaje y la comunicación

Terapia fonoaudiológica Integral

- Terapia fonoaudiológica integral incluye: aquella para problemas de lenguaje, habla, audición o comunicación.
- terapia fonoaudiológica para problemas evolutivos y adquiridos del lenguaje oral y escrito
- Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia incluye: patrones miofuncionales, oro faciales y función deglutoria entre otros.
- Terapia fonoaudiológica para desordenes auditivos comunicativos, desordenes cognitivo comunicativo.
- Otro entrenamiento y terapia del habla incluye: comunicación aumentativo y alternativo entre otros
- Otro adiestramiento y terapia del habla
- Rehabilitación del habla y de lectura y rehabilitación de ciegos
- Educación en escritura braille

Terapia ocupacional

incluye: aquellos procedimientos e intervenciones para la protección de salud de los trabajadores

- Terapia ocupacional integral determinación terapéutica en los componentes sensorio-motores, cognoscitivo, socioafectivos y ergonómicos para entrenamiento funcional e integración laboral, social y familiar y en uso de tecnología de rehabilitación.
- Entrenamiento funcional en autocuidado (actividades básicas cotidianas)
- Terapia ocupacional en manejo adecuado de tiempo libre y juego
- Entrenamiento funcional en integración laboral y social
- Rehabilitación profesional [vocacional] familiar, escolar y/o laboral
- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad (física, sensorial o mental) incluye: la combinación de conocimientos y técnicas interdisciplinarias susceptibles de mejorar el pronóstico funcional; el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a desarrollar o restaurar la función física, mental o social.
- Terapia ocupacional terapia de actividades de vida diaria
- Terapia recreativa terapia de diversión terapia de juego excluye: psicoterapia de juego

Rehabilitación funcional

- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad transitoria leve incluye: intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo máximo **de seis semanas** con participación de un equipo mínimo y ponderado de dos terapeutas y un especialista.
- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad transitoria moderada incluye:

intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo mínimo **de seis semanas y máximo de diez semanas**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de dos terapeutas y un especialista.

- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad transitoria severa incluye: intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo mínimo de **veintiún semanas y máximo de treintaiocho semanas**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de tres terapeutas y un especialista
- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad definitiva leve autogestión en un tiempo máximo de **tres meses**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de dos terapeutas y un especialista.
- rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad definitiva moderada incluye: intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo **mínimo de tres meses y máximo de seis meses**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de tres terapeutas y un especialista
- Rehabilitación funcional de la deficiencia/discapacidad definitiva severa incluye: intervención interdisciplinaria con énfasis en educación y autogestión en un tiempo **mínimo de nueve meses y máximo de quince meses**, con participación de un equipo mínimo y ponderado de tres terapeutas y un especialista
- Otra rehabilitación para ciegos, mental

Procedimientos relacionados con la psique

- Valoración por psicología, psiquiatría
- Psicoterapia individual por psiquiatra, psicólogo
- Psicoterapia de grupo por psiquiatra, psicólogo
- Psicoterapia de pareja por psiquiatra
- Evaluación y pruebas psicológicas
- Evaluación en alteraciones emocionales y/o de conducta
- Administración [aplicación] de prueba neuropsicológica
- Determinación del estado mental psicológico excluye: la entrevista, evaluación o valoración realizada en la consulta por psicología
- Entrevistas, consultas y evaluaciones psiquiátricas
- Determinación del estado mental psiquiátrico
- Evaluación de salud mental por equipo interdisciplinario
- Somatoterapia psiquiátrica
- Psicoterapia incluye: aquella para el control de factores de riesgo, psicosociales en la protección de la salud de los trabajadores, como el manejo del conflicto y la negociación, comunicación efectiva, incremento de autoestima, entre otras estrategias
- psicoterapia individual por psiquiatría
- Intervención en crisis
- otras modalidades terapéuticas en salud mental
- Psicoterapia de pareja por psiquiatría, psicología
- Psicoterapia familiar
- Psicoterapia de grupo por psiquiatría, por psicología

Consulta, Monitorización y procedimientos

Consulta descrita como global o de primera vez incluye: entrevista, evaluación, valoración o consulta: anamnesis, toma de signos vitales, examen físico o evaluación de todos los sistemas o del sistema pertinente al motivo de consulta y la especialidad; en cualquier fase de

la atención: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación integral

Consulta de control o de seguimiento + incluye: entrevista, evaluación, valoración o consulta limitadas: para un problema ya conocido, sobre un sistema o un órgano específico, para seguimiento en cualquier atención integral durante las fases de promoción de la salud y/o prevención de la enfermedad. excluye: evaluación ortóptica/pleóptica(9501, evaluación de baja visión

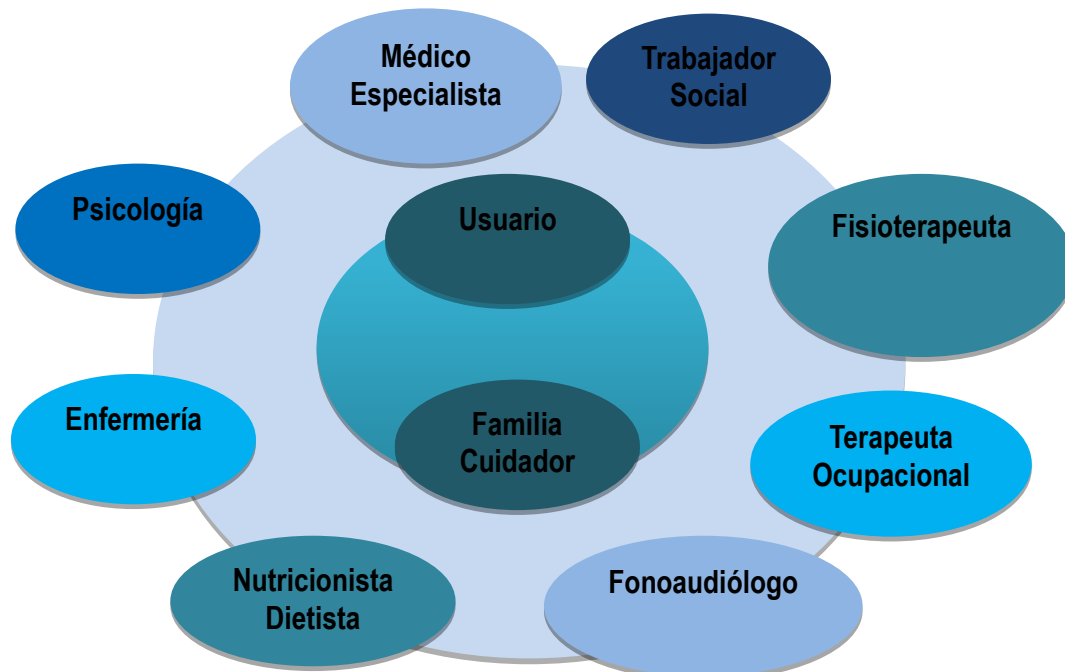
Interconsulta incluye: acto mediante el cual un especialista u otro profesional de la salud a solicitud del médico tratante (general o especialista), emite opinión diagnóstica o terapéutica sin asumir la responsabilidad directa en el manejo del usuario, tanto en el ámbito ambulatorio como intrahospitalario.

Junta médica incluye: órgano consultivo conformado por profesionales médicos especialistas (mínimo tres), a fin de dictaminar sobre la conducta a seguir con los usuarios, para establecer un diagnóstico o acción terapéutica. aquellas juntas de calificación de pérdida de capacidad laboral:

- Participación en junta médica, por medicina especializada y caso (paciente)
- Participación en junta médica, por otro profesional de la salud y caso (paciente)

RECURSO HUMANO

Los ESM catalogados en II nivel de atención deberán contar con un equipo interdisciplinario de rehabilitación, conformado **por uno o más profesionales de** cada una de las siguientes especialidades y disciplinas: Fisiatría, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología, Terapia ocupacional, Trabajo social y Nutrición, estos últimos pueden contar con experiencia o especialización en áreas específicas en el ámbito asistencial acorde a los procedimientos que se plantea para el II nivel de rehabilitación y contando con especialidades de apoyo como ortopedia, neuropediatría, neurología, psiquiatría y urología, entre otras. En áreas técnicas se hallan los técnicos prótesis y órtesis. Los profesionales que conforman el equipo tendrán comunicación directa e interacción para lograr un proceso de rehabilitación efectivo a partir de las diferentes miradas acorde a las características clínicas, funcionales y los logros alcanzados en el proceso de rehabilitación funcional en términos de capacidades, habilidades de los usuarios con discapacidad



La coordinación del área de rehabilitación debe ser liderada por un fisiatra o un profesional perteneciente alguna de las áreas de rehabilitación, quien será la persona con la competencia de dirigir los procesos y asumir el liderazgo de las actividades y procedimientos que se lleven a cabo en el ESM en el ámbito de rehabilitación. Así mismo, será el líder designado para coordinar las acciones con la Dirección de Sanidad correspondiente, frente a la generación de los reportes estadísticos indispensables para la toma de decisiones y planeamientos futuros en el tema de rehabilitación. Dentro de las funciones del Coordinador de Rehabilitación como figura fundamental que garantiza la trazabilidad de los procesos se encuentran:

- Elaborar el plan de compras y plan de acción con base al perfil epidemiológico del ESM, con el fin de garantizar el buen desarrollo del Programa de Rehabilitación y Discapacidad.
- Desarrollar el plan de capacitación y actualización en rehabilitación en coordinación con las áreas de Salud Pública, Salud Mental, Salud Operacional y Salud Ocupacional, entre otras, acorde a los perfiles y competencias del personal que labora en los ESM.
- Desarrollar campañas educativas y de sensibilización en los ESM, para promover cambios en el imaginario cultural, frente a las personas con discapacidad, con el objetivo de favorecer los procesos de participación social así como la sensibilización para alertar sobre los riesgos de adquirir condiciones de discapacidad o su cronificación cuando ya es adquirida
- En coordinación con las áreas de Salud Pública, Salud Mental, Salud Operacional y salud ocupacional, articular acciones y programas a desarrollar por los Establecimientos de Sanidad Militar en promoción de la salud, prevención de la discapacidad y atención asistencial en rehabilitación.
- Desarrollar proyectos de investigación en la temática de Rehabilitación y Discapacidad, con el fin de mejorar los procesos de atención al personal con discapacidad.
- En coordinación con el profesional responsable de liderar los procesos de administración y gestión estadística, elaborar, analizar y presentar periódicamente los informes y consolidados de la población en situación de discapacidad PERMANENTE y el personal que accede al servicio por una lesión TEMPORAL del personal activo, pensionado, retirado y beneficiario según ciclo vital.
- Elaborar y analizar el perfil epidemiológico en discapacidad del Establecimiento de Sanidad Militar, y establecer las acciones correctivas y nuevas estrategias para la prevención de la discapacidad y la prestación de los servicios de salud.
- Elaborar informe encaminado a determinar la relación de los pacientes y el suministro de ayudas técnicas.
- Coordinar esfuerzos con las oficinas de comunicación de cada Unidad, con el fin de promover la divulgación del programa y de las actividades realizadas, por medio de la implementación de diversas estrategias de comunicación (correo institucional, medios escrito, afiches, plegables, emisora, etc.)

- Realizar el seguimiento, evaluación y control de la red interna y externa prestadora de servicios de rehabilitación a cargo del Establecimiento, para la atención del personal en condición de discapacidad física, mental, sensorial (auditiva – visual), motora y cognitiva - intelectual.
- Realizar la actualización y seguimiento a los procesos de suministro, uso, mantenimiento, reposición y control de los elementos protésicos, ortésicos y ayudas externas, según prescripción médica y en cumplimiento a normatividad vigente.
- Establecer y presentar un plan de necesidades de infraestructura del ESM, con el fin de cumplir con las normas de accesibilidad para el personal con discapacidad.
- Coordinar la aplicación del instrumento de las actividades de la vida diaria AVD y establecer en conjunto con el equipo interdisciplinario, el paciente y/o cuidador, los objetivos del plan de tratamiento.
- En coordinación con la Dirección de Sanidad correspondiente establecer alianzas estratégicas con dependencias internas de la Fuerza (Personal, Bienestar, entre otras) y entidades externas (Fundaciones, Organizaciones No Gubernamentales –ONG, entre otras), para desarrollar actividades encaminadas al usuario con deficiencia con discapacidad, así como, la intervención del entorno inmediato, apoyando así su proceso de rehabilitación, por medio de actividades deportivas, recreativas y culturales.
- Diligenciar la matriz de reporte de información de la población con discapacidad del SSFM.

DOTACIÓN DE EQUIPOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS

El uso de tecnología de mediana complejidad debe estar acorde a los procedimientos e intervenciones que se llevan a cabo, ya que implica el desarrollo de modalidades terapéuticas como mecanoterapia, hidroterapia, Electroterapia que serán claves en el éxito de la rehabilitación funcional. En el marco de las anteriores modalidades se encuentran los siguientes equipos:



- **EQUIPOS DIAGNÓSTICOS:** Electromiógrafo y potenciales evocados, Laboratorio de marcha, cabina sonoamortiguada, Otoscopio, espéculos, curetas de oído, Audiómetro de vía aérea para actividades de tamizaje, Diapasones, Audiómetro con vía aérea, vía ósea y Logaudiometría para actividades diagnósticas, Impedanciómetro, etc.
- **MECANOTERAPIA:** Bicicleta estática, elíptica, cicloergómetro, banda sin fin, estaciones multifuerza.
- **ELECTROTERAPIA:** Electroestimulador, ultrasonido, laser, electroestimuladores, biofeedback, terapia combinada, movilizadores pasivos continuos, entre otros.
- **HIDROTERAPIA:** tanques de remolino, piscina terapéutica, tanques de parafina, etc.
- **OTROS EQUIPOS:** Simuladores de actividades básicas cotidianas y de trabajo, tracción eléctrica.

CONSIDERACIONES:

- La utilización de los equipos de los diferentes servicios deben contar con las condiciones técnicas de calidad y su respectivo soporte técnico científico.
- A nivel de los consultorios de los profesionales deberán cumplir con la dotación exigida para el funcionamiento del consultorio de medicina general o de fisioterapia en el caso que ofrezca esa consulta.
- Para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología y terapia del lenguaje, deberán contar con los equipos necesarios de acuerdo con el tipo de terapia, definidos por los niveles de atención en los ESM acorde a los procedimientos e intervenciones correspondientes.
- El mantenimiento de los equipos biomédicos eléctricos o mecánicos, estará sujeto a un programa de revisiones periódicas de carácter preventivo, correctivo y calibración de equipos, cumpliendo con los requisitos e indicaciones dadas por los fabricantes y con los controles de calidad, de uso corriente en los equipos que aplique. Lo anterior, deberá estar consignado en la hoja de vida del equipo. Este mantenimiento preventivo y correctivo debe realizarse por profesionales en áreas relacionadas o técnicos con entrenamiento certificado específico o puede ser contratado a través de proveedor externo.

INFRAESTRUCTURA

La infraestructura estará circunscrita a cada servicio perteneciente al ámbito de rehabilitación funcional, contando con un espacio físico en el cual se puedan desarrollar las intervenciones y actividades relacionadas con cada disciplina, las cuales estarán acordes a los requerimientos según los niveles de atención; las cuales estarán acordes a los requerimientos según los niveles de atención; proyectándose hacia el cumplimiento del Anexo Técnico No 1 de la Resolución 1043 de 2006, que trata de la verificación del cumplimiento de las condiciones para habilitación, así como la legislación vigente en materia de garantía de la calidad y promover un acercamiento a todas las características de accesibilidad de garantice espacios con diseño universales que incluyan a la población con o sin discapacidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

- El nivel II de atención debe garantizar que del **100%** de actividades e intervenciones que se llevan a cabo en las áreas de rehabilitación el **70%** de las actividades que se realiza en cada servicio y deben estar centradas en abordaje asistencial del usuario y el **30%** debe estar encaminado al desarrollo de actividades de promoción de la salud (en el ámbito de rehabilitación), prevención de la discapacidad y rehabilitación con participación comunitaria, acorde a los lineamientos emitidos en el presente documento. Lo anterior, se evidenciará en los reportes de productividad así como el informe de actividades-procedimientos realizados periódicamente (mensuales) por cada una de las áreas.
- Es responsabilidad del ESM de referencia del II nivel reportar y direccionar al usuario con discapacidad al Centro de Rehabilitación e Inclusión Social (CRIS) o al I nivel de atención, según sea el caso, con el fin de complementar la inclusión socio- laboral y la trazabilidad o seguimiento de caso.
- Se conformará el **EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES EN REHABILITACIÓN**, el cual se concibe como la instancia de profesionales formados en diferentes disciplinas y experiencias con idoneidad en el ámbito de rehabilitación, que operan articuladamente con el fin de:
 - Desarrollar abordajes y tratamientos en el ámbito de rehabilitación funcional desde una mirada holística, en donde se evidencie la intervención y complementariedad de cada disciplina con el fin de generar un abordaje efectivo en las actividades de la vida diaria, en el usuario con discapacidad
 - Desarrollar las valoraciones y evaluaciones periódicas de los usuarios con discapacidad, que permitan evidenciar la evolución e impacto de rehabilitación funcional en el individuo.
 - Definición de metas a corto, mediano y largo plazo en el proceso de rehabilitación del paciente.
 - Establecer por parte del equipo interdisciplinario un diagnóstico-pronóstico (evaluación, intervención y re-evaluación) por medio del cual se decide el tratamiento a seguir, su intensidad y los logros que se esperan obtener en un período de tiempo determinado.
 - Realizar las valoraciones finales de los usuarios a partir de las capacidades y habilidades adquiridas en el proceso rehabilitación funcional de los usuarios con discapacidad (personal Militar) para el ingreso a la fase de inclusión.

Los ESM de referencia en las 6 regionales, correspondientes a los II niveles de atención serán los responsables administrativamente de la gestión de la contratación con la red externa y el seguimiento de los usuarios con discapacidad en dichas entidades, este tipo de gestión será reportado a las Direcciones de Sanidad Ejército, Armada y Fuerza Aérea. Lo anterior, abarca los contratos de las instituciones para el

programa de niños, niñas, y adolescentes con discapacidad y la contratación de centros con servicios especializados en rehabilitación y cuidado intermedio.

- La inclusión de los pacientes que requieran atención en unidad de cuidado intermedio serán valorados y evaluados según criterios técnicos-científicos por el equipo interdisciplinario del ESM de referencia, tomando como base la regional a la que pertenece.
- Los ESM de referencia en las 6 regionales, correspondientes a los II niveles de atención serán los responsables del desarrollo de programas para el aprovechamiento del tiempo libre del personal militar y el desarrollo de nuevas habilidades, paralelos a la implementación de la etapa de rehabilitación, en las que se promuevan actividades vocacionales, deportivas, artísticas lideradas por el área de terapia ocupacional, durante el tiempo que no se desarrollan actividades relacionadas con el proceso de rehabilitación.
- Los ESM de referencia en las 6 regionales, correspondientes a los II niveles de atención serán los responsables de liderar el proceso de rehabilitación del personal amputado en sus tres fases (pre-protésica, protésica y post-protésica) con el respectivo seguimiento de los casos, la entrega oportuna de los aditamentos y el proceso de acople-adaptación de la prótesis a corto, mediano plazo así como los pacientes con trauma raquímedular y patología neurológica.
- Desde el ámbito del área de salud mental (psiquiatría y psicología) es vital el fortalecimiento al proceso de rehabilitación realizando actividades como :Evaluaciones en el área intelectual, psicomotor, personalidad y cognitiva; psicoterapia; actividades lúdico-recreativas y de estimulación cognitiva, destinadas a mejorar la capacidad de atención, memoria y concentración, permitiendo realizar otras actividades superiores, evaluaciones psicométricas, emocionales, cognitivas y de desarrollo psicomotor., psicoterapias a los pacientes, así como talleres psicoeducativos a los menores y a sus familiares, orientación a los padres en cuanto a la crianza, estimulación y proceso de rehabilitación de los menores.
- Presentar informes periódicamente del personal con discapacidad de los Establecimientos de Sanidad Militar, ante las Direcciones de Sanidad de su respectiva Fuerza, para determinar las acciones correctivas y nuevas estrategias para la prestación de los servicios de salud, Mantener actualizado y consolidado los procesos individualizados y asimismo, presentar informes de los programas y actividades que se estén desarrollando con el objeto de evaluar la gestión e impacto de los mismos.
- Verificar la aplicación de las guías de manejo o las orientaciones técnica básica para la atención de pacientes con deficiencias a nivel de cada ESM de acuerdo a la morbilidad y a las características de la población del Subsistema de Salud.
- Realizar investigación en la temática de rehabilitación y discapacidad para mejorar los procesos en la atención al personal en situación de discapacidad.
- Proceso de suministro y adaptación de ayudas técnicas.
- Articular la fase de rehabilitación funcional que desarrolla el Subsistema con la fase de inclusión socio - laboral que desarrolla el Ministerio de Defensa Nacional – Fuerzas Militares.

III NIVEL DE ATENCIÓN

El III nivel de atención centra las actividades en el cuidado de las personas en los momentos críticos, lesiones o enfermedades agudas de alta complejidad. Sus acciones contemplan la atención intra-hospitalaria en la que se requiere la participación de los servicios de rehabilitación, con las competencias para el abordaje terapéutico en deficiencias anatómicas y/o fisiológicas que pueden generar una discapacidad. Asimismo, se adelantan acciones de prevención terciaria, encaminada a reducir complicaciones, prevenir la muerte y tendientes a mejorar el estado de salud dentro la condición en la que se encuentra el usuario en los diferentes ciclos vitales (infancia, juventud, adultez y vejez), tipos de deficiencia (motor, sensorial (visual, auditiva), mental, intelectual - cognitiva y múltiple) y acorde a las demandas de la población y sus requerimientos específicos.

Se tratan de servicios que hacen parte de Hospitales o Centros de III ó IV nivel, donde los profesionales que participan son especializados en aspectos específicos relacionados con las características de las deficiencias y discapacidades que atienden, así mismo la tecnología es de alta complejidad y la atención se centra en el paciente.

ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS

Las actividades que se llevarán a cabo en ESM deben estar acordes con el III grado de atención, las cuales se desarrollaran en el Hospital Naval de Cartagena, Hospital Militar y Hospitales correspondientes a la red externa que cumplan con los requerimientos.

