



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO

DE 2021

( )

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO \_\_\_\_\_ DE 2021

Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales previstas, en especial, las conferidas en el artículo 4 de la Ley 1438 de 2011, en cumplimiento de las competencias que le asignan los numerales 2, 11, 19 y 30 del artículo 2 del Decreto 4107 de 2011,

CONSIDERANDO

Que el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, bajo el entendido de que la recuperación de la salud abarca los procesos de rehabilitación. De manera específica el artículo 47 constitucional determina que el Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los *“disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos”*, hoy personas con discapacidad, a quienes se prestará la atención especializada que requieran

Que la Ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" que establece que el SGSSS se rige, entre otros, por el principio de enfoque diferencial, en su artículo 66 determina que las acciones de salud deben incluir la garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en un plan de salud de este ministerio.

Que la Ley Estatutaria 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" determina que la rehabilitación hace parte integral del continuo de la atención en salud para todas las personas, junto con la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la paliación. Así mismo determina que el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades individuales y colectivas de salud para todas las personas, mediante la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud. De igual forma, esta Ley contempla el principio de accesibilidad, según el cual las tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural; y la integralidad según el cual las tecnologías en salud deberán ser suministradas de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

---

Que la Resolución 2626 de 2019 por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE define que la PAIS se desarrollará bajo la estrategia de atención primaria en salud, la estrategia de gestión integral del riesgo en salud, el enfoque de cuidado de la salud y el enfoque diferencial de derechos.

Que la Resolución 3202 de 2016 estableció los objetivos y características de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS- determinando que en ellas se incluyen intervenciones en rehabilitación, ubicándolas en las rutas de grupos de riesgo y en las rutas para eventos específicos, siendo la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud la puerta de entrada a los procesos de rehabilitación, mediante mecanismos como la canalización y la referencia.

Que, desde la Organización Mundial de la Salud -OMS-, en el marco de la iniciativa Rehabilitación 2030 se ha reconocido que garantizar el acceso libre de barreras a los servicios de rehabilitación va a contribuir fundamentalmente al logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 “Garantizar vidas saludables y fomentar el bienestar para todos en todas las edades”. En este sentido la iniciativa Rehabilitación 2030 hace un llamado a la acción internacional para, entre otras cosas, mejorar la integración de la rehabilitación en el sector salud y fortalecer las relaciones intersectoriales para satisfacer de forma efectiva y eficiente las necesidades de la población, enfatizando que dichas necesidades de rehabilitación se encuentran presentes en personas con diversas condiciones de salud, que incluyen a las personas con discapacidad.

Que la Ley 361 de 1997 en su artículo 18 establece que las personas con discapacidad tienen derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social, para lo cual deben establecerse programas y servicios de rehabilitación integral que incluyen la rehabilitación funcional.

Que la Ley 1346 de 2009 por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, en su artículo 26 establece que con el fin de que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, los Estados Parte organizarán, intensificarán y ampliarán los servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales. Dichos programas deberán comenzar en la etapa más temprana posible y estar basados en una evaluación multidisciplinaria de necesidades y capacidades de la persona; así mismo promoverán la inclusión en la comunidad, las personas accederán a ellos de forma voluntaria y estarán disponibles cerca de las comunidades, incluso en las zonas rurales.

Que el mismo artículo 26 de la Ley 1346 de 2009 establece que los Estados parte deberán promover la disponibilidad, conocimiento y uso de tecnologías y dispositivos para la rehabilitación.

Que la Ley Estatutaria 1618 de 2013, en su artículo 9 eleva a la categoría de derecho la habilitación y rehabilitación integral, estableciendo que “todas las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral respetando sus necesidades y posibilidades específicas con el objetivo de lograr y mantener la máxima autonomía e independencia, en su capacidad física, mental y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida”. Como mecanismos para la garantía de dicho derecho establece acciones como la cobertura de los servicios de rehabilitación en planes de beneficios en salud, la prestación de dichos servicios con altos estándares de calidad, el establecimiento de esquemas de vigilancia, control y sanción, el fortalecimiento de los procesos de rehabilitación funcional como insumo del proceso de rehabilitación integral, la atención domiciliaria y asistencia personal, los programas de detección y atención integral temprana, la regulación de la dotación,

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

fabricación, mantenimiento o distribución de prótesis, y otras ayudas técnicas y la exoneración de copagos y cuotas moderadoras para los servicios de rehabilitación.

Que, por su parte, el artículo 8 de la misma Ley Estatutaria 1618 de 2013 establece que las medidas de inclusión de las personas con discapacidad adoptarán la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) integrando a sus familias y a su comunidad en todos los campos de la actividad humana, en especial a las familias de bajos recursos, y a las familias de las personas con mayor riesgo de exclusión por su grado de discapacidad.

Que a través del Conpes Social 166 de 2013 “por el cual se adopta la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2012-2022” se solicita al Ministerio de Salud y Protección Social definir, validar, implementar y evaluar el modelo de rehabilitación integral para Colombia - MRIC; y garantizar dentro del Plan de Beneficios, entre otras cosas, los servicios terapéuticos (individuales, familiares y grupales), y el suministro de todos los servicios y tecnologías de apoyo y dispositivos para la habilitación y rehabilitación funcional para las personas con discapacidad, previo estudio de costo-efectividad.

Que mediante la Resolución 1841 de 2013 este Ministerio adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2022, definiendo como meta del componente discapacidad de la dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables que a 2021, Colombia contará con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad y en el fortalecimiento de sus capacidades.

Que la rehabilitación integral e inclusión social hace parte de los ejes estratégicos, líneas de acción y medidas de intervención dirigidas a la garantía de derechos de diversas poblaciones, como se consagra en la Resolución 4886 de 2018 “Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental”, y en la Resolución 089 de 2019 “Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”.

Que, pese a la recurrente asignación de responsabilidades, no se dispone de una línea técnica unificada y operativa que permita el desarrollo de procesos de rehabilitación en el marco del sistema de salud. En virtud de lo anterior se precisa la adopción de lineamientos técnicos y operativos que orienten a los actores del sistema en la implementación de los procesos de rehabilitación en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud.

Que, de igual forma, si bien el país reconoce los dispositivos médicos como tecnologías sanitarias fundamentales para la prestación de servicios de salud, bajo un concepto de integralidad en la atención en salud y rehabilitación funcional, y cuenta con normatividad para la elaboración y adaptación de dispositivos médicos sobre medida en tecnología ortopédica, salud visual, ayudas auditivas, no se ha expedido norma para la elaboración, ensamble y adaptación de sillas de ruedas sobre medida, por lo que resulta necesaria su adopción mediante el presente acto administrativo.

En mérito de lo expuesto,

#### RESUELVE:

#### CAPITULO I ASPECTOS GENERALES

**Artículo 1. Objeto.** La presente resolución tiene como objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud, contenidos en el Anexo Técnico No. 1 que hace parte integral del presente acto administrativo. Así mismo, adopta el Manual de

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

requisitos sanitarios para los establecimientos que elaboran, ensamblan y adaptan sillas de ruedas sobre medida (SRSM) en Colombia, contenido en el Anexo Técnico No 2. que hace parte integral del presente acto administrativo.

**Parágrafo.** Se exceptúa de la aplicación del Manual de requisitos sanitarios para los establecimientos que elaboran, ensamblan y adaptan sillas de ruedas sobre medida (SRSM) en Colombia, las sillas elaboradas en serie o estándar.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, o las entidades que hagan sus veces; Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) entendidas por tales las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud, y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

**Parágrafo.** Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable la presente Resolución, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

**Artículo 3. Población objetivo.** Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican para la implementación de atenciones en rehabilitación dirigidas a personas con condiciones de salud que al interactuar con las barreras del entorno pueden experimentar alteraciones en el funcionamiento.

Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos, o a otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética. Esta población incluye tanto a las personas con discapacidad como a aquellas que estén en riesgo de presentarla.

**Artículo 4. Definiciones.** Para los efectos de la presente resolución se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

- 1. Proceso de rehabilitación:** Secuencia de acciones coordinadas que incluye el conjunto de intervenciones individuales y colectivas orientadas a reducir el impacto de la discapacidad o a prevenir su aparición en las personas que presentan condiciones específicas de salud. Así mismo, busca mantener el mayor nivel posible de funcionamiento de las personas al interactuar con sus entornos. Este proceso está centrado en la persona, reconoce al sujeto como sujeto activo en el cumplimiento de los objetivos propuestos y plantea la importancia del rol de la familia y la comunidad.
- 2. Rehabilitación Basada en Comunidad en Salud -RBC-:** Estrategia de desarrollo socioeconómico e inclusión social que permite satisfacer necesidades básicas, crear oportunidades, desarrollar capacidades, apoyar y trabajar con las Organizaciones de Personas con Discapacidad y Grupos de Apoyo, involucrar la participación intersectorial, promover el liderazgo y la participación de los gobiernos locales y aprovechar los sistemas legislativos, jurídicos y sociales del país. La RBC desde el componente de salud, hace parte de las intervenciones colectivas e invita a realizar procesos de promoción de la salud, (que incluyen el desarrollo de capacidades, información en salud con enfoque diferencial y búsqueda activa) y prevención de la enfermedad (que incluyen canalización, visita domiciliaria e intervenciones breves), y aporta a los procesos de rehabilitación integral.
- 3. Servicios que prestan atenciones en rehabilitación.** Para efectos de la presente resolución, se hará alusión a los servicios que prestan atenciones en rehabilitación

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

para hacer referencia al conjunto de servicios de salud que toman parte en la planeación e implementación de los procesos de rehabilitación y que incluyen la atención por profesionales de los servicios de terapias, psicología, trabajo social, optometría y fisioterapia. Por otra parte, se identifican otros servicios que, sin estar definidos dentro del grupo de servicios que prestan atenciones en rehabilitación, son fundamentales para garantizar la integralidad en el proceso de rehabilitación. En estos se encuentran los servicios de medicina general, enfermería, odontología, nutrición, especialidades médicas, entre otros.

4. **Ayudas Técnicas - Productos de apoyo.** Se definen en la norma UNE-EN ISO 9999 V2, como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado para proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades, como también, prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. El diseño, adecuación y entrenamiento en su uso hace parte integral del proceso de rehabilitación.

**Artículo 5. Modelo biopsicosocial.** El proceso de rehabilitación que se aborda en los lineamientos adoptados en la presente resolución se fundamenta en el modelo biopsicosocial y en los conceptos de funcionamiento y discapacidad. Bajo este referente conceptual, la evaluación del funcionamiento, así como la planeación de metas e intervenciones y el seguimiento de los avances en el proceso de rehabilitación deberán estar fundamentados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF-.

## CAPITULO II DE LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN

**Artículo 6. Organización de la rehabilitación por grados de complejidad.** Las atenciones en rehabilitación pueden prestarse en servicios de baja, mediana o alta complejidad. El grado de complejidad de un servicio se determina en función del tipo y severidad de las condiciones de salud que atiende, del nivel de especialización de su talento humano en salud y de las características de la tecnología en salud que utilizan. De acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 a los servicios de terapia no les aplica grado de complejidad, sin embargo, deberán prestar sus atenciones de acuerdo con la complejidad de las condiciones de salud que atiende el prestador de servicios donde se encuentran habilitados.