LINEA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
-----------------	------------------------------

	Sistema Nervioso-tratamiento de dolor • Neurolisis de raíces espinales • Inserción de catéter en canal espinal para infusión de sustancia terapéutica o paliativa incluye: infusión continua o intermitente de medicación (con la creación de algún reservorio) para dolor crónico, post amputación de miembro, con fines analgésicos o anestésicos, simultáneo: cualquier implantación o bomba de infusión • inserción de catéter epidural en canal espinal con puerta de entrada implantable para infusión de sustancia terapéutica o paliativa • Inserción de catéter subaracnoideo en canal espinal para infusión de sustancia terapéutica o paliativa • Inyección de anestésico en el canal espinal incluye: aquel por dolor crónico, o post amputación de miembro entre otros, con fines analgésicos o anestésicos. • Implantación de electrodos o receptor de neuroestimulacion espinal, intradural, por laminectomia • Implantacion de electrodos o receptor de neuroestimulacion espinal, vía percutánea • Retiro neuroestimulador espinal • Retiro de electrodos y/o receptor de neuroestimulacion espinal • Neurolisis de nervio periférico • Inyección de anestesia dentro de nervio periférico con fines analgésicos incluye: aquella en nervios intercostales excluye: aquella para anestesia operativa-omitir código • Inyección de anestesia en nervio de faceta articular vertebral con fines analgésicos • Inyección de anestésico en nervio simpatico + incluye: aquella con fines analgésicos o anestésicos • Inyección de anestésico en nervio simpático • Bloqueo de nervio simpático único • Bloqueo de plejo braquial, plejo lumbosacro, seno carotideo, de unión mioneural • Bloqueo paracervical bilateral • Bloqueo del simpático presacro (ganglio impar de walter) • Gangliolisis en ganglios simpaticos, por radiofrecuencia o fenolizacion • Gangliolisis en ganglio del v par (gasser) por radiofrecuencia o fenolizacion
	Sistema visual • Evisceración del globo ocular con implante Potenciales evocados visuales (uni o bilaterales) • Adaptación de protesis oculares
	Sistema auditivo • Implantación o sustitución de prótesis coclear incluye: mastoidectomia • Inserción de prótesis coclear de canal único, de canal múltiple • Audiometría de tallo cerebral • Potenciales evocados auditivos + incluye: potenciales evocados auditivos con curva función intensidad-latencia de onda v (umbrales electrofisiológicos con estímulo click), de estado estable, multifrecuencia, de latencia media (amrl), respuesta auditiva tardía (latencia larga arl), respuesta p300 o respuesta de discordancia de la negatividad (mmn) • Potenciales evocados auditivos de tallo cerebral incluye: potenciales evocados auditivos de tallo cerebral transientes, (bera click con técnica de sitio de lesión), o de alta rata (prueba de habituación).
	Procedimientos diagnósticos • Electromiografía con electrodo de fibra única • Electromiografía laríngea • Test de lambert • Reflejo trigémino facial • Potenciales evocados (visual, auditivo o somatosensorial)

	• Test de fibra única • Test con tensilón • Electromiografía laríngea
ATENCIÓN ASISTENCIAL	Procedimientos diagnósticos e intervenciones en desempeño funcional, rehabilitación • Evaluación del desempeño ocupacional funcional incluye: evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas • Evaluación fonoaudiológica de desordenes de lenguaje y voz incluye: pruebas de minnesota, dinamometría de desordenes auditivos comunicativos, cognoscitivos comunicativos • Pruebas fonoaudiológicas de la comunicación funcional (habla) • Evaluación ortésica incluye: evaluación del ferulaje • Pruebas manuales de función muscular: (balance muscular) incluye: métodos y estrategias para evaluar componentes sensiomotores de desempeño: actividad refleja, fuerza muscular, capacidad aeróbica y resistencia, mediciones corporales entre otros • Pruebas de amplitud de movimiento: (balance articular) • Medición de longitud de extremidades • Mediciones corporales medición de circunferencia (de miembros) • Otros procedimientos diagnósticos en desempeño funcional y rehabilitación
	Terapia física • Ejercicios terapéuticos: ejercicio asistido, ejercicios activos, pasivos, activos asistidos, ejercicios isométricos, ejercicios de fortalecimiento, flexibilidad, estabilización pélvica y segmental en columna, ejercicios resistidos con elementos como bandas elásticas, pesas y otros, ejercicios de propiocepción. • Ejercicio de Acondicionamiento físico: Mecanoterapia (Elíptica, banda sin fin, bicicleta estática, escalador, barras paralelas entre otros). • Medios Físicos: Termoterapia, crioterapia, parafina. • Electroterapia: Electroestimulación con diferentes tipos de corriente (tens, corriente premodulada, rusa, microcorrientes, travert y otras. Ultrasonido. • Diatermia, laser, infrarojo entre otros • Hidroterapia: piscina, tanque de Hoovard, tanques de remolino para miembro superior e inferior entre otros. • Tracción Manual y mecánica • Modalidades Cinéticas: Acondicionamiento físico, entrenamiento en habilidades funcionales (Coordinación, balance y equilibrio corporal). • Terapia Manual: movilizaciones de las diferentes articulaciones y liberación manual de adherencias articulares, estiramiento de musculo, tendón o fascia. • Manipulaciones de segmentos corporales. • Marcha y reentrenamiento en marcha con o sin ayudas externas. • Manejo de tejidos blandos: masaje, digitopresión, fricción transversa entre otros • Entrenamiento en el uso de ortesis especialmente las de miembro inferior y prótesis. • Otros procedimientos terapéuticos en fisioterapia. • Utilización de maquinas de presión intermitente e indicación de medias antiembolicas entre otros. • Drenaje linfático. • Terapia de integración sensorial incluye: aplicación de técnicas de masoterapia entre otros. • Educación en cuidados de la herida. • Educación en medidas antiedema. • Aplicación de vendajes y educación al paciente. • Tratamiento manipulativo osteopático para movilización general (tratamiento general de articulaciones, se pueden emplear fuerzas de alta velocidad y baja amplitud,

	fuerzas de baja velocidad y alta amplitud, fuerzas indirectas). • Inmovilización o manipulación articular inespecífica Rehabilitación del habla, del lenguaje y la comunicación Terapia fonoaudiológica Integral • Terapia fonoaudiológica integral incluye: aquella para problemas de lenguaje, habla, audición o comunicación. • terapia fonoaudiologica para problemas evolutivos y adquiridos del lenguaje oral y escrito • Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia incluye: patrones miofuncionales, orofaciales y función deglutoria entre otros. • Terapia fonoaudiológica para desordenes del habla, voz, fluidez, articulación, resonancia • Terapia fonoaudiológica para desordenes auditivos comunicativos , cognitivo comunicativo. Rehabilitación • Rehabilitación pulmonar • Terapia de rehabilitación pulmonar • Rehabilitación cardiaca • Terapia de rehabilitación cardiaca • Oxigenación hiperbárica • Otra terapia con oxigeno (efecto citoreductivo, oxigenadores, terapia catalitica por oxigeno, terapia con oxigeno • Cámara de descompresión • Otro control de presión y composición atmosférica (terapia con helio y aire acondicionado libre de antígenos) Procedimientos relacionados con la psique • Psicoterapia de pareja por psicólogo, sesión • Psicoterapia de familia, sesión • Examen psicopedagógico • Test de rorschach • Inventario de personalidad (mmpi) • Pruebas de percepción temática (cat o tac) • Escala de weschler para niños y adultos • Escala infantil de inteligencia therman • Terapia electroconvulsiva, sesión (sin anestesia ni relajante) Monitorización y procedimientos • Cuidado (manejo) y asistencia intrahospitalaria incluye: aquella atención diaria al paciente internado, utilizando métodos como las rondas, revistas entre otros., realizada en cualesquier servicio. • cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada • Asistencia intrahospitalaria por psicología • Asistencia intrahospitalaria por trabajo social + incluye: asesoría y orientación, reubicación extrainstitucional de pacientes internados en los casos críticos identificados • Asistencia intrahospitalaria por terapia foniatría y fonoaudiología, terapia física, terapia ocupacional • Asistencia intrahospitalaria por equipo interdisciplinario • Junta médica incluye: órgano consultivo conformado por profesionales médicos especialistas (mínimo tres), a fin de dictaminar sobre la conducta a seguir con los usuarios, para establecer un diagnostico o acción terapéutica. aquellas juntas de calificación de pérdida de capacidad laboral
--	--

RECURSOS HUMANOS

Los ESM catalogados en III ó IV grado de complejidad deberán contar con un equipo conformado **por uno o más profesionales, especialistas y supraespecialidades** de cada una de las siguientes disciplinas: Ortopedia, Fisiatría, Neurología, psiquiatría, Neuropediatría, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Terapia ocupacional, Nutrición, Psicología y/o Trabajo social, entre otras.

ESTRATEGIA 2: RED DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN SSFM

El Subsistema de Salud de las Fuerzas, actualmente cuenta con 91 de ESM (74 EJC, 11 ARC Y 6 FAC) que prestan dos o más servicios de rehabilitación, los cuales se convierten en medios de intervención para llegar a los usuarios con deficiencia y discapacidad del SSFM.

Tomando como base este panorama, se plantea el funcionamiento de la red de prestación de servicios en rehabilitación, acorde a las actividades de los niveles de complejidad y a la categorización por tipo de ESM, que plantea el Acuerdo No 004 de 1997, buscando de esta forma descentralizar los servicios y reorganizar las actividades – procedimientos, acorde a la referencia que se debe llevar a cabo del I y II grado de complejidad, con el fin de suministrar servicios de rehabilitación accesibles, que se ajusten a las necesidades de los usuarios y dando cumplimiento a los principios de igualdad, equidad y eficiencia. Para lograr la organización del sistema, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Promover la organización de los ESM, acorde a las actividades y procedimientos establecidos tanto para el I y II grado de complejidad, así como el flujo de referencia (envío de usuarios del SSFM por parte de un ESM, a otro de mayor nivel de complejidad o en dado caso a IPS externas que se encuentren habilitados para la atención, con el fin de dar respuesta a las necesidades desde el ámbito de rehabilitación).
- Implementar el planteamiento de regionalización expuesto en el portafolio de servicios del SSFM, frente a la referencia de los ESM de I grado de complejidad hacia los de II grado de complejidad, correspondiente a la circunscripción a la que pertenecen los ESM, según las 7 (siete) regionales (norte, nor-orienté, sur-orienté, sur-occidente, centro, Bogotá, sur y nor-occidente). Solo se recurrirá a los ESM de otras regionales cuando sea estrictamente necesario.

- Desarrollar el concepto de integración funcional, en las Fuerzas Militares (EJC, ARC Y FAC), con el fin de lograr el aprovechamiento de la red de servicios en rehabilitación, así como generar economías de escala en los procesos de contratación con la red externa.

El siguiente cuadro muestra los ESM que cuentan con servicios de rehabilitación adicionalmente en el anexo 2, se plantearan los ESM estableciendo los servicios que se prestan por la red externa contratada:

ESM QUE CUENTAN CON SERVICIOS DE REHABILITACIÓN EN SSFM

FUERZA	ENFERMERIAS	DISPENSARIOS	HOSPITAL REGIONAL
EJÉRCITO	52	17	5
ARMADA	5	4	1
FUERZA AEREA	-	6	-
TOTAL	58	27	6

La operativización de la red se centra principalmente en realizar la referencia de usuarios que presenten discapacidad permanente a los ESM categorizados en el II grado de complejidad o red externa contratada, en donde se puede llevar a cabo el abordaje acorde a las necesidades del usuario y a las características de la intervención que requiere.

Por el contrario, el abordaje del usuario en los ESM categorizados en el I grado de complejidad, se realizara cuando el usuario presente una deficiencia temporal, en donde no se requiere un nivel de complejidad tan alto. Y la remisión de un grado de mayor complejidad a menor grado de complejidad se llevará a cabo, cuando el usuario con discapacidad finalice la intervención en la etapa aguda y regrese a su lugar de residencia o de origen, en donde se ejecutarán procedimientos e intervenciones de mantenimiento, seguimiento y rehabilitación con participación comunitaria.

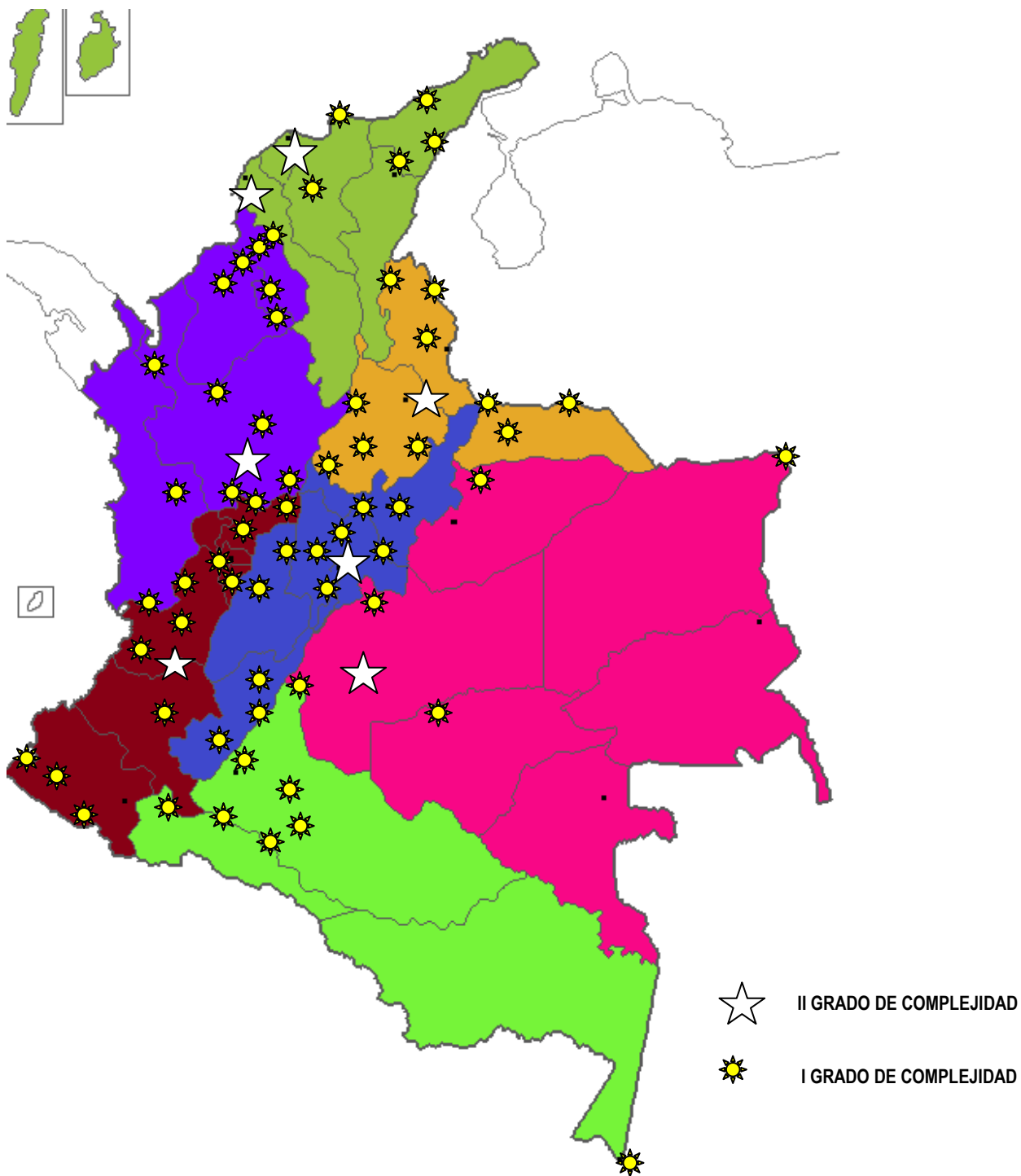
En el portafolio de servicios del Ejército se evidenció que existen algunos ESM que cuentan servicios que no están acordes a los niveles de complejidad, por lo cual, en el anexo 2 se reflejan, ESM denominados II BASICO, catalogado como dispensario que tienen especialidades médicas que corresponden al hospital regional, por lo cual para efectos del presente documento y un futuro el II BASICO, se debe convertir en I grado de complejidad, es decir dispensario, enfermerías o consultorios, en donde las especialidades deben estar presentes en los hospitales regionales. A Continuación se presenta la georefenciación de la red de prestación de servicios en rehabilitación del SSFM:

Niveles de atención aplicada al ámbito de rehabilitación funcional

Nivel de atención I	Nivel de atención I	Nivel de atención II	Nivel de atención III y IV
Consultorio, Enfermería y Punto de Atención Básica. Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad,	Dispensarios Rehabilitación Básica Implica: servicios de rehabilitación de baja complejidad con la participación de por lo menos dos o más	Hospital Regional FF.MM o Centros Especializadas El uso de tecnología es de mediana complejidad, con la participación de: terapia ocupacional, fisioterapia, terapia del lenguaje, psicología, trabajo	III (Hospital de Referencia) y IV (Enfermedades catastróficas) Los procesos de rehabilitación se prestarán en los servicios intrahospitalarios especializados.

discapacidad y rehabilitación con participación comunitaria.	profesionales de las siguientes disciplinas: Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Fonoaudiología, Psicología, Terapia ocupacional ó Trabajo social	social, enfermería, nutrición, ortopedia, fisiatría y otras especialidades médicas deben ser contratadas con red externa de acuerdo a la morbilidad de la población.
--	---	--

GEOREFERENCIACION

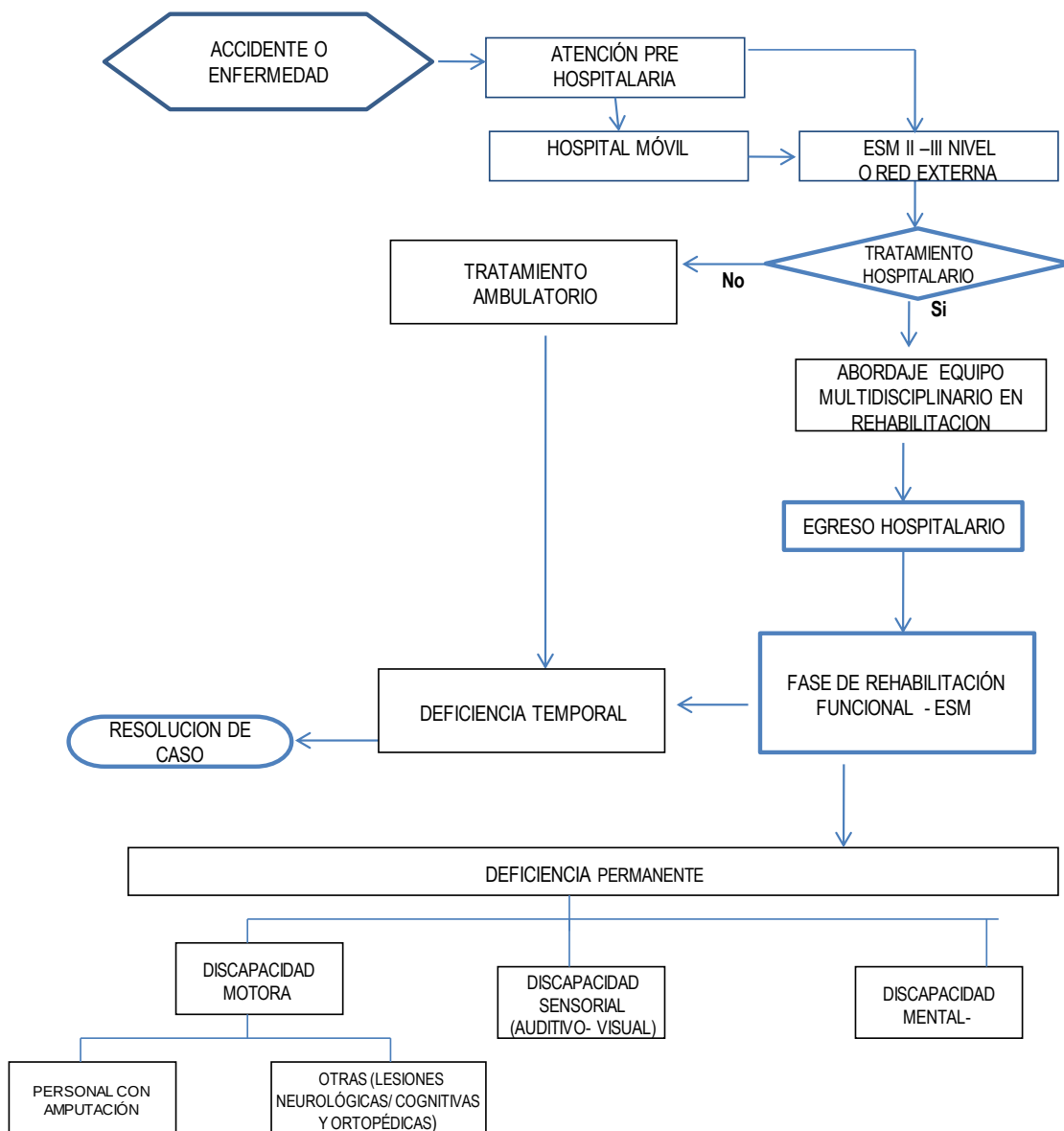


RUTAS DE ATENCIÓN

La población perteneciente al SSFM que accede a los servicios de rehabilitación, presenta unas características particulares que requieren ser abordadas desde la integralidad, tomando como base los principios que caracterizan la calidad en los servicios de salud, desde la perspectiva de la oportunidad, accesibilidad, seguridad y continuidad.

Para lograr lo que se plantea anteriormente, es necesario contar con un mecanismo que permita lograr la orientación para todos los usuarios (internos-externos) de los servicios de rehabilitación, así como la organización en la prestación de servicios, lo que se alcanza mediante la estructuración y aplicación de rutas de atención.

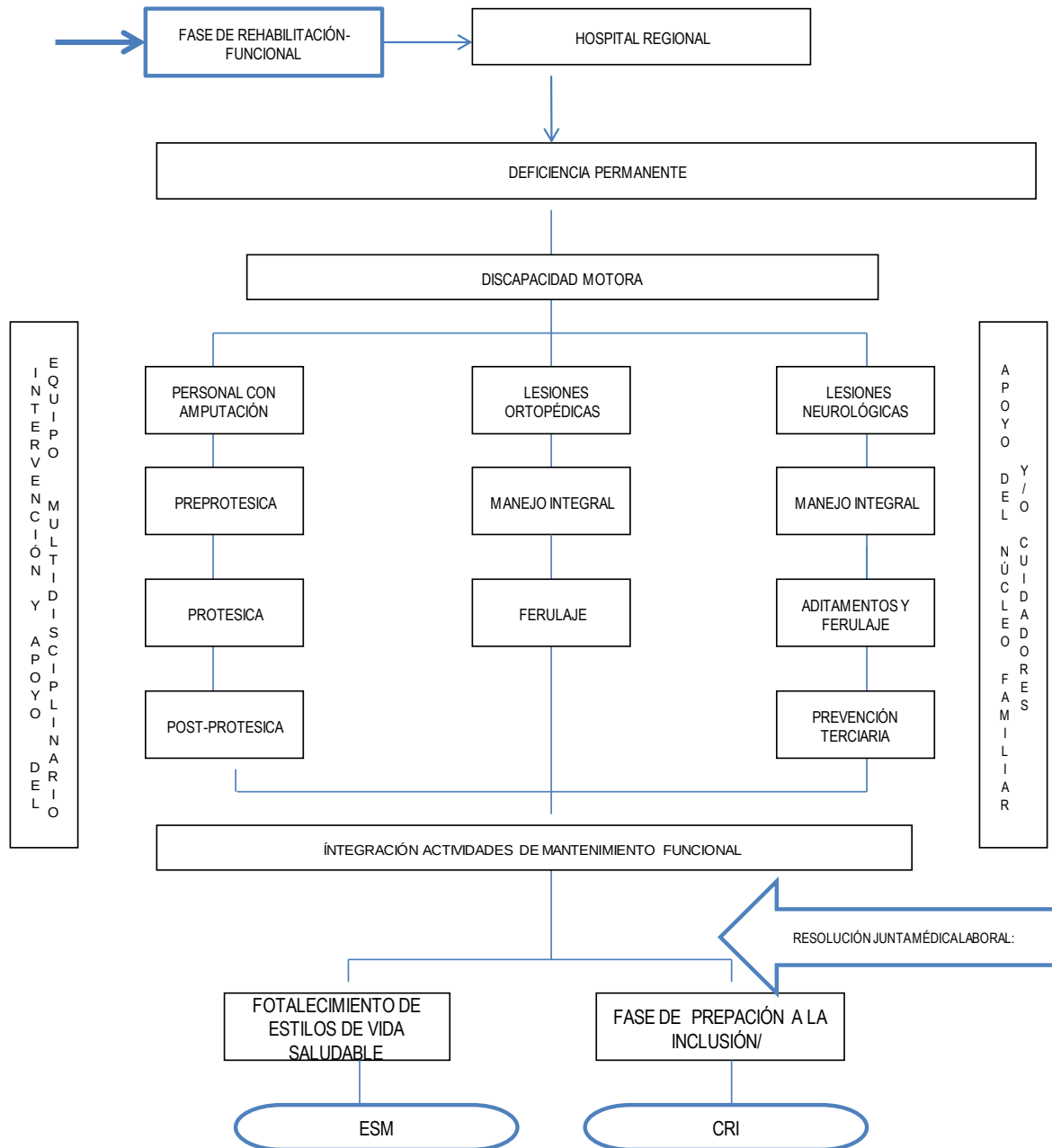
RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO FFMM



FLUJOGRAMA PROCESO DE ATENCION REHABILITACION FUNCIONAL		
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN), CARTAGENA (HONAC), BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
ACCESO: DETECCION Y DIAGNOSTICO	EL PERSONAL ASISTENCIAL DEBE CONOCER, PROMOVER Y RESPETAR LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
	DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO TEMPRANO, TODO EL PROCESO DE ATENCIÓN DEL USUARIO, DESDE EL CONTACTO INICIAL HASTA SU EGRESO, DEBE ESTAR DEFINIDO Y CONOCIDO POR TODO EL PERSONAL ASISTENCIAL	
REGISTRO E INGRESO	REGISTRO DEL USUARIO Y OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN PERSONAL, CLÍNICA Y FAMILIAR	
EVALUACION INICIAL	EVALUACIÓN INICIAL DE LAS NECESIDADES DE REHABILITACIÓN DEL USUARIO, QUE INCLUYE: • DIAGNÓSTICO: FÍSICO, FUNCIONAL CON ENFASIS EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, PSICOLÓGICO, FAMILIAR, SOCIAL. - IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PERSONALES Y AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN LA REHABILITACIÓN • NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO Y SU FAMILIA (GRADO DE CONOCIMIENTO QUE TIENE EL USUARIO Y SU FAMILIA SOBRE LA DISCAPACIDAD Y LA REHABILITACION • CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRELIMINAR SI ES NECESARIO LA EVALUACIÓN ES REALIZADA POR EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ESTABLECIENDO OBJETIVO COMUN Y COORDINADA POR UN PROFESIONAL TRATANTE RESPONSABLE.	
PLANEACION DEL CUIDADO Y TRATAMIENTO	PROCESO DE DESARROLLO, EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN PARA CADA USUARIO: DEFINICIÓN DE OBJETIVOS, MEDIOS, ACTIVIDADES. CONSEJERÍA Y APOYO EMOCIONAL AL USUARIO Y SU FAMILIA, DE ACUERDO CON LA EVOLUCIÓN Y RESPUESTA A LA REHABILITACIÓN. SOPORTE NUTRICIONAL, CUANDO APLICA EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN CONJUNTO CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA, ESTABLECEN LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS, DISPOSITIVOS DE APOYO O AYUDAS TÉCNICAS DEL USUARIO. SE DEBE TENER ESPECIAL CUIDADO EN INCORPORAR ESTOS ELEMENTOS DENTRO DEL PLAN DE TRATAMIENTO Y CONSIGNARLOS EN LA HISTORIA CLÍNICA, ASÍ COMO LA INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA O CONFIRMATORIA CUANDO LA DISCAPACIDAD O LA PATOLOGÍA PRESENTE LA HACE NECESARIA.	

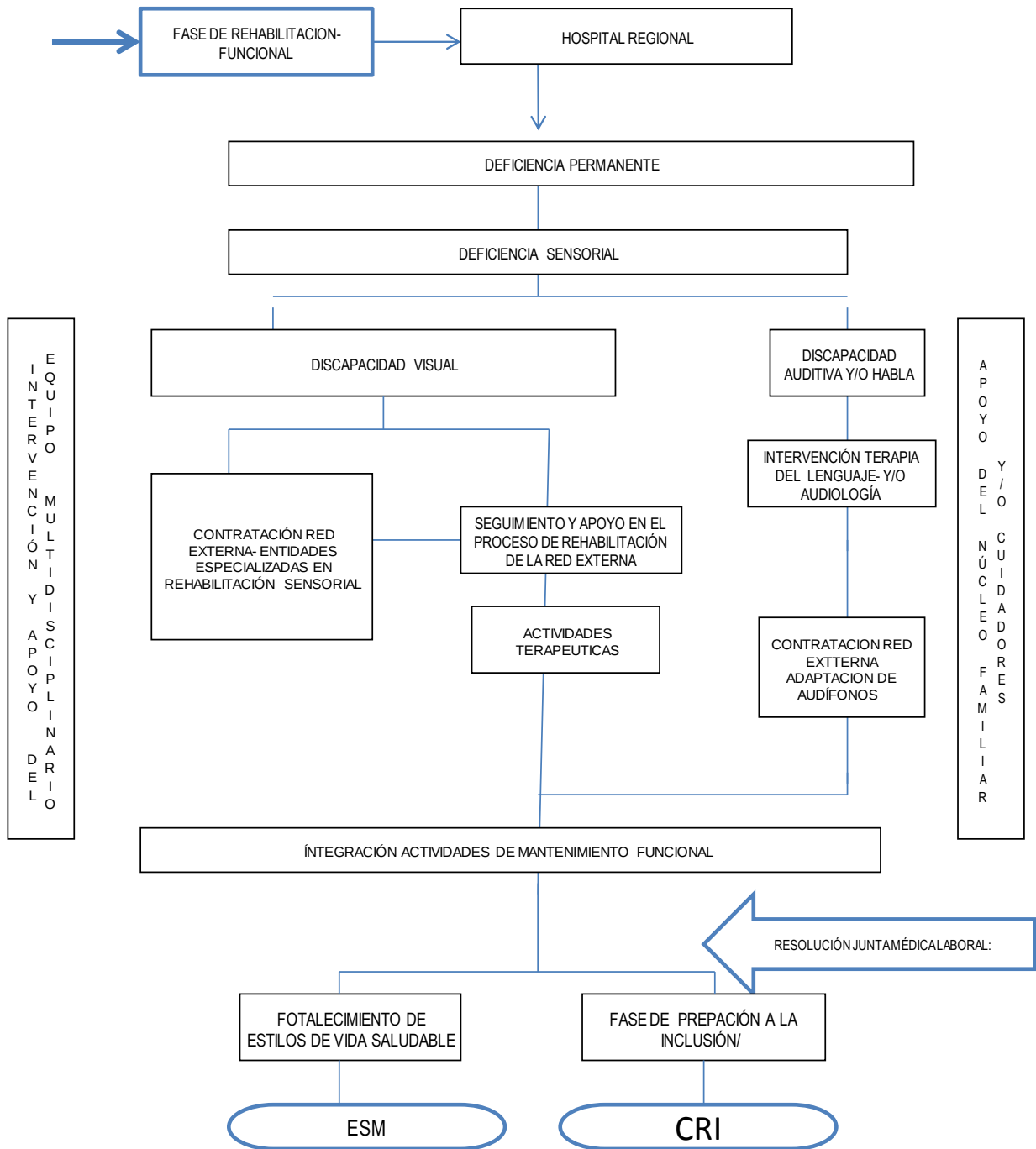
EJECUCION DEL TRATAMIENTO	LA REHABILITACIÓN ES EJECUTADA POR UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ENTRENADO Y CON CAPACIDAD TÉCNICA Y CIENTÍFICA, PARTICIPACIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA. REVALORACIÓN PERIÓDICA Y REPORTE DE AVANCES LAS ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN DEBEN SER CONSISTENTES CON LOS ESTÁNDARES DE PRÁCTICA BASADOS EN LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE. EL ESM DEBE CONTRAR CON UN SISTEMA PERIÓDICO DE MONITORIZACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN Y DEL USO DE GUÍAS DE ORIENTACION TECNICAS BASICAS. SE DEBE REALIZA EDUCACIÓN DEL USUARIO Y SU FAMILIA EN ASPECTOS RELEVANTES PARA EL BUEN RESULTADO DE LA REHABILITACIÓN:ESTA EDUCACIÓN ES IMPARTIDA POR EL GRUPO INTERDISCIPLINARIO Y CUBRE ASPECTOS SOBRE LA DISCAPACIDAD, EL PROCESO DE REHABILITACIÓN, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD, CUIDADOS EN CASA, SALUD E HIGIENE, SEGURIDAD, USO DE RECURSOS, PARTICIPACIÓN, ADIESTRAMIENTO EN USO DE AYUDAS TÉCNICAS Y DISPOSITIVOS DE APOYO, ETC	
EVALUACION FINAL	SE LLEVA A CABO LA REVISIÓN DEL PLAN INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN Y SUS RESULTADOS, CON LA PERIODICIDAD Y CRITERIOS PREESTABLECIDOS, Y SE HACEN LOS AJUSTES NECESARIOS	
ALTA Y SEGUIMIENTO	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES. CONVENIOS/ACUERDOS INTERINSTITUCIONALES. EXPLICACIÓN AL USUARIO Y SU FAMILIA ACERCA DE LOS CUIDADOS QUE DEBE SEGUIR, MEDICAMENTOS Y SU ADMINISTRACIÓN, USO DE EQUIPOS MÉDICOS, DISPOSITIVOS DE APOYO Y AYUDAS TÉCNICAS, ALIMENTACIÓN, SI APLICA. REMISIÓN PARA EL SEGUIMIENTO, SI APLICA, QUE INCLUYA: LUGAR, FECHA Y RAZONES DE LA REMISIÓN; PERSONAS A CONTACTAR; INFORME DE LOS RESULTADOS DE LA REHABILITACIÓN	
	LOS ESM DESARROLLA PROCESOS PARA LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PARA PROMOVER SU ACCESO AL MEDIO Y LA PARTICIPACIÓN, EDUCACIÓN A LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD EDUCACIÓN CONTINUADA A PROFESIONALES DE SALUD COORDINACIÓN Y CONTACTOS INTERINSTITUCIONALES E INTERSECTORIALES PARA DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROCESOS DE INCLUSION.	ESM CERCANO A SU LIGAR DE RESIDENCIA
	USUARIO ACTIVO DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL UBICACIÓN/REUBICACIÓN	CENTRO DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL (CRIS)

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO FMM (DISCAPACIDAD MOTORA)



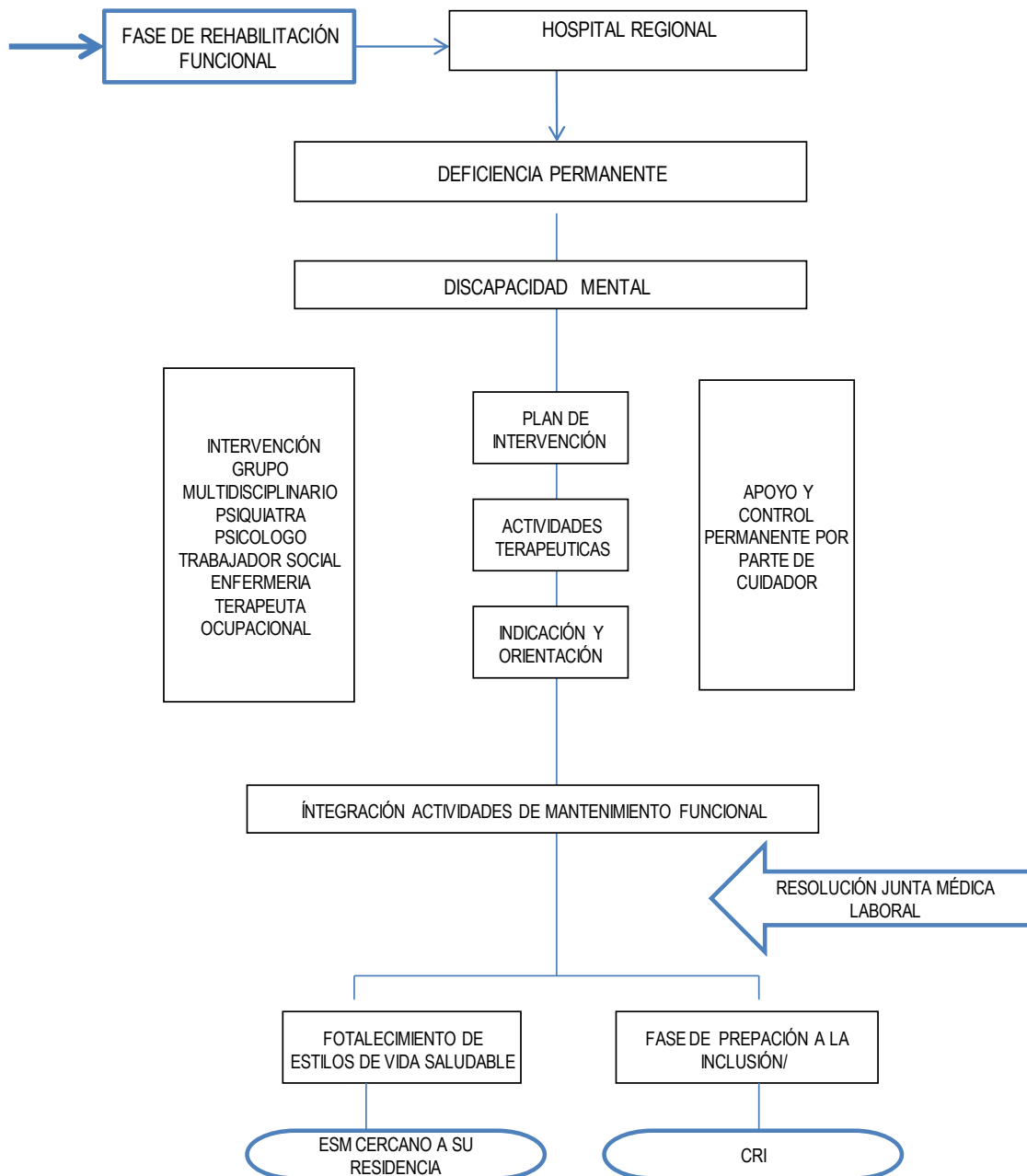
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO - DISCAPACIDAD MOTORA				
ACTIVIDAD	DESCRIPCION			RESPONSABLE
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .			ESM DE BOGOTÁ (BASAN - CESAN), CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN *NOTA: EN BOGOTÁ LA FASE PROTESICA ES MANEJADA POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y A NIVEL DE DISAN EJC SE ESTÁ DESCENTRALIZANDO EL PROCESO
DISCAPACIDAD MOTORA	AMPUTADOS	LESIONES ORTOPEDICAS: FX COMPLEJAS, TUTORES, SEUDOARTROSIS, REMPLAZOS ARTICULARES, POLITRAUMA,	TRAUMA RAQUIMEDULAR, TCE, LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO, SINDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO, TRASTORNO COGNITIVO, ENTRE OTROS.	
MANEJO INTEGRAL	FASE PREPROTESICA: CUIDADO DEL MUÑON E HIGIENE POSTURAL DESENSIBILIZACION DEL MUÑON Y MANEJO DEL DOLOR ENTRENAMIENTO EN COLOCACION DE VENDAJE FORTALECIMIENTO MUSCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BASICAS E INSTRUMENTALES MANEJO DE DUELO EXPLORAR EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS FUTUROS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL USUARIO Y A SU RED DE APOYO IMAGEN, ESQUEMA, CONCEPTO CORPORAL Y MIEMBRO FANTASMA REENTRENAMIENTO DE PATRONES DE MOVIMIENTO, FUNCIONALES E INTEGRALES ENTRENAMIENTO EN AYUDAS PARA LA MARCHA	EVALUACIÓN, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN INTEGRAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MANEJO DE DOLOR Y SENSIBILIDAD ELABORACION DE ADITAMIENTOS Y/O FERULAS REENTRENAMIENTO DE PATRONES DE MOVIMIENTO, FUNCIONALES E INTEGRALES MANTENIMIENTO Y/O AUMENTO DE RANGOS DE MOVIMIENTO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO MANTENIMIENTO FUNCION CARDIOVASCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INTERVENCION PSICO-SOCIAL APOYO NUTRICIONAL	EVALUACIÓN, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN INTEGRAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MANEJO DE DOLOR ELABORACION DE ADITAMIENTOS Y/O FERULAS MANTENIMIENTO Y/O AUMENTO DE RANGOS DE MOVIMIENTO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO MODULACION DE TONO, MANTENIMIENTO FUNCION CARDIOVASCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA IMAGEN, ESQUEMA CONCEPTO CORPORAL, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL INTERVENCION PSICO-SOCIAL (ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, ENTRENAMIENTO EN PERCEPCION Y FUNCION COGNITIVA, DESARROLLO DE PROCESOS MENTALES, MANEJO SEXUALIDAD, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA CUIDADORES, PROYECTO DE VIDA APOYO NUTRICIONAL PREVENCION DE COMPLICACIONES TERCARIAS (ESCARAS, DISTROFIA SIMPATICA REFLEJA, RETRACCIONES, INFECCION VIAS URINARIAS, DOLOR, ESPASTICIDAD)	
	FASE PROTESICA: PRESCRIPCION Y ADAPTACION PROTESICA ENTRENAMIENTO EN MARCHA ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES INTERVENCION PSICOTERAPÉUTICA APOYO NUTRICIONAL PROYECTO DE VIDA			
	FASE POSTPROTESICA : DESARROLLO DE HABILIDADES Y DESTREZAS CON LA PRÓTESIS			
INTEGRACION ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR			
RESOLUCION JUNTA MEDICO LABORAL	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA QUE SE REALIZA PARALELAMENTE AL PROCESO DE REHABILITACIÓN. SE DETERMINA LA CONTINUIDAD EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES COMO PENSIONADO O ACTIVO			DISAN
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	USUARIO PENSIONADO DESARROLLAR PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.			ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE
FASE DE PREPARACION A LA INCLUSION SOCIO LABORAL	USUARIO ACTIVO DESARROLLO DE HABILIDADES, CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL UBICACIÓN/REUBICACIÓN			CRI

ruta de atención en rehabilitación funcional del personal militar activo FFMM (discapacidad sensorial)



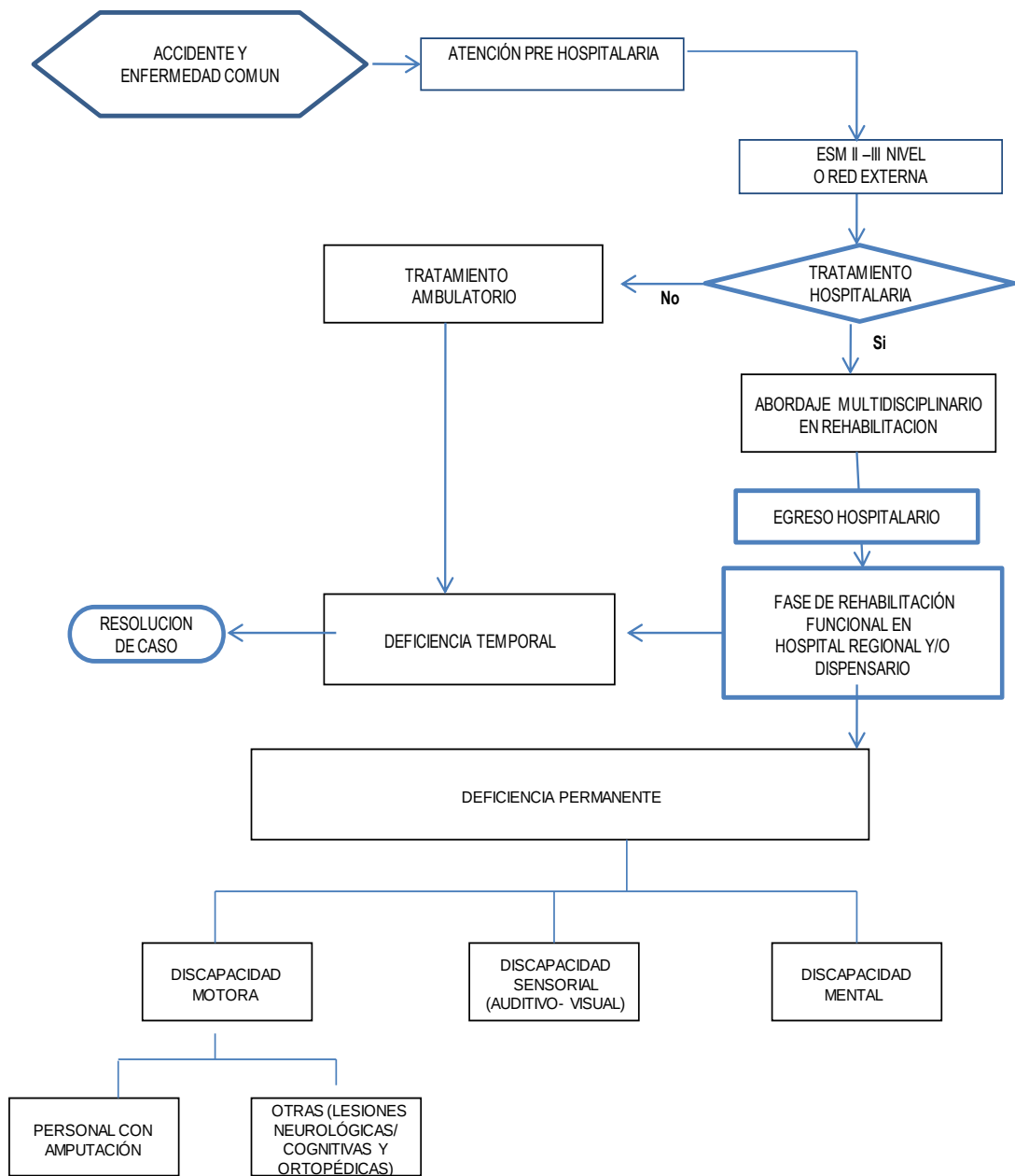
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO - DISCAPACIDAD SENSORIAL			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION		RESPONSABLE
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .		ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN), CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
DISCAPACIDAD SENSORIAL	SENSORIAL: VISUAL	SENSORIAL: AUDITIVA, VOZ, LENGUAJE, APRENDIZAJE Y HABLA	
MANEJO INTEGRAL	CONTRATACIÓN RED EXTERNA- ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACIÓN SENSORIAL (TRASLADO FUNCIONALES-MOVILIDAD, ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y MANEJO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS)	TERAPIA MIOFUNCIONAL, MOVIMIENTOS ORGANOS FONOARTICULADORES, COMUNICACIÓN ALTERNATIVA, RELACIONES DE ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE Y ESTRATEGIAS ADECUADAS EN COMUNICACIÓN, ACTIVIDADES DE RELAJACIÓN Y/O FUERZA	
	COMUNICACIÓN DIRECTA Y PERMANENTE CON LA RED EXTERNA (ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACION SENSORIAL) PARA IDENTIFICAR RIESGOS Y SEGUIMIENTO. TRASLADO FUNCIONALES- MOVILIDAD Y MANEJO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICA	AUDITIVOS: ADAPTACION DEL AUDIFONO Y SEGUIMIENTO. REHABILITACIÓN POSTRASPLANTE COCLEAR HABLA Y DEGLUCIÓN: REHABILITACION EN APRAXIAS, INTERPOSICION, EMPUJE LINGUAL, HABITOS ALIMENTICIOS	
		CONTRATACION RED EXTERNA ADQUISICIÓN Y ADAPTACION DE AUDIFONOS (SI EL HOSPITAL REGIONAL NO CUENTA CON ESTE SERVICIO	
INTEGRACION ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR		
RESOLUCION JUNTA MEDICO LABORAL	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA QUE SE REALIZA PARALELAMENTE AL PROCESO DE REHABILITACIÓN. SE DETERMINA LA CONTINUIDAD EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES COMO PENSIONADO O ACTIVO		DISAN
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	USUARIO PENSIONADO DESARROLLAR PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA		ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE
FASE DE PREPARACION A LA INCLUSION SOCIO LABORAL	USUARIO ACTIVO DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL UBICACIÓN/REUBICACIÓN		CRI

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO FFMM (DISCAPACIDAD MENTAL)



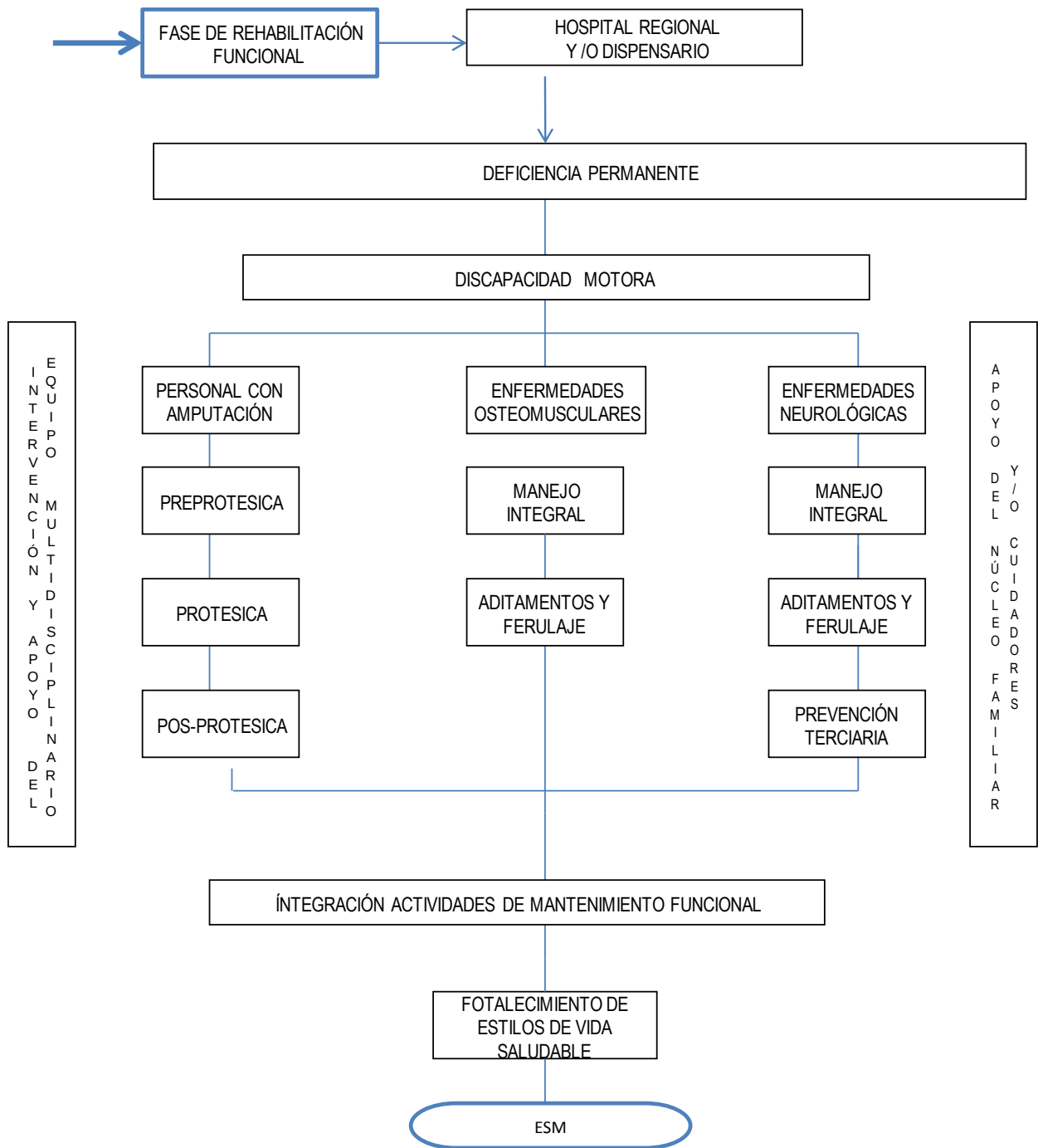
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL MILITAR ACTIVO - DISCAPACIDAD MENTAL		
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO BASE DEBE SER INTEGRADO POR LAS SIGUIENTES DISCIPLINAS: TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL , ENFERMERIA Y PSIQUIATRIA.	ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN), CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
DISCAPACIDAD MENTAL	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMA, TRASTORNOS AFECTIVOS, TRASTORNOS PSICOTICOS , TRASTORNOS DE ANIEDAD , ENTRE OTROS. ESTE PROCESO APLICA EN PACIENTES QUE NO REQUIERAN INTERNACION	
MANEJO INTEGRAL	EVALUACION INICIAL POR PSIQUIATRIA VALORACION EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA, APLICACIÓN DE PRUEBAS, OBSERVACION DE CONDUCTA) SE ESTABLECE PLAN DE TRATAMIENTO (PSICOEDUCACION, DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS, ESTABILIDAD EMOCIONAL, ADQUISICION Y FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES, ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL INTERVENCION FAMILIAR EVALUACION FINAL	
INTEGRACION ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR	
RESOLUCION JUNTA MEDICO LABORAL	ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA QUE SE REALIZA PARALELAMENTE AL PROCESO DE REHABILITACIÓN. SE DETERMINA LA CONTINUIDAD EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES COMO PENSIONADO O ACTIVO	DISAN
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.	ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE
FASE DE PREPARACION A LA INCLUSION SOCIO LABORAL	USUARIO ACTIVO DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL UBICACIÓN/REUBICACIÓN	CRI