La organización de las atenciones en rehabilitación debe responder a las necesidades específicas de la población del territorio en relación con sus condiciones de salud física y mental. Así mismo se requiere que la rehabilitación, como un componente de la atención integral en salud, sea implementada por prestadores de servicios de baja complejidad en salud, propendiendo así por el acceso de la población a la atención en el marco del aseguramiento y contribuyendo al fortalecimiento de la capacidad resolutoria en salud desde los territorios.

Independientemente del grado de complejidad las atenciones en rehabilitación pueden ser prestadas en modalidad intramural (ambulatoria o con internación), extramural (domiciliaria, jornada de salud y unidad móvil) y telemedicina.

**Parágrafo.** Los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores y la habilitación y acreditación de los servicios que presten atenciones en rehabilitación serán las que se establezcan en el Sistema Único de Habilitación de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 o las normas que la modifiquen o sustituyan.

**Artículo 7. Coordinación para la gestión del proceso de rehabilitación.** Para garantizar la accesibilidad, continuidad e integralidad de las atenciones en rehabilitación se hará uso de mecanismos de coordinación que permitan el direccionamiento de los usuarios al nivel

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

de resolución adecuado, dentro de un proceso de referencia y contrarreferencia, acorde con sus necesidades. El proceso de rehabilitación se da en el marco de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS- para garantizar la integralidad de la atención. Así mismo, deberán generarse mecanismos de coordinación entre las intervenciones individuales y las intervenciones colectivas,

**Artículo 8. Equipo multidisciplinario.** Cuando la capacidad instalada y la disponibilidad de talento humano de los prestadores de servicios de salud así lo permitan, los procesos de rehabilitación serán planificados e implementados por equipos multidisciplinarios de salud. La organización y funcionamiento de los equipos multidisciplinarios de salud se regirá por la reglamentación que sobre la materia expida este ministerio.

**Artículo 9. Ciclo de rehabilitación.** La planeación e implementación de las intervenciones individuales que hacen parte del proceso de rehabilitación y su articulación con las intervenciones colectivas, se desarrollarán a través del ciclo de rehabilitación. Este ciclo consta de cuatro momentos: 1) evaluación inicial, 2) planeación y definición de la intervención, 3) intervención y, 4) evaluación final y seguimiento. Este conjunto de acciones interrelacionadas, secuenciales y continuas deben permitir establecer metas y objetivos de rehabilitación e identificar, estructurar y organizar las acciones a realizar para su consecución. Todos los elementos que constituyen el ciclo de rehabilitación deberán quedar registrados y hacer parte integral de la historia clínica del usuario.

**Artículo 10. Inclusión de la rehabilitación en los planes territoriales de salud.** En el marco del proceso de planeación integral en salud, las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal deberán incluir, a partir del Análisis de Situación de Salud -ASIS-, el análisis de las necesidades de rehabilitación de la población, así como las acciones requeridas para su resolución, dentro del proceso de construcción del Plan Territorial de Salud -PTS-.

### CAPITULO III

#### RESPONSABILIDADES DE LOS ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN

**Artículo 11. Responsabilidades de las Secretarías de Salud.** Además de las obligaciones ya establecidas en la presente resolución, las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o quien haga sus veces, dentro del ámbito de su jurisdicción, deben:

1. Garantizar de acuerdo con sus competencias, que en la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS-, tanto en el componente primario como en el componente complementario se cuente con la organización, habilitación y operación de los servicios de rehabilitación a nivel departamental, distrital y municipal.
2. Revisar y actualizar los documentos de RIPSS, verificando que en las instituciones públicas de salud cuenten con servicios que presten atenciones en rehabilitación, según las necesidades identificadas en los territorios, incluida su habilitación en los prestadores de servicios de baja complejidad.
3. Velar por el cumplimiento de los estándares de habilitación establecidos para la prestación de servicios en el marco del sistema obligatorio de la Garantía de Calidad en Salud, en lo que aplique para los servicios que presten atenciones en rehabilitación.
4. Velar por que la oferta de atenciones en rehabilitación incluya procesos integrales que articulen intervenciones individuales y colectivas, que respondan a las necesidades individuales de rehabilitación y al ciclo de rehabilitación de cada usuario y a la inclusión de la familia.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

5. Desarrollar acciones de articulación intersectorial que aporten a la derivación y tránsito de las personas hacia la ruta de rehabilitación integral, para promover su inclusión social, en los casos que aplique.
6. Definir según sus competencias, esquemas de inspección, vigilancia y control –IVC, sobre los requisitos mínimos que deben cumplir para garantizar la calidad, integralidad y acceso a las atenciones en rehabilitación a los usuarios.
7. Promover la inclusión, implementación y evaluación de las acciones que busquen satisfacer las necesidades de rehabilitación de la población dentro del Plan Territorial de Salud y el posicionamiento del enfoque diferencial y poblacional.
8. Velar por la inclusión, implementación y evaluación de acciones relacionadas con la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad -RBC- en el Plan de Intervenciones Colectivas,

**Artículo 12. Responsabilidades de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios -EAPB-.** Además de las obligaciones ya establecidas en la presente resolución, a las EAPB corresponde:

1. Garantizar redes de prestación de servicios de salud que aseguren la coordinación y articulación entre los diferentes prestadores de servicios de rehabilitación, asegurando que la oferta de atenciones en rehabilitación se encuentre en todos los grados de complejidad, y que su prestación se dé de manera integral y coordinada, acorde a las necesidades de rehabilitación de los usuarios.
2. Asegurar que en todas las modalidades de atención en salud se cuente con atenciones en rehabilitación con el fin de satisfacer las necesidades de rehabilitación de su población afiliada.
3. Ofrecer atenciones en rehabilitación en prestadores ubicados lo más cercano posible al lugar de residencia de los afiliados, garantizando así las condiciones de disponibilidad y accesibilidad.
4. Autorizar las atenciones de rehabilitación requeridas por la persona buscando que todas se brinden, en lo posible, a través del mismo prestador de servicios. Lo anterior, considerando que este tipo de organización de la prestación de las atenciones, garantiza la integralidad de la atención a través del ciclo de rehabilitación
5. Garantizar que en las Instituciones que hacen parte de su RIPSS se implementen las medidas de adaptabilidad que garanticen los apoyos y ajustes razonables para superar barreras de acceso físicas, comunicativas y actitudinales.
6. Garantizar la provisión las ayudas técnicas prescritas en el marco del proceso de rehabilitación, acorde con la pertinencia médica y la condición de salud de cada persona y de acuerdo con los parámetros de financiamiento establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud

**Artículo 13. Responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Además de las obligaciones ya establecidas en la presente resolución, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben:

1. Prestar atenciones en rehabilitación con oportunidad y calidad, que respondan a las necesidades territoriales, poblacionales e individuales.
2. Organizar la prestación de atenciones en rehabilitación de manera integral, mediante atención multidisciplinaria, cuando esta sea posible, y coordinación entre prestadores de diferentes grados de complejidad

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

3. Diseñar el proceso de rehabilitación de manera concertada con el usuario y su familia, respondiendo a sus expectativas, intereses y preferencias, así como a sus características socioculturales, y siguiendo las etapas del ciclo de rehabilitación
4. Garantizar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación del proceso de rehabilitación de acuerdo con el grado de complejidad de los servicios y con las necesidades de rehabilitación de los usuarios, organizado en equipos multidisciplinarios de rehabilitación, siempre que su capacidad instalada lo permita
5. Contar con talento humano, tanto administrativo como asistencial, capacitado en temáticas como el enfoque diferencial, el enfoque de derechos y el modelo biopsicosocial, mediante acciones de formación continua.
6. Gestionar ante las EAPB y las Secretarías de Salud, la provisión de las ayudas técnicas como parte fundamental de la garantía del proceso de rehabilitación con calidad, oportunidad, accesibilidad y aceptabilidad.
7. Establecer indicadores de calidad en la prestación de servicios de rehabilitación.
8. Identificar la necesidad y proveer los apoyos y ajustes razonables que requieran las personas para acceder a los servicios de rehabilitación sin barreras.

**CAPITULO IV  
DISPOSICIONES FINALES**

**Artículo 14. Monitoreo y evaluación.** Las secretarías de salud departamentales y distritales coordinarán los mecanismos de reporte de información de los diferentes actores del SGSSS con responsabilidades en la implementación de las acciones relacionadas con la satisfacción de las necesidades de rehabilitación, incluidas en el Plan Territorial de Salud -PTS-. Este reporte servirá como insumo para la evaluación de cumplimiento de las metas del PTS relacionadas con rehabilitación. Así mismo, aportará información para la evaluación de los indicadores de rehabilitación a nivel nacional. Este ministerio establecerá las orientaciones para el desarrollo del monitoreo y evaluación y hará el respectivo monitoreo desde el nivel nacional.

**Artículo 15. Transitoriedad.** Para la implementación del Anexo Técnico No 2 que hace parte integral de la presente Resolución (Manual de Requisitos Sanitarios para los Establecimientos que Elaboran, Ensamblan y Adaptan Sillas de Ruedas Sobre Medida (SRSM) En Colombia), dichos establecimientos tendrán veinticuatro (24) meses a partir de la entrada en vigencia de esta Resolución, término en el cual darán cumplimiento total de los requisitos establecidos en este manual.

**Artículo 16. Vigencia.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., a los

**FERNANDO RUIZ GÓMEZ**  
Ministro de Salud y Protección Social



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

-----

**ANEXO TÉCNICO No. 1.**  
**Lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud**

**Contenidos**

- 1   Objetivos 10
  - 1.1   Objetivo general 10
  - 1.2   Objetivos específicos 10
- 2   Población objetivo 11
- 3   Identificación del problema 11
- 4   Diagnóstico situacional 13
- 5   Marco conceptual 18
  - 5.1   Atención Primaria en Salud (APS) 18
  - 5.2   Rehabilitación 21
  - 5.3   Modelo de funcionamiento 21
  - 5.4   Proceso de rehabilitación 22
  - 5.5   Organización de la rehabilitación por grados de complejidad 23
    - 5.5.1 Rehabilitación en prestadores de baja complejidad 24
    - 5.5.2 Rehabilitación en prestadores de mediana y alta complejidad 25
- 6   Componente de prestación de servicios de rehabilitación 26
  - 6.1   Naturaleza de los prestadores de servicios 27
  - 6.2   Modalidades de prestación de servicios de rehabilitación 27
    - 6.2.1   Modalidad intramural 28
    - 6.2.2   Modalidad extramural 29
    - 6.2.3   Modalidad Telemedicina 31
  - 6.3   Organización de la rehabilitación en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS- 32
    - 6.3.1 Sistema de referencia y contrarreferencia 33
    - 6.3.2 Instrumentos y estrategias para la coordinación asistencial 34
  - 6.4   Condiciones de habilitación de servicios de rehabilitación 35
    - 6.4.1   Condiciones generales 36
    - 6.4.2   Condiciones específicas: Capacidad tecnológica y científica 36
  - 6.5   Planeación e implementación del proceso de rehabilitación a través de intervenciones individuales 36
    - 6.5.1   Puerta de entrada al ciclo de rehabilitación 36
    - 6.5.2   Ciclo de Rehabilitación 37
- 7   Componente salud pública y proceso de rehabilitación 46
  - 7.1   Proceso de rehabilitación desde la planeación integral en salud 47
  - 7.2   Gestión de la salud pública para la implementación del proceso de rehabilitación 52
  - 7.3   Rehabilitación en emergencias y desastres 62
- 8   Componente talento humano en rehabilitación 63
  - 8.1   Generalidades del talento humano en rehabilitación 63