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO SSFM



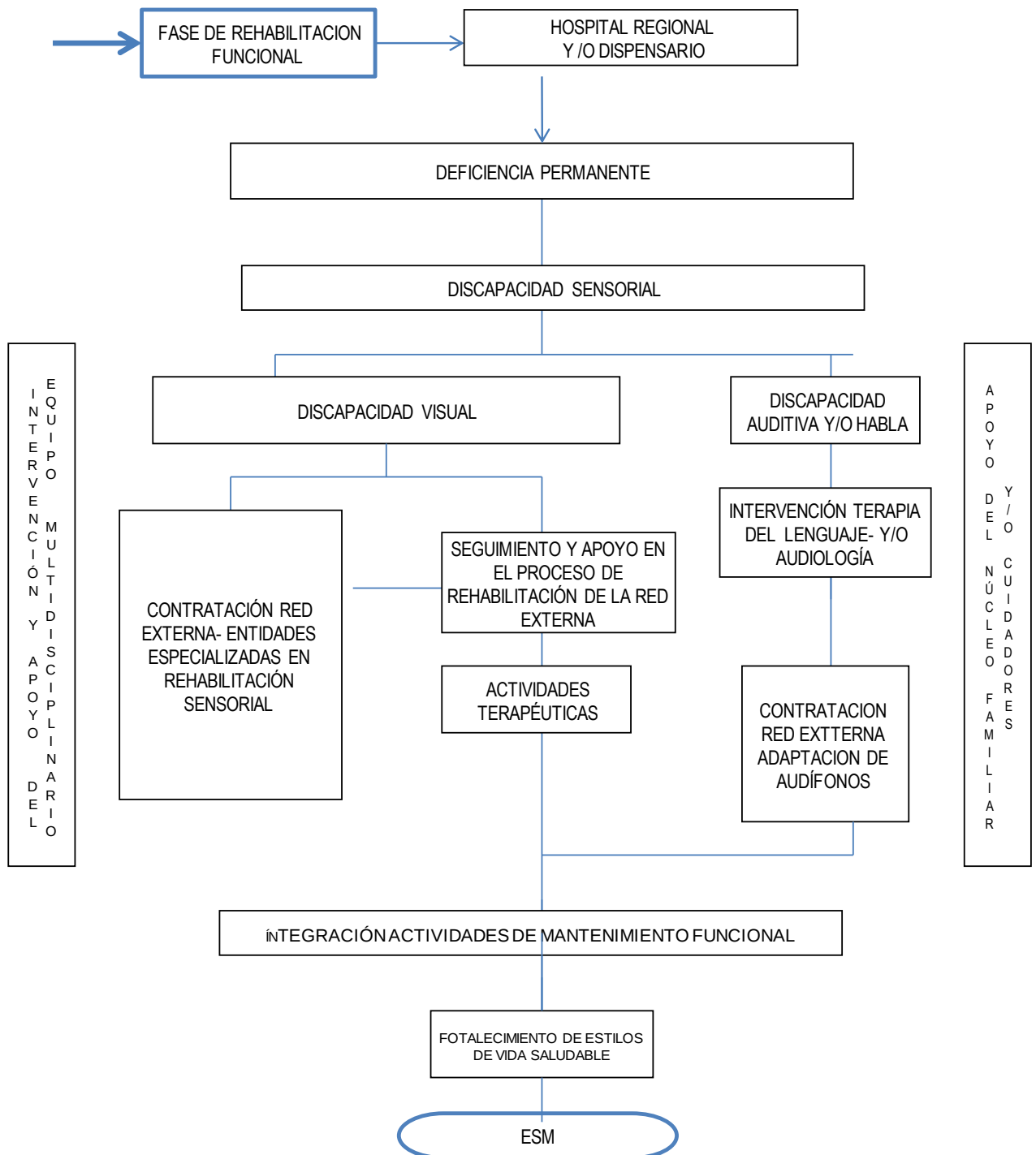
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL BENEFICIARIOS SSFM		
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
ACCIDENTE O ENFERMEDAD	EL PERSONAL USUARIO DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES PUEDE SUFRIR UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD DE ORIGEN COMUN	USUARIO SSFM
ATENCION PREHOSPITALARIA	EN EL LUGAR DONDE OCURRA EL EVENTO SE BRINDA LA ATENCIÓN INICIAL, PRESTANDO LOS PRIMEROS AUXILIOS, SE INFORMA LA SITUACIÓN, SOLICITANDO LOS REQUERIMIENTOS DE APOYO NECESARIOS PARA EL TRASLADO A LA RED *INTERNA/ **EXTERNA.	ENFERMERO SOCORRISTA-MÉDICO ESM
	EL USUARIO ES REIMITIDO A UN ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO, PERTENECIENTE A LA RED INTERNA O EXTERNA, ACORDE A LA CAPACIDAD RESOLUTIVA.	ESM II-III NIVEL O RED EXTERNA
TRATAMIENTO HOSPITALRIO	EL PACIENTE ES ATENDIDO POR PARTE DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE PROFESIONALES PARA EL MANTENIMIENTO DE CONDICIONES CARDIOPULMONARES Y MUSCULOESQUELETICAS, MANEJO DEL DOLOR, MANEJO DE AYUDAS EXTERNAS PROVISIONALES Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES	HOSPITAL DE III Y IV NIVEL O RED EXTERNA
TRATAMIENTO AMBULATORIO	SI EL PACIENTE NO REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALRIO SE LLEVARÁ A CABO LA EVALUACIÓN MÉDICA CON APOYO DEL PROCESO TERAPEUTICO FÍSICO Y PSICOLÓGICO, ESTE ÚLTIMO EN EL CASO QUE LO REQUIERA. SEGUN EVOLUCIÓN DEL CASO SE FINALIZA O REMITE A UN NIVEL DE MENOR COMPLEJIDAD	ESM DE I Y II NIVEL O RED EXTERNA
FASE REHABILITACION FUNCIONAL	A NIVEL DEL SSFM LOS ESM ENCARGADOS DE BRINDAR PROCESOS DE REHABILITACION FUNCIONAL DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO: EVALUACIÓN INICIAL, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO BASE DEL ESM DEBE SER INTEGRADO POR LAS SIGUIENTES DISCIPLINAS: FISIATRIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA, TERAPIA DEL LENGUAJE, PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL, ENFERMERIA, NUTRICIONISTA Y SE CONTARA CON EL APOYO DE LAS ESPECIALIDADES MEDICAS COMO ORTOPEDIA, NEUROLOGÍA, PSIQUIATRÍA, NEUROPEDIATRIA DE ACUERDO ALA MORBILIDAD DE LA POBLACIÓN. LOS DISPENSARIOS DEBEN PRESTAR EL APOYO TERAPEUTICO BASICO (FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL). LAS ESPECIALIDADES MEDICAS REQUERIDAS ACORDE A LA PATOLOGÍA SE CONTRATARÁN CON RED EXTERNA. EL PROCESO DE REHABILITACIÓN A NIVEL DE DISPENSARIO DEBE SER LIDERADO POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL.	ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN), CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
DEFICIENCIA PERMANENTE	DE ACUERDO CON EL TIPO DE DEFICIENCIA PERMANENTE QUE PRESENTE EL USUARIO SE ESTABLECERAN PROCESOS ESPECIFICOS DE ATENCION SEGÚN SU TIPO DE DISCAPACIDAD. NOTA. SI EL ESM NO CUENTA CON EL ESPECIALISTA SE CONTRATARA CON LA RED EXTERNA, DEBE DILIGENCIAR Y REMITIR EL FORMATO DE CONTRAREFERENCIA, PARA DAR CONTINUIDAD AL PROCESO DE REHABILITACION	PROFESIONALES Y ESPECIALISTAS RED INTERNA Y EXTERNA

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO SSFM (DISCAPACIDAD MOTORA)



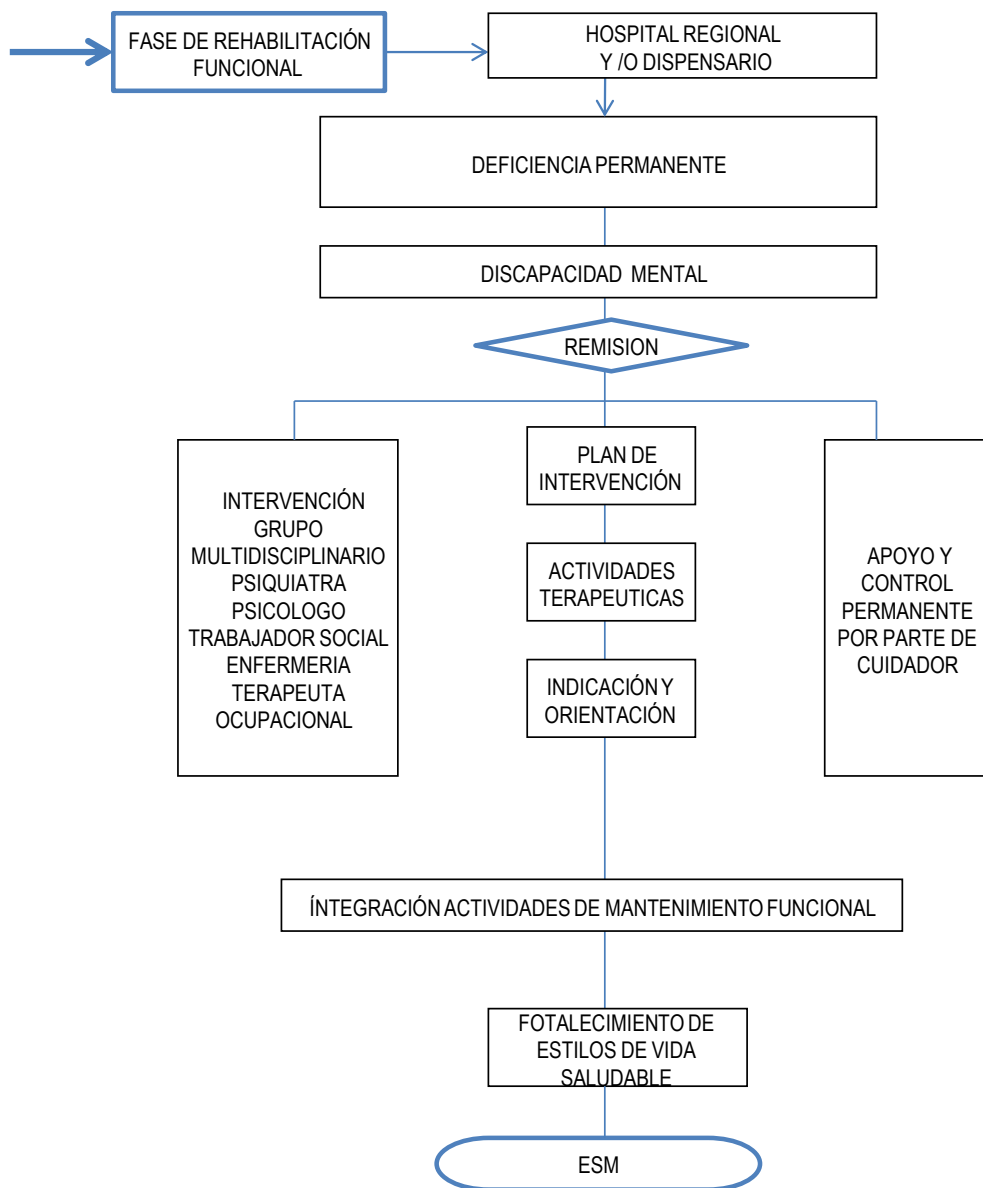
RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO - DISCAPACIDAD MOTORA				
ACTIVIDAD	DESCRIPCION			RESPONSABLE
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . LOS DISPENSARIOS DEBEN PRESTAR EL APOYO TERAPEUTICO BASICO (FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL). LAS ESPECIALIDADES MEDICAS REQUERIDAS ACORDE A LA PATOLOGIA SE CONTRATARÁN CON RED EXTERNA. EL PROCESO DE REHABILITACIÓN A NIVEL DE DISPENSARIO DEBE SER LIDERADO POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL.			ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN *NOTA: EN BOGOTA LA FASE PROTESICA ES MANEJADA POR EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y A NIVEL DE DISAN EJC SE ESTA DESCENTRALIZANDO EL PROCESO
DISCAPACIDAD MOTORA	AMPUTADOS	LESIONES ORTOPEDICAS: FX COMPLEJAS, TUTORES, SEUDOARTROSIS, REMPLAZOS ARTICULARES, POLITRAUMA,	TRAUMA RAQUIMEDULAR, TCE, LESIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO, SINDROME DOLOROSO REGIONAL COMPLEJO, TRASTORNO COGNITIVO, TRASTORNO DESARROLLO PSICOMOTOR, TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO, ENTRE OTROS.	
MANEJO INTEGRAL	FASE PREPROTESICA: CUIDADO DEL MUÑO E HIGIENE POSTURAL DESENSIBILIZACION DEL MUÑO Y MANEJO DEL DOLOR ENTRENAMIENTO EN COLOCACION DE VENDAJE FORTALECIMIENTO MUSCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA BASICAS E INSTRUMENTALES MANEJO DE DUELO EXPLORAR EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS FUTUROS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL USUARIO Y A SU RED DE APOYO IMAGEN, ESQUEMA, CONCEPTO CORPORAL Y MIEMBRO FANTASMA REENTRENAMIENTO DE PATRONES DE MOVIMIENTO, FUNCIONALES E INTEGRALES ENTRENAMIENTO EN AYUDAS PARA LA MARCHA	EVALUACIÓN, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN INTEGRAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MANEJO DE DOLOR Y SENSIBILIDAD ELABORACION DE ADITAMIENTOS Y/O FERULAS REENTRENAMIENTO DE PATRONES DE MOVIMIENTO, FUNCIONALES E INTEGRALES MANTENIMIENTO Y/O AUMENTO DE RANGOS DE MOVIMIENTO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO MANTENIMIENTO FUNCION CARDIOVASCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INTERVENCION PSICO-SOCIAL APOYO NUTRICIONAL	EVALUACIÓN, APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN INTEGRAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES MANEJO DE DOLOR ELABORACION DE ADITAMIENTOS Y/O FERULAS MANTENIMIENTO Y/O AUMENTO DE RANGOS DE MOVIMIENTO FORTALECIMIENTO MUSCULAR, PROPIOCEPCIÓN, EQUILIBRIO MODULACION DE TONO, MANTENIMIENTO FUNCION CARDIOVASCULAR ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA IMAGEN, ESQUEMA CONCEPTO CORPORAL, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL INTERVENCION PSICO-SOCIAL (ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, ENTRENAMIENTO EN PERCEPCION Y FUNCION COGNITIVA, DESARROLLO DE PROCESOS MENTALES, MANEJO SEXUALIDAD, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA CUIDADORES, PROYECTO DE VIDA APOYO NUTRICIONAL PREVENCION DE COMPLICACIONES TERCARIAS (ESCARAS, DISTROFIA SIMPATICA REFLEJA, RETRACCIONES, INFECCION VIAS URINARIAS, DOLOR, ESPASTICIDAD)	
	FASE PROTESICA: PRESCRIPCION Y ADAPTACION PROTESICA ENTRENAMIENTO EN MARCHA ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA E INSTRUMENTALES INTERVENCION PSICOTERAPÉUTICA APOYO NUTRICIONAL PROYECTO DE VIDA			
	FASE POSTPROTESICA : DESARROLLO DE HABILIDADES Y DESTREZAS CON LA PRÓTESIS			
INTEGRACION ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL, ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR,DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL , APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL, DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA INTEGRACIÓN EDUCATIVA SEGUN CICLOS VITAL, CICLO VITAL NIÑO/ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y COGNITIVO SE DESARROLLARAN HABILIDADES PARA ENFRENTAR UN INTEGRACIÓN ACORDE A SUS CAPACIDADES INTELECTUALES			
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	DESARROLLO DE PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.			ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO SSFM (DISCAPACIDAD SENSORIAL)



RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO - DISCAPACIDAD SENSORIAL			
ACTIVIDAD	DESCRIPCION		RESPONSABLE
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . LOS DISPENSARIOS DEBEN PRESTAR EL APOYO TERAPEUTICO BASICO (FISIOTERAPIA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE). LAS ESPECIALIDADES MEDICAS REQUERIDAS ACORDE A LA PATOLOGÍA SE CONTRATARÁN CON RED EXTERNA. EL PROCESO DE REHABILITACIÓN A NIVEL DE DISPENSARIO DEBE SER LIDERADO POR EL TERAPEUTA OCUPACIONAL.		ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN),CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN
DISCAPACIDAD SENSORIAL	SENSORIAL: VISUAL	SENSORIAL: AUDITIVA, VOZ, LENGUAJE, APRENDIZAJE Y HABLA	
MANEJO INTEGRAL	CONTRATACIÓN RED EXTERNA- ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACIÓN SENSORIAL (TRASLADO FUNCIONALES-MOVILIDAD, ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y MANEJO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS)	TERAPIA MIOFUNCIONAL, MOVIMIENTOS ORGANOS FONOAUTICULADORES, COMUNICACIÓN ALTERNATIVA, RELACIONES DE ESTRATEGIAS COGNITIVAS PARA MEJORAR EL APRENDIZAJE Y ESTRATEGIAS ADECUADAS EN COMUNICACIÓN, ACTIVIDADES DE RELAJACIÓN Y/O FUERZA	
	COMUNICACIÓN DIRECTA Y PERMANENTE CON LA RED EXTERNA (ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACION SENSORIAL) PARA IDENTIFICAR RIESGOS Y SEGUIMIENTO. TRASLADO FUNCIONALES- MOVILIDAD Y MANEJO DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICA	AUDITIVOS: ADAPTACION DEL AUDIFONO Y SEGUIMIENTO,REHABILITACIÓN POSTRASPLANTE COCLEAR HABLA Y DEGLUCIÓN: REHABILITACION EN APRAXIAS, INTERPOSICION, EMPUJE LINGUAL, HABITOS ALIMENTICIOS	
		CONTRATACION RED EXTERNA ADQUISICIÓN Y ADAPTACION DE AUDIFONOS (SI EL HOSPITAL REGIONAL NO CUENTA CON ESTE SERVICIO	
INTEGRACION ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO . FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR DESARROLLO DE HABILIDADES ,CAPACIDADES PARA LA INTEGRACION SOCIOLABORAL APOYO A LA FORMACION PROFESIONAL CICLO VITAL NIÑO/ADOLESCENTE CON TRASTORNO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y COGNITIVO SE DESARROLLARAN HABILIDADES PARA ENFRENTAR UN INTEGRACIÓN ACORDE A SUS CAPACIDADES INTELECTUALES		
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	DESARROLLO DE PROGRAMAS ENCAMINADOS A: A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.		ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE

RUTA DE ATENCIÓN EN REHABILITACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO SSFM (DISCAPACIDAD MENTAL)



RUTA DE ATENCION EN REHABILITACION FUNCIONAL DEL PERSONAL BENEFICIARIO - DISCAPACIDAD MENTAL		
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	RESPONSABLE
REHABILITACION FUNCIONAL	LOS HOSPITALES REGIONALES DEBEN CONTAR CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DESARROLLARÁ TODO EL PROCESO DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL: EVALUACIÓN INICIAL , APOYO TERAPEUTICO, SEGUIMIENTO, EMISIÓN DE UNA EVALUACIÓN FINAL CON LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES. EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO BASE DEBE SER INTEGRADO POR LAS SIGUIENTES DISCIPLINAS: TERAPIA OCUPACIONAL, PSICOLOGÍA, TRABAJO SOCIAL , ENFERMERIA Y PSIQUIATRIA.	ESM DE BOGOTA (BASAN - CESAN), CARTAGENA (HONAC) BUCARAMANGA, CALI Y MEDELLIN O RED EXTERNA
DISCAPACIDAD MENTAL	TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMA, TRASTORNOS AFECTIVOS, TRASTORNOS PSICOTICOS , TRASTORNOS DE ANIEDAD , ENTRE OTROS. ESTE PROCESO APLICA EN PACIENTES QUE NO REQUIERAN INTERNACION	
MANEJO INTEGRAL	EL PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL SE LLEVARÁ CABO EN LOS HOSPITALES REGIONALES Y DISPENSARIOS. POSTERIOR A LA EVALUACIÓN, EN CASO DE NO CONTAR CON LOS ESPECIALISTAS SE REMITIRÁ A INSTITUCIONES DE LA RED EXTERNA (ENTIDADES ESPECIALIZADAS EN REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL) EN CASO DE CONTAR CON EL ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA SE LLEVARA A CABO EL SIGUIENTE PROCESO: EVALUACION INICIAL POR PSIQUIATRIA VALORACION EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO (ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA, APLICACIÓN DE PRUEBAS, OBSERVACION DE CONDUCTA) SE ESTABLECE PLAN DE TRATAMIENTO (PSICOEDUCACION, DISMINUCIÓN DE CONDUCTAS DISRUPTIVAS, ESTABILIDAD EMOCIONAL, ADQUISICION Y FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES, ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y HABILIDADES EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL INTERVENCION FAMILIAR EVALUACION FINAL	
INTEGRACION ACTIVIDADES DE MANTENIMIENTO FUNCIONAL	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS QUE FORTALEZCAN LA CALIDAD DE EJECUCIÓN DE ROLES Y COMPORTAMIENTO FUNCIONALIDAD EN AREAS DE DESEMPEÑO OCUPACIONAL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL CUIDADOR	
FORTALECIMIENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	A. FORTALECER LOS FACTORES PERSONALES, FAMILIARES, Y SOCIALES, PARA LOGRAR EFECTIVIDAD EN LOS PROCESOS DE SOCIALIZACIÓN Y RELACIÓN CON LAS PERSONAS DEL ENTORNO INMEDIATO. B. PROMOVER LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA ACTIVIDAD FÍSICA. C. BRINDAR ASESORÍA Y CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS Y CUIDADORES FRENTE SU ROL.	ESM CERCANO AL LUGAR DE RESIDENCIA DEL PACIENTE

III LINEA DE INTERVENCIÓN

PLAN DE CAPACITACIÓN EN PREVISIÓN, PREVENCIÓN, PROTECCIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD

El plan de capacitación en previsión, prevención, protección y manejo de la discapacidad, se convierte en el carta de navegación frente a los tópicos y temáticas con los cuales se busca crear capacidades y competencias en los diferentes niveles de intervención mediante los preceptos de la clasificación internacional del funcionamiento y la de la salud (CIF) con énfasis en la actividades de la vida diaria.

Se desarrollarán metodologías pedagógicas, a partir de educación continuada (cursos, seminarios, diplomados, etc) y metodología virtuales que garanticen adquisición, apropiación de conocimientos lo que permita la generación competencias y fortalecer el trabajo en equipo.

TEMATICAS	COMPONENTES DEL MODELO
Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la salud (CIF)	DIS-CAPACIDAD
Normatividad internacional y nacional relacionada con discapacidad y rehabilitación	DIS-CAPACIDAD
Modelos de atención de la discapacidad: Desde el enfoque intervencionista hacia un enfoque de proyecto de vida	REHABILITACION
Caracterización de los servicios de rehabilitación acorde a las competencias por los niveles de atención en el Subsistema de Salud.	REHABILITACION
Redes de servicios: Sistemas de referencia y contra referencia.	REHABILITACION
Acciones en salud: Promoción de la salud, prevención de la discapacidad, rehabilitación con participación comunitaria , atención primaria en salud.	REHABILITACION
Metodología Gestión de caso: Aporte a un trabajo interdisciplinario. Nuevas formas de diagnóstico e identificación de necesidades	REHABILITACION
Guías integrales de práctica clínica: Como aportar en su elaboración desde la perspectiva de los servicios de rehabilitación.	REHABILITACION
Ayudas técnicas: Bancos de ayudas técnicas	REHABILITACION
Trabajo con familia y cuidadores. La persona con discapacidad responsabilidad de todos, redes de apoyo.	REHABILITACION
Rehabilitación con énfasis en las Actividades de la Vida diaria	REHABILITACION
Actualización en abordajes terapéuticos de rehabilitación	REHABILITACION
Registro, localización y caracterización de las personas con discapacidad	SISTEMA DE INFORMACION

INDICADORES

No.	Definición del indicador	Fórmula	Periodicidad	Fuente
1.	Sistema de Información Corresponde al sistema vigente en el servicio, así como las variables de la base de datos.	Bases de datos y reportes de informes	Trimestral	Servicios de Rehabilitación
2.	Consulta en rehabilitación Se establecen las causas por las cuales el usuario consulta los servicios de rehabilitación cumpliendo los criterios de discapacidad permanente (se toman de la base de datos)	Listado de los (10) primeros diagnósticos de consulta en los servicios de rehabilitación que desencadena discapacidad permanente	Mensual	Servicios de Rehabilitación
3.	Demanda Efectiva Relaciona el número de usuarios que demandan atención de los servicios de rehabilitación cumpliendo los criterios de discapacidad permanente durante el último año, con el total de la población de usuarios a mitad del período. Se debe especificar por servicios de rehabilitación.	No. de usuarios que demandan atención en rehabilitación cumpliendo criterios de discapacidad / Total de la población de usuarios de los servicios de rehabilitación a mitad del período x 100	Anual	Servicios de Rehabilitación
4.	Demanda Efectiva Atendida Relaciona el número de usuarios con discapacidad permanente que recibieron atención en los servicios de rehabilitación durante el último año, con el total de la población de usuarios que solicitaron los servicios	No. de usuarios con discapacidad que recibieron atención de los servicios de rehabilitación / Total de población de usuarios con discapacidad permanente que solicitaron los servicios en el mismo año X 100	Anual	Servicios de Rehabilitación
5.	Oportunidad Se establece el tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y el momento en que el usuario lo recibe	Fecha de recepción menos fecha de solicitud	anual	Servicios de Rehabilitación
6.	Capacitación Se establece el número de capacitaciones realizadas en el periodo	No. de capacitaciones en previsión, prevención,	anual	Servicios de Rehabilitación

INDICADORES POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD DEL SSFM					
Número del indicador	Nombre del indicador	Forma de cálculo (Variables)	Unidad de medida	Fecha de Corte	Periodicidad
1	% de discapacidad personal Militar activo de las Fuerzas Militares	Número de personal Militar activo con discapacidad	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		total de la población Militar activa			
2	% de discapacidad Mental en personal militar activo SSFM	Número de personal Militar activo con discapacidad Mental x 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar activo con discapacidad del SSFM			
3	% de discapacidad motora (Amputados) militares activos del SSFM	Número de personal Militar activo con discapacidad motora (amputado) X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar activo con discapacidad.			
4	% de discapacidad sensorial -auditiva militares activos del SSFM	Número de personal militar activo con discapacidad sensorial - auditiva X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar activo con discapacidad.			
5	% de discapacidad sensorial - visual militares activos del SSFM	Número de personal Militar activo con discapacidad sensorial - visual X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar activo con discapacidad.			
6	% de discapacidad múltiple militares activos del SSFM	Número de personal Militar activo con discapacidad múltiple X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar activo con discapacidad.			
7	% de discapacidad personal Militar retirado- pensionados de las Fuerzas Militares	Número de personal Militar retirado - pensionado con discapacidad	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		total de la población Militar retirado y pensionado			
8	% de discapacidad Mental en personal militar retirado - pensionado SSFM	Número de personal Militar retirado y pensionado con discapacidad Mental x 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar retirado - pensionado con discapacidad del SSFM			

9	% de discapacidad motora (Amputados) militares retirados - pensionados del SSFM	Número de personal Militar retirado y pensionado con discapacidad motora (amputado) X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar retirado y pensionado con discapacidad.			
10	% de discapacidad sensorial -auditiva militares retirados - pensionados del SSFM	Número de personal militar retirado y pensionado con discapacidad sensorial - auditiva X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar retirado y pensionado con discapacidad.			
11	% de discapacidad sensorial - visual militares retirados y pensionados del SSFM	Número de personal Militar retirado y pensionado con discapacidad sensorial - visual X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar retirado y pensionado con discapacidad.			
12	% de discapacidad múltiple militares retirados y pensionados del SSFM	Número de personal Militar retirado y pensionado con discapacidad múltiple X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población Militar retirado y pensionado con discapacidad.			
13	% población de niños y adolescentes con discapacidad.	Número de niños y adolescentes con discapacidad	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de niños y adolescentes del SSFM			
14	% de discapacidad Motora en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad motora X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de niños y adolescentes con discapacidad			
15	% de discapacidad Intelectual - cognitiva en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad intelectual - cognitiva X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de niños y adolescentes del SSFM			
16	% de discapacidad sensorial - auditiva en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad sensorial - auditiva X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de niños y adolescentes con discapacidad			

17	% de discapacidad sensorial Visual en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad sensorial - visual X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de niños y adolescentes con discapacidad			
18	% de discapacidad Múltiple en niños y adolescentes del SSFM	Número de niños y adolescentes con discapacidad múltiple X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de niños y adolescentes con discapacidad			
19	% población de beneficiarios -adultos con discapacidad.	Número de beneficiarios - adultos con discapacidad	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de beneficiarios adultos del SSFM			
20	% de discapacidad Mental en beneficiarios -adultos SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad Mental x 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad del SSFM			
21	% de discapacidad motora beneficiarios -adultos del SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad motora X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad.			
22	% de discapacidad sensorial -auditiva beneficiarios -adultos del SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad sensorial - auditiva X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad.			
23	% de discapacidad sensorial - visual beneficiarios -adultos del SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad sensorial - visual X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad.			
24	% de discapacidad múltiple beneficiarios -adultos del SSFM	Número de personal beneficiarios -adultos con discapacidad múltiple X 100	Porcentaje	30 junio y 31 de diciembre	Semestral
		Total de población beneficiarios - adultos con discapacidad.			

GLOSARIO

DISCAPACIDAD

Desde el planteamiento realizado por la Organización Mundial de la Salud, CIF la discapacidad incluye las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación¹⁶. Así mismo, se contemplan conceptos que describen con mayor detalle la trascendencia de la discapacidad, definidos desde la deficiencia, vista como los problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación o una pérdida; a su vez la **limitación en la actividad** se concibe como las dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades y finalmente, la **restricción en la participación** los cuales se describen como problemas que el individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Por otra parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”¹⁷.

Las deficiencias a nivel anatómico y funcional están categorizadas a partir de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión diez (CIE 10). Sin embargo, la discapacidad, trasciende la categoría de las deficiencias e incluye la limitación en la actividad y restricción en la participación, la cual tiene como herramienta de trabajo la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y la salud (CIF); es así como desde dicha clasificación se trabajan áreas específicas para determinar las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que tiene que enfrentar la persona con discapacidad:

Acorde a las características de las alteraciones a nivel corporal, individual y social, se establecen los siguientes grupos, con el fin de determinar las estrategias para la intervención y el tipo de apoyos que requeridos:

¹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. IMSERSO. Madrid, 2001.

¹⁷ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York.: 2006.

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN



Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001

GRUPOS / ALTERACIÓN FUNCIONAL

GRUPO	ALTERACIÓN FUNCIONAL
MENTAL	Presentan Alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, alterando las actividades de interacción y Relaciones Personales.
INTELLECTUAL - COGNITIVO	Presentan Alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso ocasionando limitación principalmente en la ejecución de actividades de Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
SENSORIAL - AUDITIVO	Presentan Alteraciones en las funciones sensoriales auditiva , estructuras del oído o sistema nervioso, que limitan principalmente, comunicación en forma sonora
SENSORIAL - VISUAL	Presentan Alteraciones en las funciones sensoriales visuales , estructuras del ojo o sistema nervioso que producen Limitación en la visión
MOTOR	Presentan Alteraciones en las funciones musculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso que limita la ejecución de actividades en la movilidad
MÚLTIPLE	Dos o más de las anteriores

Fuente: Lineamiento de política habilitación y rehabilitación. Ministerio de Protección Social. 2004.

PERSONA CON DISCAPACIDAD

Es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano¹⁸

¹⁸ Ley 1145 de 2007

REHABILITACIÓN

Proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independiente. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. La rehabilitación abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.¹⁹

REHABILITACIÓN INTEGRAL

Según el Ministerio de la Protección Social (2004) la rehabilitación integral busca a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración del discapacitado al medio familiar, social y ocupacional; está articulada y armonizada en el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales, y desarrolla acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional²⁰. El resultado de la rehabilitación integral exige el cumplimiento de la inclusión de la persona con discapacidad a la sociedad a través del ejercicio de los roles que le son propios y que además desea desempeñar. Está implica el desarrollo de estrategias terapéuticas, educativas y de gestión, las cuales se convierten en medios para alcanzar la autonomía de la persona con discapacidad enmarcado en un nuevo proyecto de vida, teniendo como base la inclusión al ámbito familiar y social. La implementación de las estrategias terapéuticas, educativas y de gestión serán transversales tanto a la fase de rehabilitación funcional como a la fase de inclusión, direccionando finalmente al proceso de rehabilitación Integral.

FASE DE REHABILITACIÓN FUNCIONAL

La Rehabilitación funcional se define como “la combinación de procesos interdisciplinarios con el fin de mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria. Comprende el conjunto organizado de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a promover, restaurar o restituir la autonomía funcional de las personas y sus grupos familiares, acordes a sus condiciones de edad, de género, etnia, clase social.²¹

Asimismo, la fase de rehabilitación funcional comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación y mantenimiento de la funcionalidad alcanzada, mediante el desarrollo de estrategias terapéuticas, educativas y de gestión para alcanzar la autonomía de la persona con discapacidad enmarcado en un nuevo proyecto de vida, teniendo como base la inclusión al ámbito familiar y social.²²

Los procesos centrales de la rehabilitación funcional (Secretaria Distrital de Salud, 2007) son:

¹⁹ ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS. Resolución 48/96. 1994.

²⁰ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad. Bogotá D.C.: 2004

²¹ SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTA-GRUPO FUNCIONAL DE DISCAPACIDAD. Plan de Acción 2007

²² Ley 1471 de 2011 Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional.

1. **Evaluación:** identificación de las necesidades de la persona con discapacidad y su grupo familiar. Incluye la realización de pruebas estandarizadas y no estandarizadas y la participación de profesionales de diversas disciplinas: medicina, terapia ocupacional, fisioterapia, audiología y terapia del lenguaje, psicología, trabajo social, entre otros
2. **Intervención:** Se refiere a las acciones propiamente del proceso de rehabilitación acorde con las necesidades identificadas en el proceso anterior; incluye técnicas, procedimientos soportados en diferentes corrientes del proceso de rehabilitación.
3. **Reevaluación o evaluación final:** Reconocer los avances del proceso de rehabilitación e identificar en conjunto con la familia y la persona con discapacidad los pasos a seguir.

Este proceso no se limita únicamente hasta la recuperación de los daños de estructuras u órganos, sino que trasciende a estrategias de apoyo, orientación al desempeño de las actividades ocupacionales cotidianas, adecuación de ambientes cotidianos y ocupacionales, desarrollo de habilidades, destrezas, conocimientos, actitudes, aptitudes y mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral, que facilitan la integración, garantizando un proceso óptimo de integración social.

De tal forma, que la Rehabilitación funcional enmarcada en el Subsistema de Salud de la Fuerza Pública tiene como objetivo principal estructurar el proceso de rehabilitación para alcanzar la máxima independencia funcional en el menor tiempo posible prestando servicios integrales de rehabilitación de óptima calidad, de forma personalizada que se adecúe a las particularidades de cada discapacidad como paso previo a la fase de inclusión.

FASE DE INCLUSIÓN

Esta fase provee estrategias facilitadoras de la relación del sujeto con su medio familiar, laboral y social. Comprende el desarrollo de los factores personales y del entorno mediante la ejecución de los programas de: actividad física y movilidad; habilidades sociales; comunicación y cognición; interacción con el entorno y vida activa y productiva.²³

NIVEL DE ATENCION

Se entiende por nivel de atención, el grupo de Establecimientos de Sanidad, bajo cuya estructura y organización se clasifican las actividades que pueden realizar, para satisfacer las necesidades de los usuarios que demandan su atención, de acuerdo con las políticas definidas en la misión institucional de cada fuerza²⁴

CICLO VITAL

Conjunto de momentos en la historia de una persona, dentro de un contexto, cuyo contenido consiste en las potencialidades, roles y expectativas sociales que atañen a un momento de la maduración, crecimiento y desarrollo de la persona. En esta perspectiva se hace necesario comprender las etapas del ciclo vital desde el desarrollo humano, entendiendo que dicho concepto se ha ido alejando progresivamente de la esfera de la

²³ Ibid., 1p.

²⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Acuerdo 004 (15, mayo, 1997). Por el cual se adoptan los regímenes de Referencia y Contra referencia en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Bogotá D.C.: El Ministerio, 1997. 5 p.

economía para incorporar otros aspectos igualmente relevantes para la vida, como los aspectos culturales, políticos, sociales e individuales.²⁵

El trabajo por ciclo vital se convierte en un marco de referencia que considera la totalidad de las etapas de la vida, haciendo la caracterización de ellas desde el abordaje en el estudio de las deficiencias permanentes y las implicaciones en la vida cada usuario, asimismo desde esta categoría de análisis se adiciona el estudio de los grupos poblacionales (personal activo, beneficiarios, pensionados y retirados) inmersos en los ciclos vitales, lo que brinda la posibilidad de hacer un análisis integral de la población con deficiencias permanentes pertenecientes al SSFM. Para lo cual se ha definido el siguiente esquema de categorización, con base en los lineamientos de la Secretaría Distrital de Salud:

Tabla 2. Categorías por Ciclo Vital

CATEGORIA	CICLO	RANGOS
INFANCIA	INFANCIA	Gestación/ Recién nacido /<1año
	Preescolar	De 1 a 4
	Escolar	De 5 a 9
	Adolescencia Inicial	De 10 a 14
	Adolescencia Media	De 15 a 17*
JUVENTUD	Juventud	De 18 a 26
	Adulto Joven	De 27 a 44 años
ADULTEZ	Adulto Maduro	De 45 a 59 años
VEJEZ	Persona Mayor	De 60 años o más

Fuente: Adaptación ciclos vitales Secretaría Distrital de Salud de Bogotá . 2009

* El rango establecido por la SDS abarca hasta los 18 pero fue modificado y adaptado a la población de SSFM

GRADO DE COMPLEJIDAD

Se denomina grado de complejidad, a las diferentes características que al interior de cada nivel de atención, puedan identificarse de acuerdo con la diferenciación de sus recursos humanos, locativos y tecnológicos.²⁶

²⁵ SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Plan de Intervenciones Colectivas-PIC Lineamientos 2009.

²⁶ Ibid., p. 5.

CUADRO CARACTERIZACIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

AMBITOS DE APLICACIÓN	NIVELES DE ATENCIÓN Y GRADOS DE COMPLEJIDAD			
	NIVEL I		NIVEL II	NIVEL III Y IV
SISTEMA DE SALUD	Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados		Especificado por procedimientos Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados. En este nivel están incluido todos las disciplinas terapéuticos (tf. to.tl.ts. fono y psicología).	Enfermedades catastróficas y hospitalización Médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico
SSFM	IA Consultorio, Enfermería y Punto de Atención Básica. Actividades básicas de promoción y prevención, observación y aislamiento de pacientes con o sin internación y vigilancia epidemiológica.	IB Dispensarios o Unidades Especializadas Atención médico-odontológica general y especializada de acuerdo a la demanda	Nivel II de atención: Hospital Regional FF.MM. o Clínica Regional de la Policía Nacional. Atención de especialidades básicas	Hospital de Referencia (III) Soluciona la demanda de servicios ambulatorios y hospitalarios. Realiza procedimientos médicos y quirúrgicos programados o de urgencias, de especialidades básicas y subespecialidades. Patologías de Tipo Catastrófico (IV) Alto costo, baja ocurrencia y alto costo-efectividad en su tratamiento.
REHABILITACIÓN SSFM		unidad básica de rehabilitación desarrolla acciones sencilla, de bajo costo, encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la discapacidad y a la restauración de las capacidades físicas y psicosociales	unidades de rehabilitación interdisciplinaria de sanidad militar – URIS Prevención, promoción e intervención a nivel grupal, individual y familiar en salud y discapacidad. actividades e intervenciones de mayor complejidad contando con un equipo interdisciplinario de profesionales	

Fuente: Resolución 5260/94 y acuerdo 004/97, Directiva permanente 04 DIC 2009 No. 141766 / CGFM-DGSM-SS-GPES-RHD-23.1

Como se observa en este cuadro comparativo los procesos de Rehabilitación en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares desde la Directiva permanente 04 /2009 se localizan en dos niveles de atención: las Unidades Básicas de atención y las Unidades Interdisciplinarias de sanidad Militar URIS, actualmente los hospitales regionales Nivel II de atención cuentan parcialmente con los equipos interdisciplinarios, la atención se limita al proceso asistencial por servicios de forma independiente, según los registros suministrados a la Dirección de Sanidad Militar la atención en rehabilitación está centrada a la población de niños con discapacidad y el personal de militares activos con algún grado de amputación, desconociendo la existencia de otras poblaciones y deficiencias relacionadas con discapacidad y sus actividades de intervención no abarcan el entorno familiar.

Por otro lado las unidades básica de atención, servicio prestado en el primer nivel (consultorios, enfermerías y dispensarios) la atención en rehabilitación se enfoca únicamente a los usuarios con deficiencias transitorias, y

los programas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad se desarrollan parcialmente por algunos de los ESM sin alcanzar a cumplir con los objetivos expuestos en la Directiva. A partir de este panorama se plantea un nuevo modelo de atención en rehabilitación que amplíe el proceso, más allá de lo asistencial dando cumplimiento la normatividad actual.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es la suma de acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.²⁷

La promoción de la salud busca que los individuos tengan las herramientas para manejar adecuadamente su salud adquiriendo hábitos saludables, enfatiza en la importancia de que los entes gubernamentales intervengan activamente frente al proceso de Atención Primaria en salud, por medio de la generación de espacios para la educación en salud, realizando campañas (...) De igual forma garantizando el cubrimiento total de las necesidades básicas de toda la población, incluyendo las personas con discapacidad.²⁸

PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD

En habilitación/Rehabilitación se busca identificar oportunamente riesgos que aumenten la condición de discapacidad por la presencia de la deficiencia, mediante acciones de **prevención primaria**, las cuales se refieren a la protección específica y detección temprana. En este nivel se busca la prevención de deficiencias a las ya existentes; así mismo se deben implementar **acciones de intervención**, las cuales van encaminadas al desarrollo de medidas que disminuyan la deficiencia y eviten o aminoren la limitación en la capacidad de ejecución de actividades.²⁹

REFERENCIA

Es el envío de usuarios del SSMP o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un Establecimiento de Sanidad Militar o de la Policía Nacional, a otro de mayor nivel de atención y grado de complejidad o el envío de usuarios del SSMP a instituciones de salud o grupos profesionales habilitados contratados, para la atención o complementación diagnóstica, que de acuerdo con el nivel de atención o grado de complejidad den respuesta a las necesidades de salud³⁰.

CONTRAREFERENCIA

Es la respuesta que los Establecimientos de Sanidad Militar o de la Policía Nacional o las instituciones de salud contratados, receptoras de la referencia, dan al establecimiento de sanidad que ordena la referencia. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario al Establecimiento de Sanidad Militar o de la Policía Nacional al cual pertenece por circunscripción, con las debidas indicaciones a seguir o simplemente, la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.³¹

²⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1990

²⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL. Política Pública en Discapacidad, Fortalecimiento y Movilización Social. Medellín. 2005

²⁹ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad. Bogotá D.C.: 2004

³⁰ COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. Acuerdo 004 (15, mayo, 1997). Por el cual se adoptan los regímenes de Referencia y Contra referencia en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Bogotá D.C.: El Ministerio, 1997. 2 p.

³¹ Ibid., 2

REHABILITACIÓN CON PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Estrategia encaminada a crear una cultura del conocimiento, a partir del empoderamiento y la participación de los diferentes actores de la sociedad, promoviendo que sea la propia comunidad quien aborde los temas de prevención, rehabilitación, derechos y deberes. Así mismo se plantean, soluciones viables y se aportan los elementos básicos de participación y gestión estratégica, conjuntamente con la promoción y el ejercicio de los derechos humanos y deberes de las personas con discapacidad sumados a la creación de proyectos sostenibles frente a la gestión del proyecto de vida.

REGIONALES SSFM

El SSFM está constituido a partir de 7 regionales, que permite tener una distribución equitativa y funcional de los ESM nivel nacional, a continuación se presentan la conformación de las regionales:

Tabla 4. Distribución de las regionales en el SSFM

REGIONAL	DEPARTAMENTOS
NORTE	Bolívar, Sucre, Magdalena, Cesar, Guajira, Atlántico, San Andres
NOR-ORIENTE	Norte de Santander, Santander, Arauca
SUR-OCCIDENTE	Cauca, Valle del Cauca, Caldas, Nariño, Risaralda, Quindío
SUR-ORIENTE	Vichada, Casanare, Guainia, Vaupes, Guaviare, Meta
CENTRO	Boyacá, Tolima, Huila, Cundinamarca, Bogotá
SUR	Caquetá, Putumayo, Amazonas
NOROCCIDENTE	Choco, Córdoba, Antioquia, Chocó

Fuente: Portafolio de Servicios de Salud SSFM 2010- Actualización 2011

PROCEDIMIENTO EN SALUD

Es la secuencia lógica de un conjunto de actividades utilizadas en el proceso de atención: promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de la enfermedad;

INTERVENCION EN SALUD

Es el conjunto de procedimientos realizados con el mismo fin, acordes con un diagnóstico, dentro del proceso de atención: promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de la enfermedad. Cualquier acto realizado para vigilar o mejorar un proceso fisiológico, para interrumpir o controlar un proceso patológico.

INTERDISCIPLINARIEDAD

Los servicios de rehabilitación deberán contar con la participación de profesionales de las diferentes tales como medicina general y especializada, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, trabajo social, y las demás disciplinas que se requieran para el tratamiento de la persona con discapacidad.

BIBLIOGRAFIA

BERNAL TORRES, Janeth y GARCIA Alix Solanger. Lineamientos de Política. Habilitación y Rehabilitación para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Ministerio de la Protección Social. Bogotá. Mayo, 2004.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1471 (30, junio, 2011) Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional.

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento CONPES 80. Colombia. 2004

CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Documento CONPES 3591. Colombia. 2004 DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Plan de Desarrollo 2011-2014. Bogotá. 2011.

CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Mayo 2010

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Portafolio de Servicios de Salud. Tercera Edición. Bogotá. Agosto. 2010.

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. Primer diagnóstico Situacional de la red de prestación de servicios en rehabilitación. 2011

FUNDACION SILDARRIAGA CONCHA, La discapacidad en el contexto del Sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia, Lineamientos epidemiológicos e impacto económico.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía para el manejo médico-quirúrgico de heridos en situación de conflicto armado. Bogotá. 2011.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Lineamientos de Política Habilitación/Rehabilitación Integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad. Bogotá. Mayo de 2004

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá. Abril de 2004.

MODELO DE REHABILITACION INTEGRAL IDEAL . Fundación IDEAL para la Rehabilitación Integral, Cali.2012

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. IMSERSO. Madrid, 2001.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006

PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACIÓN. Guía de Atención en Rehabilitación. Managua, Nicaragua. Ministerio de Salud de Nicaragua. Septiembre de 2004.

SECRETARÍA DE SALUD. Programa de Acción Específico 2007-2012, Atención Integral a la Salud de las personas con discapacidad. Primera edición. México. 2009.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Lineamientos de Discapacidad 2007. Bogotá.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Lineamientos técnicos de Discapacidad 2008. Bogotá.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. Plan Distrital de Discapacidad 2001-2005. Versión Final. Bogotá. 2001.