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- 8.1.1 Conformación del talento humano en rehabilitación 63
- 8.1.2 Disponibilidad del talento humano de rehabilitación en las intervenciones individuales y colectivas 64
- 8.1.3 Equipos multidisciplinarios de rehabilitación 64
- 8.2 Competencias del talento humano de rehabilitación 65
- 8.3 Formación 68
  - 8.3.1 Articulación con la Academia 68
  - 8.3.2 Formación continua del talento humano en rehabilitación 69
- 9 Gestión financiera y de recursos para rehabilitación 70
  - 9.1 Mecanismos de protección para garantizar el derecho fundamental a la salud, en general y los servicios de rehabilitación, en particular. 71
  - 9.2 Prestación de servicios de salud en los procesos de rehabilitación y su relación con los mecanismos de protección en el contexto del SGSSS 74
  - 9.3 Entidades territoriales: Gestión financiera para la rehabilitación en las intervenciones en salud pública y la gestión intersectorial 77
- 10 Información para la Rehabilitación 78
  - 10.1 Recopilación de datos e información en rehabilitación en los servicios 80
  - 10.2 Utilización de datos e información disponible para identificar prioridades 80
  - 10.3 Implementación de estudios sobre necesidades de rehabilitación en el Territorio 81
  - 10.4 Necesidades para el fortalecimiento del análisis de información sobre la situación de rehabilitación 82
- 11 Monitoreo y Evaluación 83
  - 11.1 Indicadores ¡Error! Marcador no definido.
  - 11.2 Reporte de información por parte de los actores del sector salud ¡Error! Marcador no definido.
  - 11.3 Análisis de datos y publicación de información ¡Error! Marcador no definido.
- 12 Bibliografía 88

**Lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud**

**1 Objetivos**

**1.1 Objetivo general**

Brindar las orientaciones conceptuales, técnicas y operativas para la implementación del proceso de rehabilitación por parte de los actores del sector salud, con el fin de favorecer el acceso efectivo de la población a los servicios de rehabilitación en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud.

**1.2 Objetivos específicos**

- Describir el proceso de rehabilitación en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Establecer las directrices técnicas y operativas en lo referente a los componentes de prestación de servicios, intervenciones en salud pública, talento humano, gestión

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

financiera, gestión de la información y monitoreo para favorecer la implementación del proceso de rehabilitación.

## **2 Población objetivo**

Personas con condiciones de salud que al interactuar con las barreras del entorno pueden experimentar alteraciones en el funcionamiento. El funcionamiento es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales (Organización Mundial de la Salud, 2001). Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos, o a otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética. Esta población incluye tanto a las personas con discapacidad como a aquellas que estén en riesgo de presentarla.

## **3 Identificación del problema**

La expectativa de vida de la población mundial en el siglo XXI es mayor que en siglos anteriores y los perfiles epidemiológicos demuestran las condiciones de salud que afectan su funcionamiento y bienestar. Paralelamente, la carga global de la enfermedad, expresada en años de vida ajustados en función de discapacidad (AVAD), indica que desde el año 1990 al 2019, las enfermedades no transmisibles y las lesiones son las principales causas de los AVAD (Vos et al., 2020). Lo anterior representa un desafío para los sistemas de salud y demanda que las políticas sanitarias hagan hincapié en acciones destinadas a promover el funcionamiento y la calidad de vida, más allá de las que reducen la mortalidad; lo que apunta a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, tal como reza el tercero de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), (World Health Organization, s.f.a.; Stucki, Bickenbach, Gutenbrunner, & Melvin, 2018).

La rehabilitación se considera como parte de la atención integral en salud y es fundamental en el abordaje del espectro completo de las necesidades de salud de una población. Sin embargo, a pesar de los importantes avances en los últimos años, en cuanto a cobertura y acceso universales –elementos integrales del tercer ODS–, para la mejora de la salud y el bienestar de las personas, persiste una considerable falta de atención en acciones de rehabilitación.

A escala mundial, pero especialmente en los países de ingresos bajos y medios, la rehabilitación no ha sido prioritaria en los sistemas de salud, esto se evidencia, en la falta de comprensión sobre el alcance de la misma, además de la falta de recursos de distinto orden como talento humano, información, monitoreo y evaluación, gestión financiera e investigación científica entre otros (World Health Organization, 2017). La poca importancia acerca de la necesidad de la rehabilitación se convierte en un obstáculo para una mayor inversión en la fuerza de trabajo e infraestructura de los servicios de rehabilitación, y mayor liderazgo y estructura de gobernanza (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Además de esto, se evidencia una falta de identificación de las necesidades en rehabilitación –satisfechas e insatisfechas–, debido a la carencia de investigación y fuentes de datos que den cuenta de estas a nivel global y regional. La limitada información en los datos disponibles, extraídos principalmente de encuestas específicas de discapacidad, pone de manifiesto la discrepancia entre la creciente necesidad de rehabilitación en todo el mundo y la poca prestación del servicio (Kamenov, Mills, Chatria, & Cieza, 2019; World Health Organization, s.f.b).

Esta relación entre demanda y satisfacción concerniente a las necesidades de la población encuentra en el marco de la Constitución Política el fundamento necesario en perspectiva de derechos, que en lo referente a la salud manifiesta en su artículo 49:

(...) La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción,

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (...), (Congreso de la República, 1991).

Así, los pilares fundamentales para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y también a la rehabilitación, como parte del mismo, están constituidos por la Ley Estatutaria de Salud de 2015; la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) –adoptada mediante la Resolución 429 de 2016–; la Resolución 2626 de 2019 –por la cual se modifica la PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE–, y el Plan Decenal de Salud Pública 2016–2021 (PDSP), entre otros. No obstante, al igual que en otros países, en Colombia la capacidad de brindar rehabilitación es limitada o inexistente en algunos territorios y no logra responder adecuadamente a las necesidades de la población.

En este sentido se identifican algunos desafíos para su implementación, desarrollo, garantía de acceso, entre otros, así como diversos factores relacionados con las características del sistema de salud colombiano y del contexto social, económico y político que inciden sobre esta.

En primer lugar, es importante señalar que la información sobre la oferta y demanda de servicios de rehabilitación en el país es insuficiente (Molina et al, 2016), lo que denota una prioridad en términos de generación de información que permita el reconocimiento del panorama de la rehabilitación, para avanzar en la formulación de políticas que puedan satisfacer las necesidades de rehabilitación.

Sobre la oferta se indica que existen diferencias regionales en términos de la capacidad instalada para la atención en salud en general, siendo las regiones Pacífico y Amazonas las que experimentan mayores carencias en diversos tipos de servicios de consulta externa, servicios quirúrgicos y de diagnóstico y complementación terapéutica (Bonet y Guzmán, 2015), y se precisa que dentro de este último grupo se ubican los servicios de fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional y terapia respiratoria, que en conjunto con psicología, trabajo social, optometría y la especialidad de fisiatría conforman los servicios de rehabilitación. En relación con el talento humano, Colombia cuenta con seis fisioterapeutas por cada 10.000 habitantes y los territorios donde se observa mayor presencia son Bogotá, D.C., Valle del Cauca, Santander, Norte de Santander y Cauca, en tanto que se observa déficit de esta profesión en Caquetá, Guaviare, Chocó y Vaupés. Por cada 10.000 habitantes se disponen de 2,4 profesionales de fonoaudiología, 1,4 de terapia ocupacional y 1,2 de terapia respiratoria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

También, es preciso indicar que los avances de la rehabilitación en Colombia se han dado en el marco del desarrollo de normativa específica para la población con discapacidad (Molina et al, 2016). Lo anterior, resulta clave como medida afirmativa reconociendo las necesidades de esta población. No obstante, es insuficiente dada la diversidad de necesidades de rehabilitación que emergen asociadas a otras enfermedades o condiciones de salud y en otras poblaciones vulnerables.

Otro aspecto que ha generado dificultad en la implementación de la rehabilitación es el énfasis del sistema de salud en acciones curativas y del predominio de un modelo médico en las acciones de rehabilitación, pues ha sido barrera para la comprensión de la complejidad del proceso continuo de funcionamiento y discapacidad y de la necesidad de la integralidad e intersectorialidad en el abordaje de necesidades de rehabilitación. De acuerdo con Molina (2016) en relación con la rehabilitación:

La manera de operar del sistema de salud favorece la sumatoria de acciones desarrolladas por distintos profesionales, centradas en lo funcional, que privilegian la realización de terapias. En este marco, la oferta de servicios no responde efectivamente a las necesidades de la población. Se reconoce la influencia de factores que son determinantes en la prestación de servicios de rehabilitación, como lo constituyen la focalización de la oferta a algunos grupos, en detrimento de una

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

prestación de servicios equitativa; la falta de estándares de calidad y el limitado uso de procedimientos estandarizados; los escasos o nulos mecanismos de evaluación o seguimiento, y el limitado sistema de verificación del impacto logrado con las acciones.

Respecto a las barreras de acceso, de acuerdo con un estudio realizado en algunos municipios categoría 5 y 6 para conocer la situación de la rehabilitación, los trámites administrativos, el desconocimiento de los servicios, la lejanía de los servicios y la condición económica son motivos relacionados con la no utilización de los servicios de rehabilitación por parte de la población de estas zonas (Universidad del Rosario [Urosario] y Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2021). Es necesario señalar que aun con la normativa que prioriza el acceso a servicios de salud para las poblaciones específicas como las personas con discapacidad, se han evidenciado barreras como, por ejemplo, la negación de los servicios y la falta de dinero para acceder a servicios de rehabilitación (Hurtado y Arrivillaga, 2018). La caracterización sobre acceso a servicios de rehabilitación es escasa y la existente también se ha focalizado en población con discapacidad, lo que limita el conocimiento sobre el acceso de población con otras condiciones de salud que podrían beneficiarse de la rehabilitación.

Finalmente, es preciso mencionar que ciertas características contextuales como las condiciones de seguridad, acceso geográfico y vías y rutas de transporte son factores determinantes, dado que pueden actuar como barreras para el uso de servicios de salud y rehabilitación, en particular la presencia de grupos armados, la violencia, el mal estado de las vías, la distancia y los costos del transporte a ciudades principales (Urosario y OIM, 2021). Por tanto, se hace necesario considerar los determinantes sociales del acceso a servicios de rehabilitación en el análisis de la situación de la rehabilitación en el país, para lograr respuestas acordes a las diferencias territoriales y poblacionales y de esta manera garantizar una atención integral en salud.

#### **4 Diagnóstico situacional**

Las necesidades de rehabilitación hacen referencia a aquellas necesidades de las personas con condiciones de salud que pueden comprometer el funcionamiento, y que al ser intervenidas desde la rehabilitación pueden lograr beneficios como recuperar, mejorar o mantener la independencia funcional y favorecer la participación en las diferentes esferas de la vida.