FORMATO I

INSTRUCTIVO MATRIZ DE REPORTE DE INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

La matriz de reporte de información periódica en discapacidad evidencia las diferentes variables y categorías con relación de identificación, caracterización la deficiencia- discapacidad, características del proceso de rehabilitación y finalmente datos concernientes a la entrega de ayudas técnicas, todos los anteriores serán mencionados a continuación:

COLUMNA	TIPO CAMPO	NOMBRE CAMPO	FORMA DE DILIGENCIAR (TODO EN MAYUSCULA)
A	NUMERICO	NUMERO	Número consecutivo de ingreso a la base de datos
B	ALFABETICO	TIPO IDENTIFICACION	Se deben escribir según la Resolución _____ AS: Adulto sin ID CC: Cedula de Ciudadanía CE: Cedula de Extranjería MS: Menor sin ID NUIP: N° UNICO DE IDENTIFICACIÓN PA: Pasaporte RC: Registro Civil T.I: Tarjeta de Identidad
C	NÚMERICO	NUMERO IDENTIFICACION	Se requiere especificar el número. No escribir puntos, rayas o comas
D	ALFABETICO	PRIMER APELLIDO	Escribir el primer apellido del usuario en MAYUSCULA (todos deben tener esta casilla diligenciada)
E	ALFABETICO	SEGUNDO APELLIDO	Escribir el segundo apellido del usuario en MAYUSCULA, si el usuario no tiene escribir 0
F	ALFABETICO	PRIMER NOMBRE	Escribir el Primer nombre del usuario en MAYUSCULA (todos deben tener esta casilla diligenciada)
G	ALFABETICO	SEGUNDO NOMBRE	Escribir el segundo nombre del usuario en MAYUSCULA, si el usuario no tiene escribir 0
H	NÚMERICO	FECHA DE NACIMIENTO	Escribir la fecha con el siguiente formato: día/mes/año (10/05/2010) , escribir el año completo, evitar usar espacios, comas y guiones
I	ALFABETICO	GENERO	Escribir según el caso F (femenino) M (masculino)
J	NÚMERICO	EDAD	Escribir la edad en numero de años, si es menor de un año <1
K	ALFABETICO	ESTADO CIVIL	Escribir : S (Soltero) C (Casado) S (Separado) UL (Unión Libre) V (Viudo)
L	ALFANÚMERICO	CODIGO MUNICIPIO DANE RESIDENCIA ACTUAL DEL PACIENTE	Según los códigos del DANE, recuerde que estos siempre tendrán 5 dígitos. (solo números)
M	ALFABETICO	TIPO GRADO	Especifique el tipo de grado completo en MAYUSCULA ejemplo: CORONEL, SARGENTO MAYOR, SOLDADO PROFESIONAL

N	ALFABETICO	GRADO NETO	Especificar la clase del grado en MAYUSCULA , Ejemplo: OFICIAL SUBOFICIAL SOLDADO - INFANTE DE MARINA CIVIL PENSIONADO RETIRADO
O	ALFABETICO	TIPO DE AFILIACION	Escribir en MAYUSCULA el tipo de afiliación: AFILIADO COTIZANTE AFILIADO NO COTIZANTE BENEFICIARIO TUTELA
P	ALFABETICO	FUERZA	Escribir LA SIGLA según el caso EJC (Ejército Nacional) ARC (Armada Nacional) FAC (Fuerza Aérea Colombiana) HOMIC (Hospital Militar Central)
Q	ALFABETICO	FORMACION ACADEMICA	Para el reporte de la formación académica se deben tener en cuenta los siguientes parámetros según corresponda: NO ESCOLARIZADO, PREESCOLAR, PRIMARIA, SECUNDARIA BASICA (9° GRADO), BACHILLERATO, TECNICO, TECNOLOGO, UNIVERSITARIO, POSGRADO. Escribir la palabra completa en MAYUSCULA , sin comentarios y sin signos de puntuación
R	NÚMERO	FECHA DEL EVENTO	Se reporta la fecha en la cual se presentaron los hechos, teniendo en cuenta el siguiente formato: DD-MM-AAAA (10/05/2010) , escribir el año completo, evitar usar espacios, comas y guiones.
S	ALFABETICO	LUGAR DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	Escribir la ciudad o departamento donde ocurrió el evento Según los códigos DANE, recuerde que estos siempre tendrán 5 dígitos (solo números)
T	ALFABETICO	ORIGEN DE EVENTO	Escribir LA SIGLA según el caso AC: Accidente Común. AT: Accidente de Trabajo. EG: Enfermedad general (Congénita, adquirida) EP: Enfermedad profesional.
U	ALFABETICO	AGENTE DE LESION	Se reporta acorde a las siguientes acciones: 1. Animales 2. Maquinaria y/o equipo 3. Mina Antipersonal /MUSE (Munición sin explotar) / AEI: Artefacto Explosivo Improvisado 4. Arma de Fuego 5. Artefacto explosivo 6. Medio de transporte aéreo 7. Medio de transporte Fluvial 8. Medio de transporte terrestre 9. Objeto corto punzante 10. Herido en combate 11. Otro (Cua ESPECIFIQUEI)
V	ALFANUMERICO	PRIMER DIAGNOSTICO CODIGO DE LA CIE-10	Escriba el código de la CIE-10 (Recuerde que este tiene cuatro dígitos) S580
W	ALFABETICO	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	Se debe diligenciar en MAYUSCULA con el nombre completo de la patología, según el código anteriormente descrito el. Ejemplo: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA A NIVEL DE CODO-
X	ALFANÚMERO	SEGUNDO DIAGNOSTICO CODIGO DE LA CIE-10	Escriba el código de la CIE-10 (Recuerde que este tiene cuatro dígitos) S980
Y	ALFABETICO	NOMBRE DEL DIAGNOSTICO	Se debe diligenciar en MAYUSCULA con el nombre completo de la patología, según el código anteriormente descrito el. Ejemplo: AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA A NIVEL DE CODO-

Z	ALFANÚMERICO	TIPO DE DISCAPACIDAD	Escribir en MAYÚSCULA según sea el caso MOTORA INTELLECTUAL - COGNITIVA MENTAL SENSORIAL (especificar si es visual - auditiva, gusto, tacto, olfato) MULTIPLE
AA	ALFANÚMERICO	NIVEL DE AMPUTACIÓN	Se reporta en MAYÚSCULA de acuerdo a la tabla correspondiente a los niveles de amputación: MIEMBROS SUPERIORES DESARTICULADO DE HOMBRO. TRANSHUMERAL (SOBRE CODO). DESARTICULADO DE CODO. TRANSRADIAL (BAJO CODO). DESARTICULADO DE MUÑECA. TRANSMETACARPIANAS Y PARCIALES DEL CARPO. MIEMBROS INFERIORES DESARTICULADO DE CADERA. TRANSFEMORAL (SOBRE RODILLA). DESARTICULADO DE RODILLA. TRANSTIBIAL (BAJO RODILLA). TRANSMALEOLAR (SYME). TARSOMETATARSIANA (LISFRANC) Y MEDIOTARSIANA (CHOPART). TRANSMETATARSIANA.
AB	ALFABETICO	LATERALIDAD	Especificar la lateralidad de la amputación Derecho Izquierdo Bilateral
AC	ALFABETICO	NOMBRE DEL ESM O RED EXTERNA DONDE RECIBE EL TRATAMIENTO	Escribir en MAYÚSCULA el nombre del Establecimiento de Sanidad Militar donde recibe tratamiento de rehabilitación
AD	ALFABETICO	CODIGO MUNICIPIO DANE DONDE RECIBE EL TRATAMIENTO	Escribir la ciudad o departamento donde recibe el proceso de rehabilitación Según los códigos DANE, recuerde que estos siempre tendrán 5 dígitos (solo números)
AE	NÚMERICO	FECHA DE INGRESO AL PROCESO DE REHABILITACION INICIAL	Se reporta la fecha en la cual el usuario ingresó a algunos de los servicios de rehabilitación, teniendo en cuenta el siguiente formato: DD-MM-AAAA (10/05/2010) , escribir el año completo, evitar usar espacios, comas y guiones.
AF	ALFABETICO	NOMBRE DE LA AYUDA TÉCNICA	Se reporta el nombre de la ayuda técnica (silla de ruedas, audífonos, implantes cocleares, kit visual ,ortesis, prótesis
AG	ALFABETICO	ACTIVIDAD ACTUAL	Escribir en MAYUSACULA la actividad que actualmente desempeña el usuario HOGAR ESTUDIANTE EMPLEADO DESEMPLEADO INDEPENDIENTE OTRO (Especifique cuál)
AH	ALFANÚMERICO	OBSERVACIONES	Escribir en MAYÚSCULA las Novedades que se presenten en el proceso de rehabilitación.
AI	NÚMERICO	FECHA DE FINALIZACION DEL PROCESO DE REHABILITACION	Se reporta la fecha en la cual el usuario finaliza el proceso de rehabilitación, teniendo en cuenta el siguiente formato: DD-MM-AAAA (15/02/2011) , escribir el año completo, evitar usar espacios, comas y guiones.
AJ	ALFABETICO	REMISION AL CENTRO DE REHABILITACION E INCLUSION SOCIAL	Especificar en letra MAYÚSCULA si el ESM de II Nivel remitió al paciente al Centro de Rehabilitación e Inclusion Social SI - NO

FORMATO II

TABLA GUIA DE DISCAPACIDAD

TIPO DE DISCAPACIDAD	FUNCIONES CORPORALES	ESTRUCTURAS CORPORALES	LIMITACIONES- DIFICULTADES EN LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES Y PARTICIPACIONES	CATEGORIAS
DISCAPACIDAD MOTORA	Funciones Musculoesquelético y relacionada con el movimiento	Estructuras relacionadas con el movimiento	Moverse o caminar	Limitaciones en la movilidad del cuerpo y los miembros inferiores: Cambiar y mantener la posición del cuerpo, cuello, cabeza. Andar o desplazarse de un sitio a otro.
			Usar sus brazos y manos	Limitaciones en la movilidad de los miembros superiores: tocar, coger y manipular objetos con las manos, mover y utilizar brazos, hombros, manos, dedos.
			Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo	Alimentarse, llevar alimento a la boca utilizando cubiertos, tazas, pocillos, vasos: Beber, sorber, cortar comida. Ponerse y quitarse la ropa exterior e interior, medias, zapatos. Lavarse cara, manos, cabeza, cuerpo, secarse con la toalla, cepillarse los dientes, peinarse. Manejar la acción de eliminación de sus desechos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior. Incluye indicar la necesidad de realizarlo, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado, manipular la ropa antes y después de usarlo, el uso de toallas sanitarias y compresas.
DISCAPACIDAD VISUAL	Funciones Sensoriales	Ojo y estructuras relacionadas	Ver a pesar de usar lentes o gafas	Limitaciones para ver, comprende las personas que son ciegas (carecen de la vista) los que no pueden percibir la luz, hasta que tienen serias deficiencias visuales como ver borroso o sombra aún utilizando lentes o ayudas especiales.
DISCAPACIDAD AUDITIVA/ VOZ Y HABLA	Funciones Sensoriales	Oído y estructuras relacionadas	Oír aún con aparatos especiales	Limitaciones en la recepción de mensajes hablados, sonidos del entorno. Capta personas con sordera total y parcial.
	Funciones de Voz y Habla	Estructuras involucradas con la voz y el habla	Hablar	Limitaciones para hablar, producción de mensajes. Vocalización y entonación. Para entablar una conversación y/o utilizar aparatos y técnicas de comunicación.
DISCAPACIDAD COGNITIVA	Funciones Cognitivas	Estructura del sistema nervioso	Entender o aprender	Limitaciones en el aprendizaje y aplicación de conocimientos: Experiencias sensoriales intencionadas, aprendizaje básico (mirar, escuchar, copiar, repetir, aprender a leer, calcular, resolver problemas, tomar decisiones), pensar y memorizar.
DISCAPACIDAD MENTAL	Funciones Mentales	Estructuras del sistema nervioso central	Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	Interrelaciones interpersonales generales y interrelaciones interpersonales particulares con familiares, amigos, extraños, sociales y comunitarios, formales e informales.
DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	Dos o más de las funciones anteriores comprometidas	Dos o más de las estructuras anteriores comprometidas		Existen individuos que presentan dos o más alteraciones en las funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limite la ejecución de diversas actividades. En estos casos se necesita igualmente, diversos apoyos, los cuales dependerán de las diversas alteraciones.
	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y	Estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico y	Alteraciones de los sistemas cardiovascular, hematológico y respiratorio	

DISCAPACIDAD MENTAL	Funciones Mentales	Estructuras del sistema nervioso central	Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales	Interrelaciones interpersonales generales y interrelaciones interpersonales particulares con familiares, amigos, extraños, sociales y comunitarios, formales e informales.
DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	Dos o más de las funciones anteriores comprometidas	Dos o más de las estructuras anteriores comprometidas		Existen individuos que presentan dos o más alteraciones en las funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limite la ejecución de diversas actividades. En estos casos se necesita igualmente, diversos apoyos, los cuales dependerán de las diversas alteraciones.
OTRAS	Funciones de los sistemas cardiovascular, hematológico, inmunológico y respiratorio	Estructuras de los sistemas cardiovascular, hematológico y respiratorio	Alteraciones de los sistemas cardiovascular, hematológico y respiratorio	
	Funciones de los sistemas digestivos y endocrino	Estructuras relacionadas con los sistemas digestivos y endocrino	Alteraciones en la digestión	
	Funciones genitourinarias y reproductoras	Estructuras relacionadas con el sistema genitourinario y reproductor	Alteraciones en el sistema genitourinario y genital	
	Funciones de la piel y estructuras relacionadas	Piel y estructuras relacionadas	Alteración en la Piel.	

FUENTE: Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y la Salud / Censo de Población y Vivienda 2005 DANE.

CATEGORÍAS POR CICLO VITAL

CATEGORIA	CICLO	RANGOS
INFANCIA	INFANCIA	Gestación/ Recién nacido /<1año
	Preescolar	De 1 a 4
	Escolar	De 5 a 9
	Adolescencia Inicial	De 10 a 14
	Adolescencia Media	De 15 a 17*
JUVENTUD	Juventud	De 18 a 26
	Adulto Joven	De 27 a 44 años
ADULTEZ	Adulto Maduro	De 45 a 59 años
VEJEZ	Persona Mayor	De 60 años o más

Fuente: Adaptación ciclos vitales Secretaría Distrital de Salud de Bogotá . 2009

* El rango establecido por la SDS abarca hasta los 18 pero fue modificado y adaptado a la población de SSFM

**INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - EAVD
(EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACION)**

Identificación General del Usuario						
Nombres y apellidos:			Identificación:			
Dx.						
			Calificación: 3 Si solo 1 Si con ayuda 0 No lo hace			
FECHA (Día - Mes - Año)						
Ítem	Entrevista	inicial	intermedia	final	Meta	Observación
MOVILIDAD EN CAMA	Puede usted, adoptar la posición de acostado y levantarse de su cama?					
	Cambia de posición en la cama?					
	Se sienta en la cama?					
	Se puede desplazar sentado en la cama					
	Subtotal					
VESTIDO	viste y desviste prendas de la cintura hacia arriba					
	viste y desviste prendas de la cintura hacia abajo					
	Se coloca calzado					
	Usa accesorios de vestir (cinturón, reloj, anillo)					
	Subtotal					
ALIMENTACION	Se alimenta solo					
	Sirve alimentos líquidos y sólidos					
	Utiliza cubiertos					
	Subtotal					
CALADO	Usa talco, loción, gel. Desodorante (maquillaje)					

	Se arregla las uñas					
	cuidado de la piel (crema, afeitada y uso de elementos de protección)					
	se peina					
	Subtotal					
HIGIENE PERSONAL	Se baña y seca el cuerpo (parte superior)					
	Se baña y seca el cuerpo (parte inferior)					
	Se lava y seca las manos					
	Se lava y seca el cabello					
	Se cepilla los dientes o prótesis					
	Subtotal					
IR AL BAÑO	Al hacer la evacuación vesical o intestinal lo hace solo?					
	Utiliza adecuadamente el papel toilette					
	Usa el baño adecuadamente?					
	Subtotal					
TRASLADOS FUNCIONALES	Puede ir de un lado a otro en su casa o lugar donde habita?					
	Puede pasarse de la cama a la silla, de la silla a la cama. (Otros traslados)					
	Puede desplazarse fuera de su casa?					
	Subtotal					
PATRONES INTEGRALES	Puede coger elementos grandes con una mano?					
	Puede escribir?					
	Puede lanzar una pelota en una cesta?					
	Puede alcanzar objetos que estén arriba de la cabeza?					
	Puede alcanzar objetos que estén debajo de la cintura?					

	Puede alcanzar objetos que estén al lado a la altura del hombro? (lateral y contra lateral)					
	Subtotal					
COMUNICACIÓN	Comprensión					
	Expresión					
	Se comunica con otros de manera adecuada					
	Subtotal					
	TOTAL					

Fuente: Test de independencia y funcionalidad de Rodríguez y Arango, UN. Adaptado Grupo de trabajo DGSM-FFMM. Bogotá , 2012

CALIFICACION	PUNTUACIÓN	ESCALA PORCENTUAL DE FUNCIONALIDAD
0	0 a 35	0% a 33%
1	36 a 70	34% a 66%
3	71 a 105	67% a 100%

Identificación General del Usuario

Datos Personales

Nombres y apellidos:		Identificación:
Fecha de Nacimiento: DD MM AA	Lugar:	
Género:	Edad	Estado Civil:
Escolaridad:	Grado:	Tiempo de servicio:
Ciudad de residencia:	Dirección:	Teléfono:
Celular:		
Nombre del acudiente:		Parentesco:
Ciudad de residencia:	Dirección:	Teléfono:
Celular:		

Datos de la Unidad Militar- Caracterización del evento

Fuerza:

Brigada:

Unidad Militar:

Fecha del evento: DD MM AA

Lugar (Departamento- municipio) donde ocurrió el evento:

Origen del evento: AT ☐ AC ☐ EP ☐ EC ☐ Otro ☐ Cual: _____

Agente de la lesión: _____

Atención Asistencial

Diagnóstico de remisión (CIE 10): _____ Tipo De Discapacidad: _____

Tratamientos recibidos:

Adaptaciones :

Silla de ruedas ☐ Muletas ☐ Bastón ☐ Caminador ☐ Prótesis ☐ Ninguna ☐

Dominancia: Izquierda ☐ Derecha ☐ Conservada SI ☐ NO ☐

Antecedentes:

Patológicos: SI ☐ NO ☐ Cual: _____

Quirúrgicos: _____

Familiares: _____

Toxico alérgicos: _____

Farmacológicos: _____

Otros: _____

EXPECTATIVAS DEL USUARIO Y/O FAMILIA FRENTE A SU REHABILITACIÓN:

Valoración Por Fisiatría:

DOLOR (lattinen).

Intensidad del dolor: _____ Frecuencia del dolor: _____ Consumo de analgésicos _____

Incapacidad: _____ Horas de sueño: _____ Total: _____

Localización:

Tipo:

Observación:

Valoración Por Fisioterapia:

Evaluación De Dolor

TIPO DOLOR	AGUDO	SUBAGUDO	CRONICO
APARICION DOLOR	INTERMITENTE	OCASIONAL	CONTINUO
ORIGEN DE DOLOR	MECANICO	INFLAMATORIO	NEUROGENICO
DOLOR MOVILIDAD (Mencione la articulación)	FLEXION EXTENSION	ROTACIONES (Int-Ext; Der-Izq Columna)	INCLINACION (Der-Izq) (Columna) ABD-ADD
DOLOR PALPACION	BILATERAL	UNILATERAL	LINEA MEDIA
ACTIVIDADES QUE AUMENTAN DOLOR		ACTIVIDADES QUE DISMINUYEN DOLOR	

DESCRIPCION DEL DOLOR : _____

Evaluación Sensibilidad

HIPOESTESIA	HIPERESTESIA	ANESTESIA	DISESTESIA	PARESTESIA
NORMAL	ALODINIA	OTRO	OTRO	

Dermatoma Afectado: _____

Valoración Articular

Tensión Selectiva De Tejidos

MOVIMIENTO	AMPLITUD DE MOVIMIENTO		CALIDAD DE MOVIMIENTO		SINTOMAS
FLEXION					
EXTENSION					
INCLINACIÓN (columna)					
ROTACIONES					
ADDUCION					

ABDUCCION					
-----------	--	--	--	--	--

Amplitud del movimiento: si completa o no rango normal de movimiento, Calidad de movimiento: Bueno- Regular – Malo, Síntomas: Si Hay o no dolor.

Observaciones: _____

Valoración De Fuerza Por Miotomas

TEST VALORACION RAICES	DERECHO	IZQUIERDO
Flexión de cadera L2		
Aducción de cadera L2L3L4		
Extensión de rodilla L3L4		
Tibial Anterior L4		
Flexión de rodilla S1		
Peronero S1		
Extensión dedo gordo L5		
Flexión dorsal talones L4L5		
Flexión plantar puntillas S1		

Valorar fuerza pidiendo contracción máxima se califica débil o fuerte.

TEST VALORACION RAICES	DERECHO	IZQUIERDO
Rotación cervical C1		
Elevación de hombros C2 C3 C4		
Abducción de hombros		
Flexión de codo y ext. de muñeca		
Extensión de codos, flexión de muñeca C7		
Extensión de pulgar C8		
Abducción de dedos T1		

Valorar fuerza pidiendo contracción máxima se califica débil o fuerte.

Valoración por Trabajo Social:

Composición familiar:

Nombre	Parentesco	Edad	Escolaridad	Ocupación

Redes Sociales:

Primarias:

Secundarias:

Institucionales:

Compromisos familiares o del paciente:

Concepto Final Trabajo Social:

Valoración Psicológica:

Examen mental e indicadores clínicos:

Adherencia al tratamiento (Motivación, cumplimiento y compromiso en actividades relacionada con sus terapias, expectativas)

Estrategias de Afrontamiento:

Redes de apoyo:

Factores de riesgo (Vulnerabilidades) y Factores protectores:

Proyecto de Vida:

Objetivo de rehabilitación:

EQUIPO DE REHABILITACION

Fisiatra: _____

Fisioterapeuta: _____

Terapeuta Ocupacional: _____

Trabajador Social: _____

Psicóloga: _____

INSTRUCTIVO

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (EAVD) DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE REHABILITACIÓN

El instrumento de Evaluación que se presenta a continuación está constituido por dos partes: La primera (parte A) corresponde a la evaluación propiamente dicha de actividades de la vida diaria; La segunda (parte B) corresponde a información general de la persona con discapacidad y las valoraciones realizadas por cada uno de los profesionales que integran el equipo de rehabilitación.

PARTE A:

EVALUACION ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (EAVD)

Para el modelo de Rehabilitación Funcional De Las Fuerzas Militares, se realizó una adaptación del Test de Independencia y Funcionalidad de Rodríguez y Arango - 1995, para permitir la evaluación de las actividades de la vida diaria, como herramienta que identifica cuantitativamente el grado de funcionalidad.

La elaboración y aplicación de este instrumento, permite fortalecer el trabajo en equipo, buscando la unificación de conceptos, la efectividad y eficacia en la evaluación de las actividades de la vida diaria, con un enfoque humanizado, que permita fortalecer el desarrollo de habilidades para vivir con autonomía y participación del usuario con el entorno.

A QUIEN SE APLICA

El Instrumento de evaluación de Actividades la Vida Diaria, se aplicará al personal con discapacidad permanente, que pertenezca al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

ALCANCE

El diseño del instrumento de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria (EAVD), permite ser aplicado por cualquier profesional de la salud que haga parte del equipo de rehabilitación.

Este instrumento de evaluación permite realizar varias aplicaciones, para que el evaluador determine los avances o retrocesos teniendo en cuenta la evaluación inicial comparada con una evaluación intermedia y o una evaluación final.

RESPONSABLE

Los profesionales de la salud que intervengan en el proceso de rehabilitación funcional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Preferiblemente un Terapeuta Ocupacional debe ser quien lo aplique.

SEGUIMIENTO

Con el fin de facilitar la aplicación y el seguimiento del instrumento de evaluación, se hará entrega de una ruta en la cual se indica a la persona con discapacidad y/o acudiente, las áreas por la cuales debe ser valorado. Cada profesional al realizar la valoración firmará con fecha en el espacio correspondiente a su especialidad en la hoja de ruta; una vez esté correctamente diligenciada ésta hoja, el área de Trabajo Social ó profesional designado, programará la primera reunión del equipo interdisciplinario de rehabilitación con la participación del usuario y su familia en la cual se fijará un objetivo en común, concertado de acuerdo con las necesidades y expectativas del usuario y su familia, posteriormente el equipo interdisciplinario evaluará los avances y en caso de requerirse se realizarán ajustes al plan de intervención; finalmente se realizará una evaluación final y se determinará los compromisos alcanzados y se emitirá un concepto del proceso de rehabilitación, el cuál estará basado en los parámetros establecidos en la Clasificación Internacional Funcional (CIF).

INSTRUCCIONES DE APLICACION

El instrumento de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria (EAVD), está constituido por un formato de evaluación, que contempla los datos generales del individuo, así como la escala de evaluación con los ítems de Movilidad en cama; Vestido; Alimentación; Acicalado; Higiene Personal; Ir al Baño; Traslados Funcionales y patrones integrales.

El instrumento de evaluación propone una escala de medición que consiste en tres niveles de desempeño así:

(0) No realiza la acción, es el más bajo nivel de desempeño³² de el individuo.

(1) Nivel intermedio de desempeño en donde el individuo presenta dificultad para la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), suspende o interrumpe continuamente la actividad, manifiesta fatiga o realiza la actividad con alguna ayuda técnica como aditamentos, ortesis, prótesis.

(3) Es la calificación máxima para quien se desempeña óptimamente.

EL EVALUADOR DEBE:

- * Explicar al evaluado de manera clara, corta y concisa en que consiste la evaluación y cada ítem.
- * Indicar al evaluado que cada acción a evaluar, debe ser realizada en su totalidad.
- * Es importante formular todas las preguntas, hacer el registro teniendo en cuenta la respuesta del entrevistado, o la observación directa si es necesario.
- * En el espacio de observación, se debe registrar la anotación pertinente en cada ítem, como factores que alteran el desempeño del individuo, ayudas utilizadas por el evaluado, para realizar la acción.

MOVILIDAD EN CAMA	conjunto de acomodaciones que realiza el individuo en la cama, para llevar acabo la actividad de sueño. Se refiere al comportamiento motor y no al proceso fisiológico del dormir.
VESTIDO	actividad consistente en cubrir el cuerpo con ropas, con el fin de aislarlo de la intemperie y brindarle protección a la piel.
ALIMENTACIÓN	Concierne al proceso del manejo de alimentos desde el plato hasta la introducción del alimento en la boca. En la ejecución se tiene en cuenta el manejo y uso de utensilios y del espacio.
ACICALADO	Consiste en la acción del individuo de utilizar elementos para su arreglo personal dando como resultado el embellecimiento. Entre los elementos están los cosméticos, cremas, lociones, cortaúñas, peinillas y ganchos
HIGIENE PERSONAL	Conducta del individuo en el manejo del agua y elementos para la limpieza total del cuerpo: incluye mojarse, enjabonarse y secarse. Mojarse y utilizar el jabón, así como retirar el jabón con agua, implica la acción de

³² Desempeño es capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria

	bañar. Secar indica retirar el agua de la superficie corporal utilizando la toalla.
IR AL BAÑO	Consiste en el acto de preparar la ropa antes y después de ir al baño, la planificación y realización de la eliminación de desechos humanos (flujo menstrual, orina y heces) y la propia limpieza posterior, incluyendo su regulación. Así como coordinar y manejar la micción y defecación, tal como lo indica la necesidad, adoptar la postura adecuada, elegir y acudir a un lugar adecuado para orinar y defecar.
TRASLADOS FUNCIONALES	Acto motor que implica la movilidad corporal del evaluado dentro del ambiente familiar y cotidiano. En el traslado el evaluado debe respetar las disposiciones arquitectónicas y distribución de elementos (puertas con perillas o candados) ya sea en posición bípeda o con ayudas de bastón, caminador o silla de ruedas. Se tiene en cuenta si requiere de asistencia para el manejo de la silla de ruedas.
COMUNICACIÓN	capacidad para transmitir y comprender verbal y no verbalmente las emociones, sensaciones y pensamientos o ideas de manera clara y eficaz.

En este cuadro se observan las puntuaciones máximas y mínimas que se pueden obtener de la Evaluación de Actividades de la Vida Diaria. Estas puntuaciones se asignarán en caso de observar en el evaluado la completa independencia o dependencia.

ÁREA O ÍTEM	NÚMERO PREGUNTAS	CALIFICACIÓN MÁXIMO DE DESEMPEÑO (INDEPENDENCIA)	CALIFICACION MÍNIMA DE DESEMPEÑO (DEPENDENCIA)
Movilidad en cama	4	12	0
Vestido	4	12	0
Alimentación	3	9	0
Acicalado	4	12	0
Higiene personal	5	15	0
Ir al baño	3	9	0
Traslados funcionales	3	9	0
Patrones Integrales	6	18	0
Comunicación	3	9	0
Puntuación total	35	105	0

Interpretación de la escala porcentual

La máxima puntuación que el evaluado puede alcanzar en su desempeño funcional al aplicar el **EAVD**, es de 105 que equivale al 100% de independencia. Por ello, cualquier valor de la puntuación total por debajo del 105 se contrastará con la tabla – escala porcentual de independencia del evaluado.

Relación puntuación total – Escala porcentual

CALIFICACION	PUNTUACIÓN	ESCALA PORCENTUAL DE FUNCIONALIDAD
0	0 a 35	0% a 33%
1	36 a 70	34% a 66%
3	71 a 105	67% a 100%

PARTE B:

EVALUACION EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

A QUIEN SE APLICA

El Instrumento de evaluación de Actividades la Vida Diaria, se aplicará al personal con discapacidad permanente, que pertenezca al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de Colombia.

ALCANCE

El diseño del instrumento de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria, permite ser aplicado por cada uno de los profesionales de la salud que hagan parte del equipo de rehabilitación.

Este instrumento de evaluación permite realizar varias aplicaciones, para que el evaluador determine los avances o retrocesos teniendo en cuenta la evaluación inicial comparada con una evaluación intermedia y o una evaluación final.

RESPONSABLE

Los profesionales de la salud que intervengan en el proceso de rehabilitación funcional

La evaluación del equipo interdisciplinario está compuesta por:

DATOS GENERALES

Identificación General Del Paciente

La historia clínica completa incluye preguntas de significado especial, incluyendo: (datos generales, antecedentes personales-familiares y enfermedad actual o historia de las lesiones), así como la información de sus antecedentes importantes de salud .

DATOS DE LA UNIDAD MILITAR- CARACTERIZACION DEL EVENTO

Nos permite conocer dónde, cuándo y cómo ocurrieron los hechos del accidente, reconocer la unidad de origen-zona, origen-agente de la lesión y el tipo de accidente de trabajo: (AT) - accidente común (AC) – enfermedad profesional (EP) – enfermedad común (EC) – accidente de tránsito (ATR).

ATENCION ASISTENCIAL

- *Diagnóstico de remisión (CIE 10):*

Este corresponde al código con el cual ingresa la persona con discapacidad al proceso de rehabilitación.

- *Tipo de discapacidad:*

Hace referencia al tipo de discapacidad consignado en la clasificación del Modelo de Rehabilitación Funcional FFMM (condiciones de discapacidad en el espectro Sensorial (auditivo – visual), Intelectual - cognitivo, motor, mental y múltiple, afectando a la población en los diferentes ciclos vitales.

Según el tipo y grado de la discapacidad el Ministerio de la Protección Social, acorde con los planteamientos conceptuales de la CIF, ha propuesto una clasificación de los grados de discapacidad en severa, moderada o leve, de acuerdo a la posibilidad de participación en la realización de actividades.

- *Tratamientos recibidos:*

Transcripción de la epicrísis, nombrando las especialidades que lo han atendido, se adaptará de acuerdo a la estructura organizacional de cada Fuerza.

- *Adaptaciones:*

Se debe señalar el tipo de adaptación que la persona con discapacidad utilice (*Silla de ruedas, Muletas, Bastón, Caminador, Prótesis o Ninguna*)

- *Dominancia:*

Determinar la dominancia que presenta la persona con discapacidad y si se encuentra conservada o no.

- *Antecedentes:*

Se refiere a los hechos importantes en la vida del paciente, dando importancia no sólo a los aspectos físicos, historia ocupacional; sino también los aspectos sicosociales, emocionales y familiares. Se deben identificar factores que tengan influencia en la vida actual.

- *Expectativas Del Usuario:*

Es importante conocer la actitud del paciente frente al tratamiento, así como las causas que le producen malestar, y que son factores negativos, para controlarlos y poder conocer al paciente en cuanto a la necesidad de la rehabilitación del mismo. Se debe tener en cuenta aspectos como el miedo, la ansiedad, el stress; los cuales determinan la expectativa del paciente, necesidades, fracasos, y posibles factores de deserción, que puedan afectar el tratamiento que deba realizar.

VALORACIÓN DE FISIATRÍA

Realizada por el medico o especialista, utilizando el Test de *Latinnen*, en el cual permite medir la intensidad del dolor, frecuencia del dolor, consumo de analgésicos, incapacidad, horas de sueño así:

Intensidad del dolor	ligero	1
	Molesto	2
	Intenso	3
	Insoportable	4
Frecuencia dolor	Raramente	1
	Frecuentemente	2
	Muy frecuente	3
	Continúo	4
Consumo de analgésicos	Ocasionalmente	1
	Regular y pocos	2
	Regular y muchos	3
	Muchísimos	4
Incapacidad	Ligera	1
	Moderada	2
	Ayuda necesaria	3
	Total	4
Horas de sueño	Normal	0
	Despierta alguna vez	1
	Despierta varias veces	2
	Insomnio	3
	Sedantes	+1

Total de 20 /20

Localización: Sitio anatómico del dolor.

Tipo o característica del dolor: Punzada, quemazón, ardor, hormigueo, peso, opresivo...

Observación:

VALORACIÓN DE FISIOTERAPIA

- *Evaluación de Dolor:*

Se debe colocar una X de acuerdo:

Al tipo de dolor (agudo, subagudo o crónico)

A la aparición del dolor (intermitente, ocasional o continuo)

Al origen del dolor (Mecánico, inflamatorio o neurogénico)

Al dolor en la movilidad, mencionar las articulación (es) de acuerdo a los movimientos específicos (flexión-extensión, rotación interna – externa o rotación derecha-izquierda si se refiere a la columna, inclinaciones adelante – atrás o derecha o izquierda si se refiere a la columna y abducción, adducción).

En descripción del dolor colocar las observaciones que se considere mencionar.

- *Evaluación de Sensibilidad:*

Colocar una X en el lugar correspondiente y en otro indicar si existe y nombrarlo. En caso de ser necesario referirse al dermatoma específico o a las observaciones que considere mencionar.

- *Valoración articular:*

En ésta evaluación se utilizará la Tensión Selectiva de tejidos (Kisner y Colby, 2005). En la amplitud del movimiento se debe indicar si completa o no el rango normal de movimiento, en calidad de movimiento describir si es: Bueno- Regular – Malo y en síntomas: Si hay o no dolor al realizar el movimiento. Se debe especificar las articulaciones comprometidas y las observaciones que considere mencionar.

- *Valoración de fuerza por Miotomas:*

Se pide el movimiento a la persona con discapacidad, se debe colocar una resistencia al movimiento y describirlo como fuerte o débil.

- *Valoración de tono muscular:*

De debe describir cómo está el tono muscular, y en cuál etapa se encuentra el paciente.

- *Postura:*

Describir brevemente con palabras en vista anterior, posterior y lateral la postura adoptada.

- *Marcha:*

Describir si es funcional, si existen inclinaciones ya sea hacia la derecha o la izquierda y si existe presencia de dolor.

VALORACION TERAPIA OCUPACIONAL

Los pasos referidos se inician con el análisis de la Historia Clínica y la revisión de la Semiología Clínica, continuando con la Entrevista que incluye la elaboración de la Historia Ocupacional y la Evaluación con su consecuente aplicación de baterías e instrumentos de medición. Análisis claro y conciso de los resultados que se obtienen de la intervención por parte de terapia ocupacional, obedecen a una secuencia lógica que el terapeuta previamente ha organizado. Finalmente el terapeuta utiliza los datos anteriores para estructurar un plan de intervención con sus respectivos objetivos y metas hacia la máxima funcionalidad del paciente de igual manera emitir el concepto ocupacional en términos de la CIF.

VALORACION DE TRABAJO SOCIAL

Su objeto es ubicar a la persona con discapacidad en su contexto socio familiar. Como en cualquier otro caso de valoración se desarrollan las siguientes acciones: entrevista de preingreso, valoración socioeconómica y familiar, contactos institucionales como apoyo de redes externas e internas en busca de un óptimo desarrollo antes, durante y después de la rehabilitación de la persona discapacitada y su entorno familiar.

- *Composición Familiar:*

Se debe identificar el nombre, el parentesco, la edad, la escolaridad y la ocupación de cada uno de los integrantes de la familia del paciente.

- *Redes Sociales:*

Se debe identificar las redes primarias, secundarias e institucionales con las que cuenta el paciente.

- *Compromisos familiares o del paciente:*

Se deben crear acuerdos tanto con el paciente como con su núcleo familiar, frente al proceso de rehabilitación.

- *Concepto final Trabajo Social:*

Teniendo en cuenta el anterior abordaje el Trabajador Social debe emitir un concepto del estado del paciente en ésta área.

VALORACION PSICOLÓGICA

Su objetivo es orientar psicológicamente al paciente frente a la aceptación y adaptación de su nueva condición, por medio de: generación de conductas de adherencia al tratamiento, realización de la evaluación y diagnóstico de la situación de cada paciente, identificación factores de riesgo y protectores, fortalecimiento de sus estrategias de afrontamiento, tolerancia a la frustración, hábitos de vida saludable, asesoría familiar, personal entre otros y finalmente establecimiento de su nuevo proyecto de vida. Como en cualquier otro caso de valoración se deben explorar las siguientes áreas:

- *Examen mental e indicadores clínicos:*

Se deben explorar y dar un concepto sobre el estado actual de cada una de las áreas: Apariencia-porte y actitud (APA), conciencia, orientación, atención, sensopercepción, memoria, afecto, pensamiento, juicio y raciocinio, inteligencia, lenguaje, conducta motora, sueño, alimentación y conducta sexual. Además se deben explorar los indicadores clínicos que presente el paciente.

- *Adherencia al Tratamiento:*

Se debe evaluar la motivación intrínseca y extrínseca que maneja el paciente frente a su tratamiento, expectativas frente a su recuperación.

- *Estrategias de afrontamiento:*

Se debe indagar la forma en la que el paciente se enfrenta, soluciona, aborda, interviene las situaciones problema que se le presentan.

- *Redes de apoyo:*

Estructura familiar, relaciones entre los mismos (pautas de crianza, estilos de comunicación, establecimiento de normas y valores), e instituciones y personas que puedan influir positivamente en la rehabilitación de la persona con discapacidad.

- *Factores de riesgo (vulnerabilidades) y Factores protectores:*

Evaluar las características de: personalidad, recursos internos o externos de la persona, situación en particular y/o contexto que puedan apoyar o interferir en la rehabilitación del paciente. Así mismo tolerancia a la frustración, nivel de autoconfianza, si posee capacidad de autocrítica, cómo se enfrenta a sus problemas, estrategias de resolución de conflictos.

- *Proyecto de vida:*

Se debe indagar cuáles son los proyectos o plan de vida que tiene el paciente a futuro, identificando si está acorde con sus recursos y posibilidades actuales.

OBJETIVO DE REHABILITACIÓN

Se emite por parte del equipo interdisciplinario de rehabilitación, el objetivo con el que se orientarán las diferentes intervenciones terapéuticas.

POLITICAS Y LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES

POLÍTICA DEL PROGRAMA DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL.

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, tiene el compromiso de proporcionar un manejo terapéutico de acuerdo al tipo de discapacidad, basados en los procesos de salud como son la prevención, el diagnóstico, tratamiento y la Habilitación/Rehabilitación buscando la participación activa de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, a través de un enfoque de derechos y con un Modelo de Atención de Gestión de Caso, en el cual cada menor tenga un tratamiento de acuerdo a su necesidad. Así mismo integrando al proceso a los padres de familia - cuidadores, y un equipo interdisciplinario de salud (Medicina Especializada, Enfermería, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Trabajo Social o aquellas profesiones de salud que requiera cada caso), basados en los principios de autonomía, corresponsabilidad y transversalidad, entre otros.

POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN. La población objeto del programa de Habilitación y Rehabilitación son los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años con discapacidad.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD.

1. Orientar a los menores de edad y sus familias en derechos y deberes de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad del SSFM.
2. Fortalecer las estrategias de Prevención en discapacidad.
3. Elaborar los planes de habilitación /rehabilitación para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad a través de equipos interdisciplinarios en salud tanto en la Red Propia como en la Red Contratada.
4. Fomentar la participación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y sus familias, en la elaboración y desarrollo de los planes de intervención; basado en el Modelo de Gestión de Caso.
5. Asegurar la atención en Salud de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad a través de las mejores prácticas, con equipos interdisciplinarios y con corresponsabilidad en los procesos de rehabilitación.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE HABILITACIÓN REHABILITACIÓN EN EL SSMP.

- a. Todo proceso de habilitación/rehabilitación debe ser interdisciplinario (elaborado y ejecutado por un equipo interdisciplinario del área de la salud), es decir articulado y armonizado en el desarrollo de habilidades funcionales; tener duración limitada, objetivos claramente definidos, fomentar la participación del niño, niña y/o adolescente con discapacidad, de los profesionales de las diferentes disciplinas de la salud y de la Familia.

- b. Para la formulación y evaluación del proceso de intervención en habilitación/rehabilitación se debe contar con instrumento (Clasificación Internacional Funcionamiento y la Discapacidad- CIF) para la medición del funcionamiento, en el cual se pueda visualizar el avance del proceso – desde la valoración hasta la finalización de la misma.
- c. Ejecutar campañas de Promoción y Prevención y de sensibilización para alertar sobre los riesgos que generan discapacidad, promover cambios frente a la temática de discapacidad y favorecer los procesos de participación de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad.
- d. Las Áreas de Rehabilitación de Establecimientos de Sanidad Militar deben ser dotados de acuerdo a los niveles de complejidad en cuanto a Recurso Humano, Físico, Tecnológico y Financiero, con el fin de dar cumplimiento a los objetivos propuestos por el Programa.
- e. Desarrollar estrategias de seguimiento y control del proceso de Habilitación/rehabilitación en salud que involucren las dependencias comprometidas en este proceso
- f. Establecer un sistema de información con el objeto de diseñar, implementar, evaluar y retroalimentar los planes y programas de habilitación/rehabilitación del programa de Niños, Niñas y adolescentes con discapacidad.
- g. El niño, niña, adolescente con discapacidad deberá ser evaluado mínimo dos (2) veces al año y debe consignarse el nivel de avance de acuerdo al objetivo inicialmente planteado por el equipo interdisciplinario de cada Dirección ó Establecimiento de Sanidad según corresponda para la continuación de prestación de servicios especializados, con la red propia y/o red externa.
- h. Cuando los menores alcancen la mayoría de edad se definirá su derecho a continuar recibiendo los servicios contemplados en el Plan de Beneficios del SSMP, Según lo establecido en el en la normatividad vigente.
- i. Cuando el Establecimiento de Sanidad no cuente con los Recursos para el desarrollo de los Planes de tratamientos de los niños, niñas y adolescentes, se remitirán a la Red Externa Contratada (la cual debe cumplir con los Estándares en Salud y lo establecido en la Directiva de Contratación).

EXCLUSIONES DEL PROGRAMA

Se excluye del programa de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, servicios de educación y capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de habilitación/rehabilitación, distintas a los necesarios de acuerdo a la evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo de las enfermedades y sus secuelas, así mismo el pago de alimentación, insumos de aseo, sombras terapéuticas y transporte los cuales será responsabilidad de las entidades competentes y/o afiliado de acuerdo a la normatividad vigente.

CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL SSFM

El Comité de habilitación y rehabilitación del SSMP, estará conformando por:

- Coordinador del Programa de Rehabilitación y Discapacidad de la Dirección General de Sanidad Militar.

- Coordinador del Programa Rehabilitación y Discapacidad de la Dirección de Sanidad de cada una de las Fuerzas: Ejército, Armada y Fuerza Aérea.
- Coordinador del Programa de Rehabilitación del Hospital Militar Central.

Para los casos de asesoría y de consulta que se requiera el comité podrá contar con la participación de las especialidades y supra-especialidades necesarias y Profesionales de la red interna y/o de la red externa contratada.

FUNCIONES DEL COMITÉ DE HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL SSFM

El Comité tendrá las siguientes funciones:

- Proponer normas administrativas y técnicas que regulen el programa de habilitación/rehabilitación para los niños, niñas, adolescentes con discapacidad del SSFM
- Actuar como organismo asesor y evaluador para el desarrollo del Programa de habilitación y rehabilitación.
- Estandarizar al interior del SSFM los protocolos y/o guías de manejo específicas para cada tipo de discapacidad
- Emitir los lineamientos para la promoción de los derechos y deberes en salud de los niños, niñas, adolescentes con discapacidad.
- Realizar reuniones periódicas (se concertara previamente mediante cronograma de actividades) para evaluar el ingreso al programa del niño, niña o adolescente con diagnostico que genera discapacidad; evaluar casos especiales (niños con discapacidad que cumplen mayoría de edad). Para este fin se contara con los conceptos de los Equipos Interdisciplinarios de Rehabilitación y las especialidades yb supra-especialidades que se requieran.

CO-RESPONSABILIDAD DE LA FAMILIA Y CUIDADORES DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD.

“Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración.

El Estado representado por los Subsistemas, será responsable por la atención integral en salud a los menores y adultos menores; no obstante los padres o representantes legales de los niños, niñas, adolescentes y adultos menores, son responsables de su cuidado y de asumir los gastos de su manutención, educación, vivienda, vestuario y demás elementos necesarios para su congrua subsistencia , así como de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados y de facilitarles el proceso de atención evitando que incurran en abandono del tratamiento, evento último que exonerará de responsabilidad a los Subsistemas”.

1. Procurar el cuidado integral de salud del niño, niña, adolescente con discapacidad.
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre el estado de salud del niño, niña, adolescente con discapacidad.

3. Participar activamente en la formulación y desarrollo de los programas y actividades del proceso de habilitación/rehabilitación involucrándose en el Plan de tratamiento, cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del programa.

EVALUACIÓN SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL PROGRAMA DE HABILITACIÓN /REHABILITACIÓN.

Es responsabilidad de la Dirección General de Sanidad Militar vigilar la ejecución, evaluar los resultados a través de la información reportada por las Direcciones de Sanidad y los Establecimientos de Sanidad, con el fin de realizar seguimiento y control de los aspectos establecidos para el Programa de Niños, Niñas y Adolescentes.

La información de la bases de datos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad será suministrada por los Establecimientos de Sanidad y las Direcciones de Sanidad en las condiciones y fechas estipuladas por la Dirección General de Sanidad Militar, con el fin de consolidar y elaborar los reportes e indicadores correspondientes.

CONTRATACIÓN DE LA RED EXTERNA

La contratación de la Red Externa de los servicios de Rehabilitación tendientes a la atención de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad que se encuentran inscritos en el programa, deberá estar acorde con la normatividad vigente y los lineamientos establecidos por el sistema de salud Militar (Modelo de Rehabilitación Funcional).

CONCEPTOS CLAVES PARA EL PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.

Discapacidad Término genérico que involucra cualquier alteración a nivel de una función o estructura corporal, la limitación en el desarrollo de una actividad individual o la restricción en la participación en actividades vitales para el individuo a nivel social, laboral o familiar asociado al estado de salud.

Persona con discapacidad: Es aquella que tiene limitaciones o deficiencias en su actividad cotidiana y restricciones en la participación social por causa de una condición de salud, o de barreras físicas, ambientales, culturales, sociales y del entorno cotidiano.

Niño, Niña: “Entiéndase como niño/niña o menor toda persona que no haya cumplido los 18 años de edad”.

“Periodo que abarca desde el nacimiento hasta cumplir los 18 años de edad o alcanzar la emancipación. La [Convención sobre los Derechos del Niño](#), en vigor desde el [2 de septiembre de 1990](#), señala que "se entiende por niño todo [ser humano](#) menor de dieciocho años de [edad](#), salvo que, en virtud de la [ley](#) que le sea aplicable, haya alcanzado antes la [mayoría de edad](#)".

Adolescente: La adolescencia es un periodo en el desarrollo [biológico](#), [psicológico](#), [sexual](#) y social que comienza con la [pubertad](#). Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y opiniones médicas, científicas y psicológicas, pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años, y su finalización está alrededor de los 18 años.

“Para la [Organización Mundial de la Salud](#), la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 18 años y está comprendida dentro del período de la [juventud](#). La [pubertad](#) o [adolescencia inicial](#) es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años”.

Rehabilitación: Es el proceso encaminado a que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar o mantener un estado funcional desde el punto de vista físico, sensorial, cognitivo y mental, de manera que cuenten con medios para desarrollar su proyecto de vida y facilitar la inclusión social.

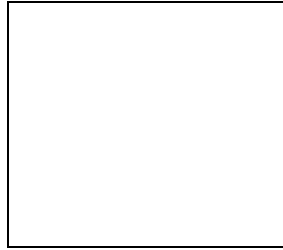
Habilitación: Es el proceso de duración limitada con un objetivo definido, encaminado a que la persona que presenta una discapacidad congénita o adquirida en la infancia, alcance habilidades que le permitan desarrollar destrezas que faciliten sus procesos de maduración y adaptación a su ambiente, para mejorar su calidad de vida.

Equipo interdisciplinario de rehabilitación: Grupo de profesionales de diferentes disciplinas de salud y rehabilitación que interactúa en el diagnóstico y manejo del paciente, para procurar una visión integral de sus condiciones biológicas, psicológicas y sociales, que permite direccionar unos objetivos terapéuticos acordes con sus capacidades residuales y con una proyección definida en el tiempo. Las disciplinas que se inscriben en el Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación son: Medicina Especializada, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Psicología y Trabajo Social.

Participación de las personas con discapacidad: Derecho de las personas con discapacidad de intervenir en la toma de decisiones, planificación, ejecución y control de las acciones que los involucran.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

PROGRAMA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD



DATOS PERSONALES

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO DE LA FICHA:							
FUERZA	ESM	FECHA EVALUACION	INSTITUCION				
NOMBRE Y APELLIDOS		NO DOCUMENTO IDENTIDAD					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO(DD/M/M/AA)		GÉNERO		FECHA INGRESO PROGRAMA			
		M	F				
DIAGNOSTICO	CODIGO CIE 10		*TIPO DISCAPACIDAD				
			M	SENSORIAL	INTE	MEN	MUL
				V	A/V		
MEDICO TRATANTE	ESPECIALIDAD		TELÉFONO				

*M: motora S: Sensorial (V: visual A/V: Auditiva/voz y habla) INTE: Intelectual ó Cognitiva MEN: Mental MUL: Múltiple

DESCRIPCION FAMILIAR

NOMBRE PADRE	DIRECCION Y CUIDAD	TELEFONO FIJO Y CELULAR
NOMBRE MADRE	DIRECCION Y CUIDAD	TELEFONO FIJO Y CELULAR
NOMBRE CUIDADOR	DIRECCION Y CUIDAD	TELEFONO FIJO Y CELULAR

HERMANOS	SI/NO	EDAD	GENERO		PRESENTA DISCAPACIDAD	
NOMBRE Y APELLIDOS			M	F	SI	NO

				CUAL
--	--	--	--	------

GENOGRAMA

--

DESCRIPCIÓN

Marque con una X, según corresponda al tipo y las características de discapacidad.