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF- entiende el funcionamiento humano en sus tres componentes esenciales: las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación, integradas bajo dos términos que constituyen un espectro continuo que va desde el funcionamiento hasta la discapacidad (Madden & cols., 2011). Tales componentes están determinados por su interacción con las condiciones de salud y con los factores contextuales, los cuales pueden actuar como facilitadores o como barreras. Las alteraciones en cada uno de los tres grandes componentes del funcionamiento dan lugar a los componentes de la discapacidad, así, la ausencia o alteración en las estructuras y funciones corporales conduce a las deficiencias; las dificultades en las actividades que realiza la persona, ubicadas en el nivel del desempeño individual, conducen a las limitaciones en las actividades; y las dificultades en la participación de la persona en su contexto social, generan las restricciones en la participación (OMS, 2001). Es importante señalar que ninguno de los tres elementos mencionados, lo corporal, lo individual y lo social, actúa de forma aislada, sino que establecen relaciones entre sí.

Bajo ese entendido, las necesidades de rehabilitación engloban tanto a la población con discapacidad como a la población expuesta a las condiciones de salud potencialmente discapacitantes (Jesus et al., 2019; Kamenov et al., 2019). Las condiciones de salud potencialmente discapacitantes hacen referencia a afecciones, lesiones, traumatismos enfermedades agudas o crónicas que tienen un impacto en el funcionamiento y que de no atenderse de forma integral y temprana pueden resultar en discapacidad. Se considera que,

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

aunque sólo sea brevemente, de forma prolongada o de por vida la discapacidad puede presentarse después de muchas enfermedades o lesiones graves. Esta característica está relacionada con medidas como años vividos con discapacidad a partir de estudios globales de carga de enfermedad.

Los cambios demográficos relacionados con el aumento de la esperanza de vida y la consecuente ampliación en la proporción de la población adulta mayor, así como las transformaciones epidemiológicas representadas en el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y las consecuencias de lesiones y traumas, suponen un crecimiento de la población que demandará de servicios de salud en general, y específicamente, de la atención por servicios de rehabilitación para la recuperación o mantenimiento de sus capacidades físicas, mentales y sociales.

En ese sentido, se hace necesario considerar que la prevalencia de personas con discapacidad para el año 2020 fue del 7,1% de la población general (DANE, 2019a). Con corte a diciembre de 2020, el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad –RLCPD, contaba con información de 1.319.049 personas registradas en todo el territorio nacional, lo cual representa el 2,6 % de la población general para Colombia (MSPS, 2020a). De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda 2018, el porcentaje de personas con alguna dificultad para realizar actividades diarias según sexo fue de 46% en hombres y de 54% en mujeres. Asimismo, se identificó que las dificultades que más afectan el desempeño diario son ver de cerca, de lejos o alrededor (37,7%); mover el cuerpo, caminar o subir y bajar escalera (27,9%); oír la voz o los sonidos (9,3%); y hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardíacos, respiratorios (8,7%), siendo la principal causa de todas las dificultades una enfermedad (DANE, 2019a).

A continuación, se describen los principales grupos de condiciones de salud que, sumados a la población con discapacidad, dan cuenta de las necesidades de rehabilitación en el país y que pueden significar un aumento en la demanda de la atención en los servicios de rehabilitación en el marco del sistema de salud. Estas condiciones se relacionan con las principales causas de morbilidad y mortalidad registradas a nivel nacional a través de datos estadísticos poblacionales del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Medicina Legal, con base en los cuales se orienta la toma de decisiones para la implementación de políticas, planes, programas y proyectos en el sector salud.

#### **4.1. Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT)**

Dentro de las principales condiciones de salud asociadas a las deficiencias funcionales se encuentran las Enfermedades Crónicas No Transmisibles -ENT- dentro de las que se encuentran: neoplasias, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades de las vías respiratorias inferiores. En la actualidad, las ENT representan el 65,4% de los motivos de consulta en los servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2019a). Los cambios en el contexto demográfico, económico y social del país han favorecido el incremento en algunos de los factores de riesgo asociados con su aparición como son alimentación no saludable, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol (Instituto Nacional de Salud [INS], 2015).

A nivel del país, este grupo de enfermedades representa una carga importante en términos de costos, por lo que se constituye en uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, ya que socava el desarrollo social y económico y ponen en peligro la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), entre los que se encuentra la reducción de las muertes prematuras por ENT en un 33% para 2030 (Instituto Nacional de Salud, Colombia. ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/No-Transmisibles.aspx>).

En este grupo, cinco condiciones de salud cobran especial relevancia en Colombia debido a factores como su prevalencia, la carga de mortalidad y morbilidad, incapacidad y discapacidad generada por sus complicaciones, la alta demanda de los servicios de salud,

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

además de los costos para las familias, la sociedad y el SGSSS, información que se detalla a continuación:

*La hipertensión arterial* ha tenido un comportamiento con tendencia incremental en los últimos años. Para 2018 la prevalencia nacional fue 7,5% siendo siempre más alta en las mujeres (8,4%) que en los hombres (6,2%). Para este mismo año, los departamentos con mayor prevalencia de hipertensión arterial fueron Bolívar (10,0%), Atlántico (9,5%) y Antioquia (9,4%) (MSPS, 2019a). Dentro de sus reconocidas complicaciones se encuentran las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y los daños renales, además de ser una de las principales causas de muerte prematura (Organización Mundial de la Salud, 2019).

*Las enfermedades cerebrovasculares* (ECV) según las Estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2019 ocuparon el tercer puesto entre las principales causas de mortalidad en el país (15882 defunciones), de estas defunciones el 53,1% corresponde a las mujeres (DANE, 2019b). Estudios publicados en Colombia entre 1984 y 2002 estimaron una prevalencia de accidente cerebrovascular (ACV) entre 0,1 y 1,9 por 100.000 habitantes (INS, 2015).

*La diabetes mellitus* de acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo en Salud tomando como fuente de información los registros de motivo de consulta en los servicios de salud, en 2017 se presentó una prevalencia general de 2,2 por cada 100 habitantes, con diferencias entre sexos siendo más alta en las mujeres (MSPS, 2019a).

*El cáncer* tiene una incidencia estimada de 182 por 100.000 habitantes y una mortalidad cercana a 84 por 100.000 habitantes. Los cinco tipos de cáncer que agrupan la mayor incidencia son próstata, mama, cuello uterino, pulmón y colon y recto. El perfil de mortalidad por cáncer muestra una diferencia entre sexos, siendo para el 2018 el cáncer de mama el más representativo en las mujeres con una tasa de 12,68% en tanto que en los hombres fue el cáncer gástrico con una tasa de 15 por 100.000 habitantes (Observatorio Nacional de Cáncer, 2021).

*La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)*, según las estimaciones presentadas en el informe de carga de enfermedad por ENT del Observatorio Nacional de Salud para el período 2010-2014, cuenta con una prevalencia para las mujeres de 3,3% y para los hombres de 4,1% (INS, 2015). Por su parte, las cifras de Estadísticas Vitales del DANE indican que para el año 2019 las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ocuparon el segundo puesto entre las principales causas de mortalidad en el país (DANE, 2019b).

Es así como la complejidad clínica de las enfermedades crónicas, la frecuente presencia o desarrollo de comorbilidades, y la asociación con factores de riesgo modificables denotan la importancia de abordajes más integrales, que incluyan la rehabilitación para favorecer la prevención de complicaciones, el mantenimiento del funcionamiento de las personas y mejores resultados en salud. Desde esa perspectiva las intervenciones en rehabilitación, como, por ejemplo, la prescripción de ejercicio físico (También llamado terapia de ejercicio o ejercicio terapéutico. Incluye entre otras, ejercicio aeróbico, de resistencia, y es prescrito para condiciones crónicas de acuerdo con objetivos específicos de tratamiento) contribuyen en el control de los factores de riesgo, en el mantenimiento del desempeño en el desarrollo de actividades de la vida diaria, en la reducción de la progresión de la enfermedad y/o el deterioro funcional y finalmente aportan a la conservación de la movilidad y la independencia, entre otros beneficios (Pasanen et al., 2017).

Específicamente, en el ACV las intervenciones tempranas de rehabilitación juegan un rol en el proceso de recuperación, dada la alta incidencia de deficiencias en los sobrevivientes de estos eventos, a través de diversas estrategias que permiten la mejora del estado físico y la recuperación de habilidades para la realización de actividades relacionadas con la movilidad, la comunicación, el autocuidado, entre otras, y también ha demostrado ser clave en la prevención de readmisión hospitalaria (Breitenstein et al., 2017; Freburger et al., 2018; Saunders et al., 2020). Asimismo, en el cuidado de las personas sobrevivientes de cáncer

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

la rehabilitación es un elemento esencial, dado que permite abordar los problemas físicos como, por ejemplo, el dolor y la fatiga, los trastornos psicológicos relacionados con el miedo o la ansiedad, así como mitigar los efectos adversos de los tratamientos (Möller et al, 2019).

En síntesis, la rehabilitación ha mostrado ser un elemento esencial en el manejo de las ENT dado que cuenta con diversas intervenciones terapéuticas y desarrolla acciones orientadas a la identificación e intervención de factores de riesgo y estilos de vida inadecuados, la implementación de enfoques que fomentan la conciencia de las personas sobre sus condiciones, su empoderamiento y autogestión, el apoyo de las familias y cuidadores, entre otras.

Otras condiciones de salud que pueden comprometer el funcionamiento son las enfermedades de los ojos y sus anexos, que representan el 5,43% de la morbilidad atendida por enfermedades no transmisibles para el periodo de 2009 a 2014 (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016a). En cuanto a las enfermedades huérfanas caracterizadas por ser crónicamente debilitantes, graves y amenazar la vida, para el periodo 2016-2019 las condiciones más prevalentes fueron el síndrome de Guillain Barré, seguido de la esclerosis múltiple y la enfermedad de Von Willebrand (2,0; 1,9 y 1,4 por 100.000 habitantes, respectivamente) (Instituto Nacional de Salud [INS], 2019).

#### **4.2. Enfermedades y/o trastornos asociados a la salud mental**

Las enfermedades o alteraciones mentales también ocupan un lugar importante dentro de los datos epidemiológicos del país. El reporte de atenciones realizadas entre 2009-2018 indica una tendencia incremental en las consultas por trastornos mentales y de comportamiento para todos los grupos de edad. Para 2018 en Colombia del total de consultas realizadas por salud mental (n=5.614.001), el 86% (n=4.861.251) correspondieron al diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento que incluye aquellos relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, mientras que el 13,4% restante (n=752.750) tienen como motivo de consulta el evento de Epilepsia (MSPS, 2019a). Asimismo, las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009 y el diagnóstico de depresión moderada se realizó en 36.584 atenciones en 2015 y se observa que la mayor proporción de personas atendidas por depresión moderada o severa correspondió a mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2017a).

Estudios nacionales sobre la salud mental han mostrado con cifras la importancia del tema. Así, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 encontró que la mayor prevalencia de síntomas de depresión se evidenció en los adolescentes con 15,8% y que en las mujeres la depresión es más frecuente que en los hombres, cualquiera que sea el trastorno depresivo. La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento encontró que la prevalencia global de síntomas depresivos en adultos mayores fue del 41,0% y que el 50,9% de las personas adultas mayores con depresión tenía la condición de desplazada por el conflicto armado o por la violencia. Por su parte, el estudio de estimación de la carga de enfermedad para Colombia realizado en 2010 encontró que, en personas de todas las edades, de ambos sexos, la depresión unipolar ocupa el segundo lugar como causa de carga de la enfermedad con 54 años de vida saludable perdidos, todos por la discapacidad que ocasiona la enfermedad (MSPS, 2017a).

Es así como la problemática de salud mental denota la necesidad de ampliar el acceso a la rehabilitación dado que por un lado, se reconoce que las enfermedades mentales son unas de las mayores contribuyentes a la pérdida de salud no fatal y que incrementan el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares con ocasión de sintomatologías como la ansiedad y la depresión, y de otro lado, existe una amplia evidencia del beneficio terapéutico de múltiples intervenciones no farmacológicas sobre los trastornos asociados a la salud mental de las personas (Huber et al., 2017; Bourbeau et al., 2020).

#### **4.3. Enfermedades Transmisibles (ET)**



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

En relación con condiciones transmisibles, el VIH/SIDA hace parte de las condiciones de salud con mayores necesidades de rehabilitación dadas las complicaciones y comorbilidades asociadas.

Para 2018 en Colombia se evidencia una prevalencia de VIH equivalente a 0,19 por cada 100 personas (n=95.745 casos). Los casos incidentes corresponden en un 19,3% a mujeres y el restante 80,7% hombres, para una razón hombre: mujer de 3 a 1. Para este mismo periodo, los casos incidentes (n=10.246) se concentran en la población entre los 25 a 34 años, seguido por el grupo de 15 a 24 años y de 35 a 44 años. Los departamentos con mayor prevalencia por este evento son Quindío (0,33), Bogotá (0,25), Risaralda (0,25) y Valle del Cauca (0,25) (MSPS, 2019a).

El abordaje terapéutico de personas con VIH requiere la participación de múltiples disciplinas de la salud, incluidas las de rehabilitación, dada la complejidad de los compromisos en la salud física, mental, emocional y social que enfrentan como consecuencia de su condición. Acciones de rehabilitación cognitiva y neurológica, intervenciones para la promoción de la salud y prevención de complicaciones, son algunas de las estrategias referidas en la evidencia científica que aportan al mejoramiento de la calidad de vida de esta población (Chan et al., 2020; Zech et al., 2019).

Otras enfermedades transmisibles que pueden generar alteraciones en el funcionamiento y, en consecuencia, necesidades de rehabilitación, incluyen la tuberculosis, la enfermedad de Hansen o lepra, y la COVID-19, entre otras.

#### **4.4. Lesiones de causa externa**

Otra de las prioridades emergentes en salud es el crecimiento en el número de casos de trauma por accidentes de tránsito, lesiones interpersonales, violencia, entre otras. En el transcurso del año 2018 se realizaron 263.257 valoraciones por reconocimientos médicos correspondientes a lesiones no fatales de causa externa, siendo la de mayor valoración las lesiones por violencia interpersonal (44,1%; n=116.115). Al realizar la estimación de los años de vida perdidos por este tipo de lesiones con base en el número de casos y el cálculo de tasas por 100.000 habitantes, se evidencia que durante el año 2018 hubo 339.552 años de vida saludable perdidos -AVISA- (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019). Los AVISA corresponden a la pérdida de vida saludable medida en años y se compone de dos mediciones: los años perdidos por muerte prematura (la diferencia entre la expectativa de vida y la edad de muerte, llamados AVPP) y el equivalente de años perdidos por vivir con discapacidad (llamados AVD) (Instituto Nacional de Salud, 2018).

Se refleja una pérdida mayor para los hombres por lesiones en violencia interpersonal y accidentes de tránsito con 101.466 y 30.793 AVISA respectivamente; mientras que en las mujeres la mayor pérdida de años de vida saludable se presenta por la violencia de pareja con 59.614 años de vida saludable perdidos, seguida por la violencia interpersonal con una pérdida en años de 53.963 (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2019). Las lesiones de causa externa se relacionan con el deterioro funcional de las personas, además de las consecuencias en el bienestar psicológico y la vida social.

Especial mención entre las lesiones de causa externa merecen las lesiones por minas antipersonal y municiones sin explotar. Las Minas Antipersonal (MAP) y las Municiones sin Explotar (MUSE) son artefactos explosivos utilizados en el marco de los conflictos armados internos y externos. Se ubican bajo la tierra o muy cerca de ella y detonan cuando son pisados o manipulados por una persona. Estos artefactos pueden generar graves daños físicos y psicológicos que incluyen la pérdida de las extremidades, daños a nivel de la visión, de la audición, de los órganos internos, y en muchos casos, la muerte (CIRC, 2009). Así mismo, pueden generar trastorno por estrés postraumático, entre otros síntomas psicológicos.

La alta peligrosidad de las MAP y su potencial para causar daño de manera indiscriminada generó el rechazo de la comunidad internacional frente a su uso, el cual tomó cuerpo

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

mediante la promulgación en 1997 de la *Convención sobre la Prohibición del Empleo, Almacenamiento, Producción y Transferencia de Minas Antipersonal y sobre su Destrucción*, de la cual Colombia es Estado parte (Descontamina Colombia, 2021). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1998), los daños causados por MAP son un problema de salud pública que demanda de los Estados vigilancia de su impacto, medidas de prevención e intervenciones oportunas de tratamiento y rehabilitación, con especial énfasis en la rehabilitación psicosocial. En Colombia, la vigilancia en salud pública de las lesiones por MAP y MUSE se realiza en cumplimiento de los compromisos adquiridos a través de la mencionada convención, cuya reglamentación se da mediante la Ley 759 de 2002 (INS, 2018).

De acuerdo con la Oficina del Alto Comisionado para la Paz (OACP) como fuente oficial de información para la Acción Integral contra Minas en Colombia, entre 2006 y el 30 de junio de 2021 en Colombia se han registrado 12.062 víctimas por MAP-MUSE. Entre ellas, el 19,7% han fallecido en el accidente. El 60% del total de las víctimas corresponde a miembros de la fuerza pública. En relación con la distribución por edad y sexo entre las víctimas civiles (n=4.809), se encuentra que los hombres mayores de edad representan el 65,68%, seguidos por los niños y adolescentes (20,21%), las mujeres mayores de edad ((7,72%) y las niñas y adolescentes (5,56%). Los 5 departamentos con mayor número de víctimas han sido Antioquia (2.613), Meta (1140), Nariño (1.033), Caquetá (950) y Norte de Santander (939) (Descontamina Colombia, 2021). De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud (2019) entre 2018 y 2019 se presentó un incremento de 59% en el número de casos de víctimas por MAP-MUSE (221 casos en 2018 y 352 casos en 2019). Durante el primer semestre de 2021 se presentaron 73 casos (Descontamina Colombia, 2021).

En relación con el tipo de lesiones se encuentra que en 2019 entre las víctimas de MUSE el 79% presentó laceraciones, 51,4% quemaduras, 44.4% contusiones y 20.8% fracturas. En cuanto a las víctimas de MAP el 73.3% presentó laceraciones, el 66,7 % contusiones, el 34,6 % fracturas y el 31,4 % amputaciones (INS, 2019).

Los datos epidemiológicos y estadísticos presentados brindan información valiosa para evaluar las necesidades de rehabilitación, lo que puede ser útil para configurar las prioridades relacionadas con intervenciones de rehabilitación.

## **5 Marco conceptual**

A continuación, se presentan los conceptos fundamentales que enmarcan la rehabilitación en el sistema de salud en Colombia, partiendo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y concluyendo con la descripción del proceso de rehabilitación.

### **5.1 Atención Primaria en Salud (APS)**

La Declaración de Alma-Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978) define la APS como la asistencia sanitaria esencial, basada en los métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo; en este sentido, la APS está orientada a los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolverlos.

La APS reconoce la salud como derecho, pone en el centro de la atención en salud a la persona como sujeto de derechos y está concebida como una estrategia que se sustenta en el modelo de los determinantes sociales de la salud, y que, a su vez, permite su intervención a través de la articulación de diversas acciones intersectoriales que pueden incidir sobre los procesos de determinación social de la salud. Así mismo, ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

recursos de forma racional en los distintos niveles de atención (Organización Mundial de la Salud, 2008).

A pesar de los logros en salud y el tiempo recorrido desde dicha declaración, la APS tiene aún una agenda pendiente frente a las demandas relativas a la promoción de la salud, la prevención, la curación, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Por tal razón, en la Conferencia Mundial sobre la APS (Astaná, Kazajistán 2018), la Organización Mundial de la Salud (OMS) insistió en el fortalecimiento de la APS como piedra angular para un sistema de salud sostenible, lo que contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible entre ellos, la cobertura sanitaria universal (World Health Organization and the United Nations Children's Fund, 2018).

En este sentido, se espera que los sistemas de salud basados en APS permitan la orientación e identificación de los valores esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población, como son el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad; así como que tengan en cuenta los principios que sustentan las políticas de salud y los elementos que se consolidan como componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar los planes, los programas y los servicios. Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo con sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio desarrollo nacional en salud. Un sistema de salud basado en la APS implica un enfoque amplio, construido sobre la base de las lecciones aprendidas y la identificación de las necesidades estructurales y operativas que garanticen la calidad de la atención en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

En Colombia, de acuerdo con la Ley 1438 de 2011 la APS se define como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar el mayor nivel de bienestar en las personas, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS” (Congreso de Colombia, 2011).

A partir de la anterior definición, la APS es asumida como el referente estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual se operativiza a través del modelo de acción integral de cuidados de salud centrado en las personas, las familias y las comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2019b). También, soporta la organización del sistema de salud para brindar una atención integral orientada hacia la garantía del derecho fundamental a la salud, reconocido mediante la Ley 1751 de 2015 y que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, mejoramiento y la promoción de la salud (Congreso de Colombia, 2015).

Como antecedentes de la APS en Colombia, experiencias de trabajo en salud anteriores a la declaración de Alma-Ata, se reconocen a partir de los años cincuenta del siglo XX: por una parte, el desarrollo de la propuesta de Promotoras Rurales de Salud (como agentes comunitarios de salud), llevada a cabo por Héctor Abad Gómez en la Universidad de Antioquia hasta ser un programa oficial en todo el país; y, por otra, las lideradas en la Universidad del Valle por Santiago Rengifo Salcedo. A comienzos de los años setenta se destaca la experiencia liderada por Gustavo Molina, docente en la Universidad de Antioquia, desde donde promovió y desarrolló experiencias en la integración de los servicios, conocidas con el nombre de integración operacional de abajo hacia arriba (IOAPA) para Medellín y para Carmen de Viboral y que halló un ambiente propicio en el Sistema Nacional de Salud de 1975. Tras la declaración de Alma-Ata (1978) la APS fue introducida en Colombia con el apoyo de la OMS y la OPS. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

Teniendo en cuenta que la APS busca evitar la fragmentación asistencial y que la rehabilitación es un componente de la atención integral en salud, se hace necesario que,

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

en el marco de la estrategia de APS y desde la perspectiva del derecho a la salud, a las personas como *sujetos de derecho* se les garantice el acceso a servicios en salud de acuerdo con sus necesidades específicas. Lo anterior, bajo un contexto de integralidad, que comprende la prestación de servicios individuales, incluidos los servicios de rehabilitación, así como las intervenciones colectivas, propias de las obligaciones del Estado en lo que concierne a la Salud Pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016b). En este sentido, el proceso de rehabilitación en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud, como herramienta operativa de las condiciones necesarias para garantizar la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la generación de una cultura de cuidado, para todas las personas, familias y comunidades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a) es un buen ejemplo de integración de la APS en el marco de la PAIS.