TIPO DE DISCAPACIDAD		FUNCIONES CORPORALES	Marque con una X, Según corresponda
MOTORA		Funciones Musculoesqueléticas relacionadas con el movimiento	
SENSORIAL	VISUAL	Funciones sensoriales relacionadas con el área visual	
	AUDITIVA/ VOZ Y HABLA	Funciones relacionadas con la audición/voz y habla	
INTELLECTUAL (COGNITIVA)		Funciones relacionadas con el aprender y el entender.	
MENTAL		Funciones para relacionarse con los demás y aspectos mentales o emocionales	
OTRAS		Funciones relacionadas con de los sistemas cardiovascular, hematológico y respiratorio	
		Funciones la digestivas	
		Funciones relacionadas con el sistema genitourinario y genital	
		Funciones de la piel y estructuras relacionadas	

NECESIDADES TERAPEUTICAS

SERVICIO	I.	SI	II.	NO		III.	SI	IV.	NO
TERAPIA FISICA					PSICOLOGIA				
TERAPIA OCUPACIONAL					FONOAUDIOLOGIA				
OTROS : CUALES :									

REQUERIMIENTO AYUDAS TECNICAS	DESCRIPCION

NOMBRE Y FIRMA

COORDINADOR PROGRAMA

CC:

FICHA DE EVALUACIÓN TRIMESTRAL

PROGRAMA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

FUERZA	ESM	FECHA EVALUACION	INSTITUCION
NOMBRE Y APELLIDOS		No identidad	FECHA /LUGAR NACIMIENTO (dd/mm/aa)
DIAGNOSTICO	CODIGO CIE 10		TIPO DISCAPACIAD
MEDICO TRATANTE	ESPECIALIDAD		TELÉFONO
NOMBRE PADRE/CUIDADOR	DIRECCION Y CIUDAD		TELEFONO FIJO Y CELULAR

SERVICIO TERAPIA	SI	NO	SERVICIO TERAPIA	SI	NO	SERVICIO TERAPIA	SI	NO
TERAPIA OCUPACIONAL			TERAPIA LENGUAJE			OTRO		
TERAPIA FISICA			PSICOLOGIA			ESPECIFIQUE		

OBJETIVOS TERAPEUTICOS Y METAS PROPUESTAS

Establezca los objetivos y metas concertadas con el equipo interdisciplinario, el usuario con discapacidad y su familia, con énfasis en las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

FECHA	OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

EVALUACIÓN DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

De acuerdo a los resultados obtenidos de la evaluación terapéutica y metas concertadas semestralmente, diligencie la siguiente matriz:

FECHA (DD/MM/AA)	METAS PROPUESTAS CON ENFASIS EN AVD	CUMPLE EL OBJETIVO TERAPÉUTICO			OBSERVACIONES
		Satisfactoria- mente	Parcialmente	No cumple	

EVALUACION DEL COMPROMISO DEL USUARIO CON DISCAPACIDAD Y DE LOS PADRES - CUIDADOR

Se valora de acuerdo a los siguientes criterios S: Siempre A: Algunas veces N: Nunca

FECHA	COMPROMISO DEL USUARIO CON SU PROCESO DE REHABILITACION	COMPROMISO DE LA FAMILIA – CUIDADOR CON EL PROCESO DE REHABILITACIÓN (ASISTENCIA AL TRTAMIENTO DE REHABILITACION)	PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE LA ENTIDAD (REUNIONES, TALLERES)	SE EVIDENCIA PREOCUPACIÓN POR SATISFACER LAS NECESIDADES DEL USUARIO CON DISCAPACIDAD(ASEO, ALIMENTACIÓN, UNIFORMES)	SE HA EVIDENCIADO MALTRATO Y/O VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (SEXUAL, PSICOLÓGICA, FÍSICA)	OBSERVACIONES

ESTE FORMATO DEBE SER DILIGENCIADO POR EL COORDINADOR DE REHABILITACION Y EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL ESM EN LAS REUNIONES DE SEGUIMIENTO SEMESTRAL, CON BASE EN EL INFORME ENVIADO POR LA ENTIDAD CONTRATADA. SI EL NIÑO NO ESTA EN UNA ENTIDAD PARTICULAR, EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EVALUA EL PROCESO EN ESTE FORMATO

NOMBRE Y FIRMA COORDINADOR DE REHABILITACIÓN

NOMBRE Y FIRMA JEFE ESM

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL SERVICIO PRESTADO POR EL AREA DE REHABILITACION

Su opinión es muy importante para nosotros mejorar el servicio y brindarle una atención que llene sus expectativas. No es obligatorio diligenciar el nombre y número telefónico, sin embargo si usted desea puede dejar sus datos

NOMBRE DEL ESM:

FECHA

Califique el servicio de rehabilitación prestado por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, de acuerdo con su experiencia. Marque con una X

1. Califique amabilidad, respeto, calidez y cordialidad del equipo de Rehabilitación que atendió su caso:

SERVICIO	EXCELENTE (5)	BUENO (4)	REGULAR (3)	MALO (2)
Medicina General y/o Especializada				
Fisioterapia				
Fonoaudiología/Terapia del lenguaje				
Terapia Ocupacional				
Psicología				
Trabajo Social				
Equipo de Rehabilitación				
Otro (describa cual)				

2. Califique el servicio en cuanto a,

SERVICIO	EXCELENTE (5)	BUENO (4)	REGULAR (3)	MALO (2)
Orientación en normas del servicio				
Información sobre su enfermedad y proceso de rehabilitación				
Oportunidad en el proceso de rehabilitación				
Aclaración de dudas				
Tramites administrativos				
Conferencias, charlas, talleres				
Otro (describa cual)				

3. Cuando solicitó el servicio recibió la información necesaria para la realización de exámenes, procedimientos o terapias?

- a. Si
- b. No

Si la respuesta fue SI, como considera que fue la información

- a. Clara
- b. Confusa

4. El proceso de rehabilitación cumplió con los objetivos propuestos por el equipo interdisciplinario en consenso con la persona con discapacidad y la familia:

- a. Sí
- b. No

5. ¿La familia ó el cuidador tuvo participación en el proceso de rehabilitación?

- a. Sí
- b. No
- c. Algunas veces

6. Desea reconocer la atención de algún funcionario del servicio de rehabilitación ó un hecho especial: _____

7. En caso de tener algún comentario o sugerencia

NOMBRE:

TELEFONO O CELULAR:

EMAIL:

GRACIAS

RED SERVICIOS EN REHABILITACIÓN

INFORMACION PORTAFOLIO DE SERVICIOS SSFM EJERCITO AÑO 2010											
CLASIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR DE ACUERDO A NIVEL DE ATENCION											
DIVISION	No	UNIDAD	SIGLA	CIUDAD	NIVEL DE ATENCION				SERVICIOS OFERTADOS	RED EXTERNA CONTRATADA (RELACIONE LOS SERVICIOS)	CONNOTACION RHB.
					I-A CONSULTORIO	I-A ENFERMERIA	1-B DISPENSARIO	II HOSPITAL			
DIV 01	1	BAT.DE INF.No.05 CORDOBA	BICOR	SANTA MARTA		X			Medicina, Fisiatria, Psicologia, Terapia Fisica, fonoaudiologia, trabajo social y Enfermeria	KINESIS, IPS OPORTUNIDAD, IPS RENACIDO	NIVEL II BASICO
	2	GRUPO CAB.MEC.No.02 JUAN JOSE RONDON	GMRON	BUENAVISTA		X			Psicologia, Terapia Fisica y fisiatria		PYP
				RIOHACHA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	3	BAT.A.S.P.C.No.10 CACIQUE UPAR	BAS 10	VALLEDUPAR			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Especialidades Medicas (Psiquiatria y Ortopedia)	INSTITUTO DE REHABILITACION Y EDUCACION ESPECIAL DEL CESAR	NIVEL II BASICO
	4	BAT.A.S.P.C.No.02 CACIQUE ALONSO XEQUE	BAS 2	BARRANQUILLA				X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Terapia del lenguaje,Fonoaudiologia y Especialidades Medicas (Ortopedia y Pediatria, Psiquiatria, Urologia)	CRUZ ROJA, UMPRE,HOSPITAL METROPOLITANO, HEALTHCARE E.U., OPTICA VISION ITALIANA.	NIVEL II ESPECIALIZADO RHB
DIV 02				MALAMBO		X			Psicologia, Terapia Fisica , Enfermeria y fonoaudiologia		PYP
	5	BAT.DE ART.No.02 NUEVA	BAGRA	BARRAMEJA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	6	BAT.DE INF.No.13 CUSTODIO GARCIA ROVIRA	BIROV	PAMPLONA		X			Fisiatra, Psicologia, Terapia Fisica	HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO CUCUTA	NIVEL II BASICO
	7	BAT.DE INF.No.15 FRCO DE PAULA SANTANDER	BISAN	OCAÑA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	FONOAUDIOLOGA, REHABILITAR	PYP
	8	BAT.A.S.P.C.No.30 GUASIMALES	BAS 30	CUCUTA			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Especialidades Medicas (ortopedista), terapia del lenguaje y terapia ocupacional	FONOS, HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO CUCUTA	NIVEL II BASICO
	9	BAT.DE ART.No.05 CT.JOSE ANTONIO GALAN	BAGAL	SOCORRO		X			Fisiatria, Psicologia, Terapia Fisica, y Enfermeria	CLINICA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL, SANATORIO SANTA CRUZ DE LA LOMA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, CENTRO TERAPEUTICO, HOSPITAL SAN RAFAEL, CLINICA LOS ANDES, OIR, MEDILASER, ASORSALUD	NIVEL II BASICO
	10	BAT.A.S.P.C.No.05 MERCEDES ABREGO (HOSMIR)	BAS 5	BUCARAMANGA				X	Psicologia, Fisiatria, psiquiatria, ortopedista, Terapia Fisica, Terapia Ocupacional. Fonoaudiologia y Enfermeria,	PALLANA CENTRO TERAPEUTICO DE ESTIMULACION DE LA INTELIGENCIA LTDA, SANCHEZ RUSSI LILIA REGGIO AMELIA, AÑOS MARAVILLOSOSINSTITUTO DEL SISTEMA NERVIOSO DEL ORIENTE SACENTRO NEUROLOGICO INTEGRAL DE SANTANDER NISA EUFUNDACION FUNDAR HU MANOS DOWN	NIVEL II ESPECIALIZADO EN RHB
				SN VICENTE CHUCURI		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				CIMITARRA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
		BAT.A.S.P.C.No.18 RAFAEL ARAGONA	BAS 18	ARAUCA			X		Medicina ,Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiologia.	CONSULTA FONOAUDIOLOGIA	NIVEL II BASICO
		BAT.A.S.P.C.No.18 RAFAEL ARAGONA	BAS 18	SARAVENA		X			Medicina , Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CONSULTA FONOAUDIOLOGIA	PYP
			BAS 18	TAME		X			Medicina, Psicologia, Terapia Fisica		PYP
DIV 03	11	BAT.DE INF.No.07 JOSE HILARIO LOPEZ	BILOP	POPAYAN		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CENTRO DE AUDICION Y LENGUAJE LTDA, TRAUMACOL, UNIDAD FISIOTERAPEUTICA DE OCCIDENTE - UFO	PYP
	12	BAT.DE INF.No.09 BATALLA	BIBOY	PASTO		X			Fisiatria, Psicologia, Terapia Fisica		NIVEL II BASICO
	13	GRUPO CAB.MEC.No.24 CABAL	GMCAB	IPIALES		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	HOSPITAL SAN RAFAEL, HOSPITAL CIVIL DE IPIALES, CLINICA LAS LAJAS, FUNDACION REHABILITAR NARIÑO	PYP
	14	BAT.DE INGENIEROS No.03	BICOD	PALMIRA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	15	BAT.A.S.P.C.No.03 POLICARPA SALAVARRIETA (HOMRO)	BAS 3	CALI			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Trabajo Soccial Especialidades Medicas (Fisiatria, Ortopedia y Psiquiatria)	FVL, CRD, INSTITUTO PARA NIÑOS CIEGOS Y SORDOS, INSTITUTO MEDICO DIVINO SALVADOR	NIVEL II ESPECIALIZADO EN RHB
				BUGA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	ORTOPEDICOS SAN CARLOS, CIPAD, ORTOPEDIA.	PYP
	16	BAT.DE INF.No.22 AYACUCHO	BIAYA	MANIZALES		X			Fisiatra, Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CLINICA SAN JUAN DE DIOS, FONIAUDIOLOGIA	NIVEL II BASICO
	17	BAT.DE ART.No.08 SAN MATEO	BASMA	PEREIRA		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CLINICA DE FRACTURAS,PROFISIO, CENTRO DX AUDIOLOGICO, HOMERIS, ORTOMEDICA, FUNDACION LUDES	PYP
				CARTAGO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	18	BAT.A.S.P.C.No.08 CACIQUE CALARCA	BAS 8	ARMENIA			X		Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Especialidades Medicas(Ortopedia, Fisiatrria)	CLINICA PRADA (PSIQUIATRIA), CENTRO DE REHABILITACION EJE CAFETERO CREC, CENTRO JEAN PIAGET, CLINICA EL PRADO, CLINICA CENTRAL, ABRAZAR, COVIDA	NIVEL II BASICO
				PUEBLO TAPAO		X			Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP

DIV 04	19	BAT.DE INF.No.19 JOSE JOAQUIN PARIS	BIPAR	SN JOSE GUAVIARE		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	FISIO CENTER	PYP
	20	HOSPITAL MILITAR DE ORIENTE (BASER-7)	HOMIO	APIAY			X	Psicologia, Terapia Fisica, Nutricion, Terapeuta Ocupacional, Trabajo Social, Especialidades Medicas(Ortopedia, Psiquiatria)	FONOAUDIOLOGA, FUNDACION DESTREZAS,	NIVEL II ESPECIALIZADO
				GRANADA		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
DIV 05	21	BAT.DE INF.No.02	BISUC	CHIQUEQUIRA		X		Medicina , Psicologia y Enfermeria	FISIOTERAPIA Y FISIATRIA	PYP
	22	GRUPO CAB.MEC.No.SILVA PLAZAS	GMSIL	BONZA		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	23	BAT.DE ART.No.01 TARQUI	BATAR	SOGAMOSO		X		Medicina y Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	CENTRO DE REHABILITACION SIREB LTDA, CLINICA DE ESPECIALISTAS	PYP
	24	BAT.A.S.P.C.No.01 CACIQUE	BAS 1	TUNJA			X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Nutricion, Terapia Ocupacional	FISIATRA, FONOAUDIOLOGA	NIVEL II BASICO
	25	BAT.DE INF.No.16	BIPAT	HONDA		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	26	BAT.A.S.P.C.No.06 FRANCISCO ANTONIO ZEA	BAS 6	IBAGUE			X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Nutricion,Fonoaudiologa, Terapia del Lenguaje, Terapeuta Ocupacional , Trabajo Social Especialidades Medicas(Ortopedia y Psiquiatria)	DAR, ASINVITOL	NIVEL II BASICO
				CHAPARRAL		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	27	BAT.A.S.P.C.No.09 CACICA GAITANA	BAS 9	NEIVA			X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiologa, Terapia Ocupacional Especialidades Medicas(Psiquiatria)	CLINICA DE FRACTURAS,PROFISIO, CENTRO DX AUDIOLOGICO, HOMERIS, ORTOMEDICA, FUNDACION LUDES, ORTOPEDIA Y FISIATRIA	NIVEL II BASICO
	28	BAT.DE INF.No.26 CACIQUE P.	BIPIG	GARZON		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria	FISIATRA	PYP
	29	BAT.DE INF.No.27	BIMAG	PITALITO		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	30	BAT.DE COMUNICACIONES MANUEL MURILLO TORO	BACOM	FACATATIVA		X		Psicologia, Terapia Fisica, Fonoaudiologia	GINNASIO ANGLO COLOMBIANO, INSTITUTO DE REHABILITACIÓN EMANUEL	PYP
	31	BAT.A.S.P.C.No.13 CACIQUE TISQUESUZA (DISNORT)	BAS 13	BOGOTA D.C.			X	Medicina, ortopedia, Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria,Especialidades, terapia ocupacional		NIVEL II BASICO
				UBALA		X		Medicina , Psicologia, Terapia Fisica		PYP
DIV 06	33	BAT.A.S.P.C.No.12 FERNANDO SERRANO	BAS 12	FLORENCIA			X	Medicina , Ortopedia, Terapia ocupacional, fonoaudiologia,Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria,	CENTRO NEUROPSIQUIATRICO EL DIVINO NIÑO	NIVEL II BASICO
				VENECIA		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				VICENTE CAGUAN		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	34	BAT.DE INF.SELVA No.49	BISEL49	LA TAGUA		X		Medicina Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	35	BAT. A.S.P.C. No. 26.	BAS 26	LETICIA		X		Medicina , Psicologia, Terapia Fisica		PYP
	36	BAT.A.S.P.C.No.27	BAS 27	MOCOA			X	Medicina, Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria		NIVEL II BASICO
DIV 07	37	BAT.A.S.P.C.No.04 YARIGUES	BAS 4	MEDELLIN			X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Fonoaudiologia, Nutricion, Terapia Ocupacional, Especialidades, Medicas(Ortopedia y Fisiatria)	FUNDACION LUISA FERNANDA, MULTIMPEDIDOS, AULA ABIERTA, COMITÉ DE REHABILITACION, PRODEBILES AUDITIVOS, FUNDACION INTEGRAR	NIVEL II ESPECIALIZADO EN RHB
				BELLO		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				RIONEGRO		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				MEDELLIN		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				ANDES		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	38	BATINF. No. 12 "ALFONSO MANOSALVA FLOREZ	BIAMA	QUIBDO		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	39	BAT.A.S.P.C.No.11 CACIQUE TIRROME	BAS 11	MONTERIA			X	Medicina Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria,	PSIQUIATRAS ASOCIADOS, ORTOPEDIA, CENTRO AUDIOLOGICO	NIVEL II BASICO
	40	BAT.DE INF.No.31 RIFLES	BIRIF	CAUCASIA		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	41	BAT.A.S.P.C.No.14 CACIQUE PIPATON	BAS 14	PUERTO BERRIO			X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Ortopedia	EMPRESA ASOCIATIVA DE TRABAJO "REHABILITAMOS, FONOAUDIOLOGIA	NIVEL II BASICO
				VDA. GUASIMAL		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				CANTIMPLORA PTO		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
				EMITAÑO-PTO. BOYACA		X		Medicina Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP
	42	BAT.A.S.P.C.No.17 KATIOS DE URABA	BAS 17	CAREPA			X	Psicologia, Terapia Fisica, Enfermeria, Nutricion, Especialidades Medicas(Ortopedia y Psiquiatria)		NIVEL II BASICO
				SAN PEDRO URABA		X		Psicologia, Terapia Fisica y Enfermeria		PYP

DIV 08	43	BAT.A.S.P.C.No.16 WILLIAM RAMIREZ SILVA	BAS 16	YOPAL			X		Psicología, Terapia Física, Enfermería, Especialidades Médicas y Odontológicas Básicas	FONOAUDIOLOGA,	NIVEL II BASICO
			BAS 18	TAME		X			Psicología, Terapia Física y Enfermería		PYP
	45	BAT. A.S.P.C. No. 28.	BAS 28	PTO CARREÑO		X			Psicología, Terapia Física y Enfermería		PYP
TROPAS EJERCITO	46	BAT.DE TRANSPORTES (DISUR)	BATRA	BOGOTA D.C.		X			Medicina, terapia ocupacional, fonoaudiología, terapia del lenguaje, Psicología, Terapia Física y Enfermería		NIVEL II BASICO
	47	BAT.SANIDAD SL.JOSE MARIA HERNANDEZ	BASAN	BOGOTA D.C.			X		Medicina ,Psicología, Terapia Física, fonoaudiología, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, trabajo social, Enfermería, psiquiatría, ortopedia, fisioterapia	INSTITUTO DE ORTOPEDIA INFANTIL ROOSEVELT, HOSPITAL MILITAR CENTRAL, CLÍNICA INMACULADA, AUDIFONOS , STARKEY, SUMINISTROS ORTOPEDICOS	NIVEL II ESPECIALIZADO
	48	HOSPITAL MILITAR DE TOLEMAIDA (HOSGUAR)	CENAE	TOLEMAIDA				X	Medicina , ortopedia ,Psicología, Terapia Física, Enfermería, Fonoaudiología, trabajo social, terapia ocupacional.	IPS CAPRECOM HOSPITAL SAN RAFAEL DE GIRARDOT, SANATORIO AGUA DE DIOS, FISIATRIA, PSIQUIATRIA	NIVEL II ESPECIALIZADO
	49	DISPENSARIO MEDICO GILBERTO ECHEVERRY MEJIA	DMGEM	BOGOTA D.C.			X		Medicina,Psiquiatría, ortopedia, Psicología, Terapia Física, Fonoaudiología.	FISIATRIA, CRAC	NIVEL II BASICO
	51	BAT.A.S.CONTRA EL NARCOTRAFICO	BASCN	LARANDIA		X			Medicina Psicología, Terapia Física y Enfermería		PYP
JEDOC	52	BAT.A.S.P.C.No.19 ESMIC	ESMIC	BOGOTA D.C.		X			Psicología, Terapia Física y Enfermería		PYP

FUENTE SECCION BIOESTADISTICA DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO FEBRERO DE 2011
AJUSTADO PARA LA CONNOTACION DE REHABILITACION

1. SE OMITEN LOS ESM TIPO CONSULTARIO	
2. NIVEL I REHABILITACION : PROMOCION Y PREVENCION	PYP
3. NIVEL II BASICO DE REHABILITACION	NIVEL II BASICO
	NIVEL II ESPECIALIZADO
4. NIVEL II ESPECIALIZADO REHABILITACION	

PORTAFOLIO DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN SSFM ARMADA AÑO 2011															
CLASIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR DE ACUERDO A NIVEL DE COMPLEJIDAD															
DIVISION	No	UNIDAD	SIGLA	CIUDAD	ESM SATELITE	CODIGO ESM	DIRECCION	TELEFONO	MICROONDAS	NIVEL DE ATENCION				SERVICIOS OFERTADOS	RED EXTERNA CONTRATADA (RELACIONE LOS SERVICIOS)
										I-A CONSULTORIO	I-A ENFERMERIA	1-B DISPENSARIO	II HOSPITAL		
	1	HOSPITAL NAVAL DE CARTAGENA	HONAC	CARTAGENA	HONAC (norte)	1500	CARRERA 2 N°14 210 AV. SAN MARTIN ENTRADA BOCAGRANDE	5-6655360	023273/023231/023272				X	Psicología, Terapia Física, Enfermería, Terapia del lenguaje, Fonoaudiología y Especialidades Médicas (Ortopedia, Pediatría, Psiquiatría, Urología)	FUNDACION ALUNA, FUNDACION DEL ROSARIO, INSTITUTO REI, CENTRO EDUCATIVO DE NIVELACION, IPS AVANZAMOS, FONOAUDIOLÓGICOS DEL CARIBE, CLINICA DE LA COSTA, MEDIESPES
	2	ESCUELA NAVAL DE SUBOFICIALES	ENSB	BARRANQUILLA		1034	VIA 40 CALLE 58 ESQUINA	5-3693333	021-227			X		Psicología, Fonoaudiología, Fisioterapia Y Especialidades Médicas (Pediatría, Psiquiatría, Ortopedia, oftalmología, Urología, Medicina Interna)	CENTRO EDUCATIVO CRECIENDO JUNTOS, CRUZ ROJA COLOMBIANA, CORPORACION MUNDO DE LOS ESTUDIANTES, DISTRAUMEDS, OPTICA ITALIANA
	3	BASE DE ENTRENAMIENTO	CBEIM	COVEÑAS		1049	VIA COVEÑAS LORICA	5-2880065	028-200		X			Medicina, Psicología, Terapia Física y Enfermería	
	4	BRIGADA DE I.M N° 1	BRIM 1	COROZAL		1048	AV. TRONCAL DE OCCIDENTE DM 2 SALIDA A	5-2843808	023-831		X			Medicina, Psicología, Terapia Física y Enfermería	
	5	BATALLON DE FUSILEROS DE I.M	BAFIM 2	CARTAGENA		1115	ENTRADA BOCAGRANDE AV. SAN MARTIN	5-6654799	023-261		X			Medicina, Psicología, Terapia Física y Enfermería	
	6	ESCUELA NAVAL ALMIRANTE PADILLA	ENAP	CARTAGENA		1033	ISLA MANZANILLO BARRIO EL	5-6694323	023-636		X			Medicina, Psicología, Terapia Física y Enfermería	
	7	CENTRO DE MEDICINA NAVAL	CEMED	BOGOTA	CEMED (centro)	5102	CRA 27 N° 43-40	3351212	3289/3290			X		Psicología, Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, educadora especial Y Especialidades Médicas (Pediatría, Psiquiatría, Ortopedia, Urología, Cardiología)	CLINICA SEP, CLINICA INMACULADA, EMPRESA OTTOBOCK, GILLETE
	8	CENTRO DE EVACUADOS DE SANIDAD NAVAL	CESAN	BOGOTA			CRA 61 N° 51-31	2631277				X		Psicología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, medicina, odontología y enfermería	
	9	HOSPITAL NAVAL DE BAHIA MALAGA	HONAM	BAHIA MALAGA	HONAM (oriente)	3030	BASE NAVAL "ARC MALAGA"	2-2460649	033-232/033-227			X		Psicología, Terapia Física, Fonoaudiología, Optometría	FUNDACION IDEAL, CORINTEGRA, ASOCIACION DE PADRES CON HIJOS AUTISTAS, LUZ ESTELLA MEDINA, COLOMBO-CUBANO,
	10	BRIGADA DE INFANTERIA DE MARINA N° 2	BRIFIM 2	BUENAVENTURA		3056	CARRERA 3 N°8-40 BARRIO LAS MERCEDES	2-2401556	33264					Medicina, Psicología, Terapia Física y Enfermería	CLINICA VALLE DE LILI (terapia ocupacional, fonoaudiología) CLINICA SANTA SOFIA, HOSPITAL DE BUENAVENTURA, COSMITET, INSTITUTO NIÑOS CIEGOS Y SORDOS
	11	BATALLON FLUVIAL DE I.M N° 70	BAFLIM 70	TUMACO		3022	VIA AL MORRO	2-7274563	023-226		X			Medicina, Psicología y Enfermería	HOSPITAL SAN ANDRES DE TUMACO

PORTAFOLIO DE SERVICIOS EN REHABILITACIÓN SSFM FUERZA AEREA AÑO 2011										
CLASIFICACION ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR DE ACUERDO A NIVEL DE COMPLEJIDAD										
DIVISION	No	UNIDAD	SIGLA	CIUDAD	NIVEL DE ATENCION				SERVICIOS OFERTADOS	RED EXTERNA CONTRATADA (RELACIONE LOS SERVICIOS)
					I-A CONSULTORIO	I-A ENFERMERIA	1-B DISPENSARIO	II HOSPITAL		
	1	COMANDO AEREO DE COMBATE No. 1 "GERMAN OLANO"	CACOM 1	PUERTO SALGAR CALDAS			X		Psicología, Terapia Fisica	
	2	DISPENSARIO MÉDICO DE LA FUERZA AEREA	DMEFA	BOGOTA			X		Psicología, Terapia Fisica, terapia del lenguaje y fonoaudiología,	
	3	COMANDO AEREO DE TRANSPORTE MILITAR, BASE AEREA" BG CAMILO DAZA ALVAREZ"	CATAM	BOGOTA			X		Psicología, terapia fisica	
	4	CENTRO DE MEDICINA AEROESPACIAL	CEMAE	BOGOTA			X		Psicología, fonoaudiología, terapia fisica	
	5	COMANDO AEREO DE MANTENIMIENTO BASE AEREA "MY JUSTINO MARIÑO CUESTO"	CAMAN	BOGOTA			X		Psicología, terapia fisica	
	6	COMANDO AEREO DE COMBATE No.6 BASE AEREA "CT ERNESTO	CACOM 6	TRES ESQUINAS CAQUETA			X		Psicología, terapia fisica	