El sistema de salud, como determinante social de la salud individual, familiar y comunitaria influye en los efectos de otros determinantes sociales y se ve influenciado por estos. Al ser la rehabilitación parte de la atención integral en salud, la garantía de acceso a esta contribuye a la disminución de las inequidades en salud a través de las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales que abordan los riesgos sobre el funcionamiento humano y la discapacidad (World Health Organization, 2010; MSPS, 2019b). La PAIS fundamentada en la estrategia de APS busca orientar al sistema de salud para la generación de mejores condiciones de salud de la población, por ello se asumen varios enfoques, entre estos el enfoque de cuidado de la salud y el enfoque diferencial de derechos, los cuales cobran especial relevancia en el marco de este lineamiento.

#### *Enfoque de cuidado de la salud*

Este enfoque hace referencia a las capacidades, decisiones y acciones que el individuo, la comunidad y el Estado adoptan para proteger la salud propia, de las familias, de la comunidad y del territorio, y se vincula con las responsabilidades que asume la persona con ella misma y con la comunidad. A la vez, implica generar oportunidades de desarrollo, condiciones para la protección y el bienestar, y promueve la convivencia, el cuidado hacia lo público, la solidaridad, la cultura de la seguridad social, así como el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social (MSPS, 2019b). Igualmente, involucra a los sistemas de salud en acciones relacionadas con la promoción, el mantenimiento y la restauración del funcionamiento humano.

#### *Enfoque diferencial de derechos*

El enfoque diferencial de derechos reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, etnia, condición de discapacidad o de víctimas de la violencia, entre otras, que las ubican en una situación de desventaja y mayor vulnerabilidad para el ejercicio del derecho a la salud. Razón por la cual es preciso generar garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las mismas; lo que implica el desarrollo de un proceso de adaptación o adecuación de las estructuras de servicios disponibles, a las características de la población y de los territorios, como factor crítico de éxito en el desempeño del sistema de salud, para el cierre de brechas que entorpecen los resultados en salud (MSPS, 2019b; Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, 2013).

Se destaca aquí el enfoque de género que, frente al “enfoque tradicional naturalista que asignaba las diferencias y desigualdades a razones de tipo biológico”, permite “analizar cómo el sistema sexo-género se ha traducido en impactos diferenciales entre ambos sexos mediante roles y conductas que dan lugar a la asignación desigual de los recursos, las oportunidades y el poder, tanto en el ámbito de lo público como de lo privado. Asimismo, permite identificar las situaciones de desventaja que enfrentan las mujeres para acceder al control de bienes y recursos, a la vez que para participar en la toma de decisiones”. La importancia de este enfoque en la planeación de intervenciones en rehabilitación radica, entre otros aspectos, en: facilitar el acceso equitativo a los servicios, productos y tecnologías; precisar el análisis de información desagregada por sexo para la toma de

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

decisiones, y promover las acciones que eliminen prejuicios y prácticas discriminatorias relacionadas con el género (Alcaldía Mayor de Bogotá. D.C., 2020).

En síntesis, a partir de la estrategia de APS y de los enfoques mencionados se pretende garantizar efectivamente el derecho a la salud y el reconocimiento de la rehabilitación como parte integral de este. En consecuencia, se deben establecer las directrices para su fortalecimiento en el marco del SGSSS como elemento fundamental para el logro de la cobertura universal en salud.

## **5.2 Rehabilitación**

La rehabilitación es un componente esencial de la atención integral en salud y se entiende como una estrategia que posibilita prevenir, restaurar, compensar o retardar el deterioro del funcionamiento humano. Se caracteriza por ocurrir en un periodo de tiempo oportuno y específico, tiene un objetivo determinado, cuida la salud individual y colectiva, presupone una visión holística del proceso salud-enfermedad-discapacidad y prioriza la atención a las necesidades y capacidades de la persona para relacionarse con su entorno. Asimismo, posibilita optimizar los recursos de los individuos y sus familias para adaptarse a diversas situaciones con la mayor independencia posible y participar en todos los aspectos de la vida social (Stucki, Cieza, & Melvin, 2007; World Health Organization, 2019).

Es conveniente señalar que existen algunas creencias erróneas que pueden haber impactado sobre la importancia que se le asigna a la rehabilitación en el marco de los sistemas de salud. Una de estas creencias erróneas es que, en muchos países, especialmente en aquellos de bajos y medianos ingresos, la rehabilitación se considera una estrategia alternativa, que se implementa cuando fracasan las intervenciones preventivas o curativas. Sin embargo, debe aclararse que la rehabilitación es clave como intervención temprana dado que permite entre otras, prevenir y mitigar riesgos de complicaciones en la salud, maximizar efectividad de intervenciones médicas y quirúrgicas y acelerar la recuperación. La segunda es la consideración de la rehabilitación como un "lujo" o un servicio de salud opcional para quienes puedan pagarlo, por lo que hay que recordar que se trata de servicios esenciales que deben estar disponibles para todas las personas. La tercera es creer que se trata de un servicio específico para personas con discapacidad, cuando en realidad es un servicio básico de salud para toda la población (World Health Organization, 2018)

A continuación, se presenta el modelo del funcionamiento humano, el cual es el referente conceptual de la rehabilitación.

## **5.3 Modelo de funcionamiento humano**

El modelo del funcionamiento humano reconoce las interacciones de las condiciones de salud (hacen referencia a enfermedades, lesiones o traumas crónicos o agudos, y también a circunstancias tales como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas, que generan o pueden resultar en alteraciones del funcionamiento) con las funciones y estructuras corporales, y con los factores contextuales ambientales y personales, de las que dependen el desempeño en las actividades de la vida diaria y la participación social (Stucki, Cieza, & Melvin, 2007).

Este modelo se desarrolla a partir del modelo biopsicosocial, el cual plantea que las alteraciones en la salud son condiciones complejas que resultan de la interacción entre múltiples factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales. De esta manera, propone que las alteraciones bioquímicas, anatómicas y fisiológicas son condiciones necesarias, pero no suficientes para el desarrollo de una alteración en la salud y por ello, es necesario partir del reconocimiento de las características psicológicas de la persona, del contexto social en el que vive y de las características del sistema de salud, como medio para comprender los determinantes de las alteraciones en la salud y para establecer tratamientos apropiados (Engel, 1977).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

Bajo esta perspectiva de integralidad, surge la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001. La CIF constituye el marco conceptual a partir del cual la OMS entiende el funcionamiento humano, planteando la interacción de las condiciones de salud con los siguientes tres componentes esenciales: las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación, y los factores contextuales; integrados bajo dos términos que constituyen un espectro continuo que va desde el funcionamiento hasta la discapacidad (Madden et al., 2011). Sobre el tercer componente de factores contextuales, es preciso aclarar que pueden incidir sobre el funcionamiento o la discapacidad al actuar como facilitadores o barreras, y que dentro de estos se encuentran los servicios, sistemas y políticas sanitarias y, por ende, los servicios de rehabilitación.

Las alteraciones e interacciones entre los tres grandes componentes del funcionamiento pueden dar lugar a la discapacidad. Así pues, la ausencia o alteración en las estructuras y funciones corporales conduce a las deficiencias; las dificultades en las actividades que realiza la persona, ubicadas en el nivel del desempeño individual, conducen a las limitaciones en las actividades; y las dificultades en la participación de la persona en su contexto social, generan las restricciones en la participación (OMS, 2001). Debe aclararse que las deficiencias corporales, es decir la alteración en la estructura o la función corporal, incluyendo las funciones psicológicas, pueden ser de carácter transitorio o permanente, regresivo o progresivo. Es importante señalar que ninguno de los componentes actúa de forma aislada, sino que establecen relaciones entre sí, y son estas relaciones las que determinan el funcionamiento o la discapacidad del individuo, al interrelacionarse con los factores contextuales.

En términos prácticos, abordar el proceso de rehabilitación comprendiendo el funcionamiento humano desde el modelo biopsicosocial implica el desarrollo de acciones que impacten las deficiencias en funciones y estructuras corporales, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación social, así como el reconocimiento de los factores que afectan y determinan el funcionamiento de una persona, todo ello con el fin de optimizar el funcionamiento, favorecer la inclusión social y la reducción de la inequidades.

Al abordar el funcionamiento humano, la rehabilitación prioriza los siguientes resultados, entre otros: el mantenimiento de la función actual; la prevención de la pérdida de función; la reducción del ritmo de pérdida de la función, y la mejora, restauración y/o compensación de la función perdida. Los cambios ocurridos en el funcionamiento, resultado de intervenciones de rehabilitación, pueden ser medidos en términos de la actividad y la participación (Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, 2011).

#### **5.4 Proceso de rehabilitación**

La rehabilitación basada en el modelo del funcionamiento humano reconoce la importancia de las dimensiones biológica, individual y social en el abordaje del ser humano con condiciones de salud, dado que se entiende que, en la producción de la salud, la enfermedad y la discapacidad interactúan múltiples factores que van más allá de lo biológico. Por lo tanto, se propone la rehabilitación como un proceso, definido como:

Secuencia de acciones coordinadas que incluye el conjunto de intervenciones individuales y colectivas orientadas a reducir el impacto de la discapacidad o a prevenir su aparición en las personas que presentan condiciones específicas de salud. Así mismo, busca mantener el mayor nivel posible de funcionamiento de las personas al interactuar con sus entornos. Este proceso está centrado en la persona, reconoce al sujeto como ser activo en el cumplimiento de los objetivos propuestos y plantea la importancia del rol de la familia y la comunidad.

De esta manera, la puesta en marcha del proceso de rehabilitación plantea la necesidad de la interacción de diversas acciones que pueden incidir sobre los componentes del funcionamiento, es decir sobre las funciones y estructuras corporales, la realización de actividades, la participación, así como sobre los factores ambientales y personales que

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

determinan las condiciones de salud. Asimismo, convoca a la identificación, uso y articulación de diversas intervenciones que tienen el potencial de aportar al mantenimiento del funcionamiento humano.

Es preciso aclarar que para el desarrollo del proceso de rehabilitación se dispone de las intervenciones individuales, que son realizadas acorde con las necesidades de rehabilitación, los diferentes momentos del curso de vida y las expectativas y preferencias de quienes las reciben. Además, dichas intervenciones son desarrolladas por diferentes profesionales de rehabilitación que cuentan con estrategias, métodos o acciones terapéuticas, propias de sus campos de conocimiento. En este sentido se contemplan entre otras: evaluación y diagnóstico; intervenciones terapéuticas; ejercicios y estrategias compensatorias; suministro de recursos y tecnología de asistencia o ayudas técnicas; capacitación y educación; apoyo y asesoramiento; acciones con la familia y cuidadores; y modificaciones en el ambiente (Organización mundial de la salud, Banco Mundial, 2011).

Igualmente, el proceso de rehabilitación se caracteriza por el reconocimiento y uso de mecanismos de coordinación entre los actores y las instancias que realizan intervenciones de rehabilitación. Así pues, pueden generarse referencias y contrarreferencias a otros servicios de salud relacionados con la rehabilitación u otras áreas de la salud, o pueden requerir abordajes multidisciplinarios o interdisciplinarios según la condición de salud, curso de vida, condición de discapacidad u otras particularidades del individuo.

Las intervenciones individuales orientadas por las diferentes disciplinas y profesiones del área de rehabilitación, en complementariedad con otras intervenciones, como por ejemplo las intervenciones colectivas (Resolución 528 de 2015) dispuestas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), y las intervenciones poblacionales (Resolución 3280 de 2018) del Plan Territorial de Salud (PTS), pueden articularse, apoyar y fortalecer el proceso de rehabilitación. Adicionalmente, los logros alcanzados a través de las intervenciones individuales en los servicios de rehabilitación y de las intervenciones colectivas en los entornos pueden potencializarse mediante la derivación hacia acciones inter y transectoriales. De esta manera, el proceso de rehabilitación se fortalece y permite el desarrollo de capacidades para la transformación de las condiciones que inciden en la salud y por tanto, repercuten en el entorno de los individuos determinando su nivel de participación en el contexto social.

### **5.5 Organización de la rehabilitación por grados de complejidad**

Teniendo en cuenta que el objetivo del proceso de rehabilitación es favorecer el óptimo funcionamiento de las personas con alguna condición de salud, se hace necesario replantear la disposición de la rehabilitación en las últimas fases del continuo de la atención en salud para considerarla relevante en todos los estadios de una condición de salud (aguda, post aguda, crónica), en diferentes contextos asistenciales y con intervenciones que aportan a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación (Stucki, Cieza, & Melvin, 2007). Ubicar la rehabilitación como elemento transversal en el continuo de la atención en salud puede tener impactos significativos como medida preventiva, reducción de riesgos, mejora de resultados funcionales, así como en la disminución de la carga de la discapacidad, las inequidades en salud y el costo de los servicios de salud (England, N.H.S., 2016).

Dentro del sistema de salud, los servicios de rehabilitación se organizan en prestadores de diferentes grados de complejidad y es fundamental su integración y articulación con otros servicios de salud, con intervenciones colectivas que se desarrollan en los diferentes entornos y con acciones de actores externos del SGSSS, para responder a las necesidades de rehabilitación de la población y atender los riesgos en salud que pueden resultar en el deterioro del funcionamiento o discapacidad.

Es importante aclarar que la descripción de la rehabilitación por grados de complejidad se propone de acuerdo con experiencias de rehabilitación en el país, que han buscado dar respuesta a las necesidades de rehabilitación desde diferentes escenarios, y además se

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

alineada con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO], 2019).

Según la Resolución 3100 de 2019 los servicios de terapias que incluyen fisioterapia, terapia de lenguaje, terapia ocupacional y terapia respiratoria no los cobijan los grados de complejidad. Sin embargo, en el marco de este lineamiento se recomienda a los servicios de rehabilitación que garanticen sus atenciones según la complejidad de las condiciones de salud que atiende el prestador de servicios donde se encuentran habilitados, como se describe en el componente de prestación de servicios del presente documento.

Los servicios de rehabilitación permiten reconocer un grupo más amplio de servicios de salud para desarrollar el proceso de rehabilitación, del cual hacen parte además de los servicios de terapias, otros como psicología, trabajo social, optometría y fisiatría. También se suman otras profesiones que, sin estar definidas dentro del grupo de servicios de rehabilitación, son fundamentales en los procesos de rehabilitación y pueden llegar a ser parte de los equipos multidisciplinarios de rehabilitación.

#### **5.5.1 Rehabilitación en prestadores de baja complejidad**

La rehabilitación en prestadores de baja complejidad se define como:

Una propuesta de proceso de rehabilitación orientado a la promoción, preservación o recuperación del funcionamiento de las personas, además de acciones para la prevención de enfermedades o complicaciones derivadas de las alteraciones en salud. Todo ello, a partir del desarrollo de acciones integrales en salud, que implican la articulación de atenciones individuales y colectivas en el entorno familiar y comunitario, en el marco de la Atención Primaria en Salud (USAID, OIM, 2020).

Se fundamenta en el enfoque de salud familiar y comunitario descrito en la PAIS. Este enfoque reconoce a la familia y a la comunidad como sujetos de atención en salud, se centra en su cuidado, y plantea la provisión de herramientas para el autocuidado y la promoción de la salud. En caso de que las personas enfermen, se procura que la atención ocurra en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. Para que esto sea posible, los entes territoriales y los prestadores de baja complejidad deben generar e implementar “planes integrales de cuidado de la salud que incluyan atenciones y acciones para promover la salud, prevenir, manejar, rehabilitar y paliar la enfermedad en las personas, las familias y comunidades, como sujetos de atención en salud, de acuerdo a las potencialidades y necesidades existentes” (MSPS, 2016b).

Así, la rehabilitación en la baja complejidad dispone de un marco conceptual, metodológico y práctico que le permite alinearse con los principios de este enfoque, dado que provee una respuesta integral a las necesidades y retos asociados con una variedad de condiciones de salud, y se orienta a la persona y su contexto familiar y comunitario. De igual modo, cumple un papel integrador con los otros grados de complejidad de los servicios de salud, para mejorar la accesibilidad a servicios de personas con necesidades de rehabilitación y con otros sectores, a través de la articulación intersectorial para influir en los determinantes sociales de la salud, el funcionamiento y la discapacidad y (World Health Organization [WHO], 2018).

Los servicios de rehabilitación en la baja complejidad se prestan en servicios de baja complejidad, a través de las diversas modalidades existentes (intramural, extramural y telemedicina), de acuerdo con las posibilidades de recursos tecnológicos y talento humano (WHO, 2019) con el fin de mejorar el acceso de la población que se encuentra en zonas rurales y dispersas. A través de la modalidad extramural es posible acercar los servicios de rehabilitación al hogar, mediante la atención domiciliaria y al entorno comunitario con jornadas de salud y unidades móviles. Estos servicios pueden articularse con intervenciones colectivas que aportan a la consecución de los logros de la rehabilitación. Dentro de estas intervenciones es importante resaltar la Rehabilitación Basada en la



Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

Comunidad (RBC) como estrategia para promover la participación de la comunidad, así como para desarrollar y fortalecer la colaboración multisectorial y el desarrollo de lo comunal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a). La RBC es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las personas con discapacidad, se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las propias personas con discapacidad, de sus familias, organizaciones y comunidades, y de los pertinentes servicios gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo, social, y otros”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a).

En los servicios ubicados en este grado de complejidad se deben identificar, diagnosticar, tratar o referir oportunamente a individuos y poblaciones con riesgos o deterioro en el funcionamiento, a causa de diversas condiciones de salud. También es el escenario propicio para realizar acciones de seguimiento y de mantenimiento de los logros alcanzados en intervenciones de rehabilitación desarrolladas en servicios de rehabilitación en prestadores de mediana y alta complejidad, así como acciones de promoción de la salud para optimizar el resultado de otras intervenciones, pues facilita la continuidad del cuidado, aportando al logro del máximo nivel de funcionamiento posible en cada caso (WHO, 2018).

En la baja complejidad, la atención se orienta a personas con necesidades de rehabilitación menos complejas, que se encuentran en fase post aguda o crónica de su condición de salud. Se brindan atenciones de baja frecuencia, a menudo por períodos cortos, que actúan como primer punto de contacto en el sistema de salud en el marco de la atención primaria en salud. Se encuentran servicios de salud que conforman los equipos multidisciplinarios, con profesionales de medicina general, enfermería y de las áreas terapéuticas que estén disponibles. Al actuar en el marco de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, cumplen un papel articulador con la atención en servicios de salud de mayor grado de complejidad dentro del proceso de referencia y contrarreferencia según la necesidad de atención en salud de cada persona. De otro lado, ubicar la rehabilitación y fortalecerla en los primeros niveles de atención, contribuye al logro de los atributos de la APS: accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación/continuidad (Rosas, Narciso y Cuba, 2013).

#### **5.5.2 Rehabilitación en prestadores de mediana y alta complejidad**

La integración de la rehabilitación en la atención en salud en servicios e instituciones de mayor complejidad responde a la necesidad de brindar intervenciones especializadas y garantizar la integralidad y continuidad de la atención durante las fases aguda y post aguda del cuidado, o en condiciones de salud complejas.

Los servicios de rehabilitación para instituciones de mediana y alta complejidad se caracterizan por la composición de un equipo multidisciplinario, la especialización de los equipos, tecnologías e intervenciones y por la posibilidad de cumplir un rol de soporte a los equipos de profesionales en los servicios de menor complejidad para gestionar el cuidado de personas con condiciones de salud en su entorno más cercano (Langhammer et al., 2015; National Specialised Commissioning Group, 2010).

Este tipo de atenciones en rehabilitación se presta generalmente en servicios de mediana y alta complejidad ubicados a nivel regional. En este espacio, se debe garantizar una efectiva comunicación y articulación de los servicios de rehabilitación con áreas de hospitalización, consulta externa, urgencias y servicios especializados como, por ejemplo, servicios de ortopedia, reumatología, salud mental, entre otros, con el fin de maximizar la efectividad de las intervenciones médicas, quirúrgicas y de otras disciplinas de la salud, acelerar la recuperación y el alta hospitalaria y mitigar los riesgos de complicaciones.

Generalmente, los servicios de rehabilitación en fase post aguda del cuidado son entregados inmediatamente o poco después del alta hospitalaria de cuidados agudos. Es importante señalar que, en una fase post aguda del cuidado, la atención está mediada por las limitaciones que presenten las personas para el desempeño funcional, de esta manera los casos severos en una fase post aguda con limitaciones en la movilidad y en la realización de las actividades de la vida diaria requieren de rehabilitación intrahospitalaria,

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

en tanto que pacientes con menores restricciones funcionales podrían referirse a servicios de rehabilitación ambulatoria (Gutenbrunner, Bickenbach, Melvin, & Lains, 2018). En consecuencia, las atenciones de rehabilitación, cumplen un papel fundamental en la transición del cuidado hospitalario al ambulatorio.

Una vez la persona recibe las intervenciones de rehabilitación en servicios de mediana y alta complejidad, y se encuentre en condiciones estables, debe hacer el tránsito a través de procesos de referencia y contrarreferencia hacia los servicios de baja complejidad disponibles. En estos se debe dar continuidad a las atenciones que sean requeridas dentro de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y aquellas pertinentes en el proceso de rehabilitación. Igualmente, debe contarse con mecanismos de seguimiento en la evolución de la persona, mediante la comunicación entre los diferentes grados de complejidad, respondiendo al cumplimiento de los atributos de la APS.

La diferencia principal entre la rehabilitación en prestadores de mediana y alta complejidad radica en la complejidad de los casos y en la capacidad resolutive instalada en términos de servicios declarados y habilitados, personal especializado y tecnología (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

También es importante definir a la rehabilitación especializada como los servicios que apoyan a los pacientes con condiciones altamente complejas o cuyas necesidades de rehabilitación van más allá del alcance de servicios locales de rehabilitación (Langhammer, et al., 2015; National Specialised Commissioning Group, 2010). Algunas de las condiciones que comúnmente requieren atención en escenarios de rehabilitación especializada porque pueden resultar en una discapacidad compleja pueden ser aquellas condiciones de aparición repentina (daño cerebral adquirido, lesiones de la médula espinal o del sistema nervioso periférico, politrauma), condiciones intermitentes y progresivas (esclerosis múltiple, distrofias musculares, artritis reumatoidea) y condiciones estables con o sin cambios degenerativos (condiciones congénitas como parálisis cerebral o espina bífida). No obstante, es preciso señalar que el diagnóstico no es el único determinante de necesidades de rehabilitación especializada, sino que los pacientes pueden ser priorizados por sus niveles de deficiencias o limitaciones en las actividades o la complejidad de sus necesidades de rehabilitación (National Specialised Commissioning Group, 2010).

Este tipo de rehabilitación ocurre en prestadores de servicios de salud específicamente dedicados a la rehabilitación en áreas especializadas, las cuales tienen la capacidad para prestar servicios intensivos desde una fase aguda, gracias a que disponen de servicios de rehabilitación especializados brindados por equipos multidisciplinarios. Por las características de las personas sujeto de este tipo de rehabilitación debería ser iniciada durante los cuidados intensivos (Gutenbrunner, Bickenbach, Melvin, & Lains, 2018; World Health Organization, 2019). Es importante que en este contexto de necesidades complejas se realicen adaptaciones organizativas que permitan que los equipos de profesionales de rehabilitación puedan realizar valoraciones colectivas, reuniones conjuntas para el establecimiento de objetivos de tratamiento comunes, entre otras (Langhammer, et al., 2015).

## **6 Componente de prestación de servicios de rehabilitación**

Desde el componente de prestación de servicios de rehabilitación se presenta la planeación y organización de las intervenciones individuales, que deben implementar los prestadores de servicios a través del ciclo de rehabilitación, considerando siempre su articulación con las intervenciones de tipo colectivo y poblacional en el marco del proceso de rehabilitación. La prestación de servicios de rehabilitación se debe caracterizar por el desarrollo de intervenciones centradas en la persona y su familia, garantizando el acceso y la calidad de las mismas, así como la optimización del uso de los recursos, sin dejar de lado la sostenibilidad financiera de los servicios.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

La prestación de estos servicios debe cumplir con las normas y procedimientos que rijan para el Sistema Único de Habilitación y otras normas se apliquen al momento de evaluar o verificar su cumplimiento. y demás normas que lo modifiquen o sustituyan.

Es de anotar que, en el manual de inscripción y habilitación de servicios de salud que hace parte integral de la resolución señalada, están definidos los servicios de terapias que incluyen fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional y terapia respiratoria, como aquellos que implementan los procedimientos de rehabilitación. Sin embargo, para efectos del presente lineamiento se reconocen como servicios que prestan atenciones en rehabilitación, al grupo más amplio de servicios de salud involucrados en el proceso de rehabilitación, entre los que se encuentran además de los servicios de terapias, psicología, trabajo social, optometría y fisiatría. Por otra parte, se identifican otros servicios que, sin estar definidos dentro del grupo de servicios que prestan atenciones en rehabilitación, son fundamentales para garantizar la integralidad en el proceso de rehabilitación. En estos se encuentran los servicios de medicina general, enfermería, odontología, nutrición, especialidades médicas, entre otros.

### **6.1 Naturaleza de los prestadores de servicios**

En el Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) están definidas cuatro categorías para la inscripción y habilitación de prestadores de servicios de salud, que corresponden a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), prestadores profesionales independientes de salud, entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.

Específicamente, la prestación de servicios de rehabilitación se brinda por parte de: i.) IPS que pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta, las cuales habilitan y ofertan servicios de rehabilitación de baja, mediana y alta complejidad; ii.) profesionales independientes de salud con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de rehabilitación; y iii.) entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que por requerimientos propios de su actividad brindan servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2019c).

Cabe precisar que, independiente de la naturaleza del prestador de servicios de rehabilitación, este debe cumplir con los requisitos establecidos para la habilitación de los servicios de salud; propiciar las condiciones para que se desarrolle el proceso de rehabilitación, de acuerdo con las orientaciones definidas en el presente lineamiento; y pueden hacer parte de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) establecidas por los aseguradores que estén presentes en los territorios donde operan.

Para todo el grupo de servicios de rehabilitación se reconocen y aplican los estándares generales de habilitación, y para algunos de los servicios aplicarán estándares específicos por grados de complejidad de acuerdo con su disponibilidad. Sin embargo, a los servicios de terapias no les aplican los grados de complejidad (MSPS, 2019c) y por ello, se recomienda que garanticen sus atenciones según la complejidad de las condiciones de salud que atiende el prestador de servicios donde se encuentran habilitados y en esa medida, incorporen procesos de formación del talento humano en salud y el uso de tecnologías acordes con dicho grado de complejidad.

### **6.2 Modalidades de prestación de servicios de rehabilitación**

De acuerdo con la Resolución 3100 de 2019, la modalidad de prestación de servicios de salud se refiere a “la forma de prestar un servicio de salud en condiciones particulares ... las modalidades de prestación para los servicios de salud son: intramural, extramural y telemedicina” (MSPS, 2019c). Los servicios de rehabilitación pueden ser prestados en las tres modalidades previamente mencionadas. A continuación, se presentan las principales características de la prestación de servicios de rehabilitación mediante cada una de las modalidades mencionadas y algunas orientaciones generales para su implementación.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

Debe tenerse en cuenta que la prestación de servicios de rehabilitación debe iniciarse en la etapa aguda y subaguda de las condiciones de salud potencialmente generadoras de discapacidad, mediante modalidad intramural, por consulta externa o con internación. En las etapas subaguda y crónica de las condiciones de salud, los servicios pueden prestarse, además, en las modalidades extramural y telemedicina (World Health Organization, 2017). De esta manera, los servicios de rehabilitación pueden ser provistos tan cerca del lugar de residencia de las personas como sea posible, y atendiendo a sus necesidades de rehabilitación y a las características geográficas y socioeconómicas de sus lugares de residencia (Ward, Barnes, Stark, & Ryan, 2009).

### **6.2.1 Modalidad intramural**

La Resolución 3100 de 2019 define la modalidad intramural como la “forma de prestar un servicio de salud en una infraestructura física destinada a la atención en salud” (MSPS, 2019c). Los servicios de rehabilitación en la modalidad intramural se prestan en atención ambulatoria a través de los servicios habilitados por los prestadores, y en atención con internación, como parte de los servicios que conforman el grupo de internación.

#### **6.2.1.1 Rehabilitación en modalidad intramural en internación**

La presencia de servicios de rehabilitación en internación asegura que las intervenciones inician en la etapa más temprana posible, lo que acelera la recuperación, optimiza los resultados y facilita una apropiada alta hospitalaria. Además, la rehabilitación durante la fase aguda de la atención puede aumentar la probabilidad de una derivación adecuada a los servicios de rehabilitación ambulatoria. Cuando faltan o son insuficientes los servicios de rehabilitación en internación, las personas pueden desarrollar complicaciones, como lesiones en la piel o contracturas musculares, ser dadas de alta de forma inadecuada, deteriorarse o requerir una estancia hospitalaria prolongada (World Health Organization, 2017).

El objetivo de la rehabilitación intrahospitalaria es la minimización de los efectos, directos o indirectos, de una condición de salud sobre el funcionamiento de una persona que se encuentra hospitalizada (Delgado et al., 2020). Este tipo de intervención, también denominada rehabilitación temprana, debe ser iniciada en la etapa aguda de la enfermedad o lesión y tan pronto como sea posible después del ingreso hospitalario, de manera que se puedan tratar de forma precoz las deficiencias en funciones y estructuras corporales y las limitaciones en las actividades derivadas de la condición actual, prevenir su cronificación y mantener en el mejor nivel posible aquellas funciones, estructuras y actividades que se conservan (Rivo, Reynosa, Cantillo, y Fernández, (2019). , 2019; Gómez, González, Amarante, y Torres, 2009). Así mismo, se busca prevenir y tratar los efectos que la propia hospitalización puede tener sobre el funcionamiento, efectos entre los que se incluye el desacondicionamiento físico y el síndrome post UCI (Rivo et al., 2019; Delgado et al., 2020; Rawal, Yadav, & Kumar, 2017).

La rehabilitación intrahospitalaria debe brindarse servicios de hospitalización, servicios de cuidados intermedios y servicios de cuidados intensivos, pediátricos y para adultos, como por ejemplo unidades de quemados entre otras, desde la etapa aguda hasta el momento del alta hospitalaria (Díaz et al., 2020). Además, debe ser provista por equipos multidisciplinarios, cuyas intervenciones respondan a las necesidades de rehabilitación particulares de cada persona (Delgado et al., 2020; Díaz et al., 2020).

De acuerdo con Gómez et al. (2009), Delgado et al. (2020), Díaz et al. (2020) y Rivo et al., (2019) algunas de las actividades que se realizan en este escenario son:

- Evaluación integral de la persona usuaria, desde el enfoque biopsicosocial, teniendo en cuenta la etiología y las posibles secuelas de su condición de salud.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

- Manejo integral de la condición de salud mediante la articulación con las otras especialidades y disciplinas necesarias para el adecuado diagnóstico y plan de intervención.
- Manejo postural como medida para prevenir úlceras por presión, retracciones tendinosas, anquilosis, posturas antifisiológicas y deformidades articulares.
- Manejo respiratorio con el que se busca incrementar la capacidad vital, mejorar la función pulmonar y prevenir complicaciones respiratorias por disminución de la ventilación pulmonar.
- Movilización temprana a través de ejercicios pasivos o activos en decúbito, sedente, bípedo o ambulatorio para conservar los arcos articulares, evitar retracciones de partes blandas, estimular la memoria motora, reeducar patrones fisiológicos del movimiento, conservar las articulaciones y evitar atrofas por desuso.
- Apoyo psicológico para el manejo de las emociones asociadas a situaciones adversas propias de la condición de salud y de la hospitalización, tanto en la persona usuaria del servicio como en su familia.
- Implementación de acciones que posibiliten la reestructuración de hábitos y rutinas acordes con el estilo de vida de la persona y los sistemas de apoyo con que cuenta, preparándole para el retorno a su comunidad.
- Educación a la persona usuaria y a su familia sobre su condición de salud, estrategias seguras para el retorno al hogar después de la hospitalización y en planes caseros para el mantenimiento de los logros alcanzados.

Previo al alta hospitalaria, es necesario definir las necesidades de rehabilitación de las personas y los procesos pertinentes para la referencia a servicios de rehabilitación teniendo en cuenta la complejidad y la modalidad requerida. La referencia debe estar acompañada del respectivo reporte de acciones de rehabilitación desarrolladas, logros alcanzados y necesidades de rehabilitación identificadas.

#### **6.2.1.2 Rehabilitación en modalidad intramural ambulatoria**

La prestación de servicios de rehabilitación en modalidad intramural ambulatoria es la que se encuentra con mayor frecuencia en el país. Se caracteriza por ser desarrollada en las instalaciones físicas de un prestador de servicios de salud, en las que se dispone de la tecnología y talento humano necesarios para la prestación de las atenciones en salud para rehabilitación. Dichas atenciones se prestan en servicios de consulta externa general y especializada, así como en los servicios de terapias. En esta modalidad, la persona asiste a la sede del prestador periódicamente para recibir un número determinado de sesiones terapéuticas, con una duración limitada en el tiempo y conlleva un trabajo permanente con la persona y su familia para que el proceso de rehabilitación se continúe en casa, de acuerdo con las orientaciones brindadas por el personal o equipo de rehabilitación para alcanzar los objetivos y metas propuestos.

En esta modalidad de prestación del servicio se da continuidad al tratamiento iniciado en la modalidad intramural intrahospitalaria, se realizan controles o se da respuesta a las interconsultas solicitadas por el servicio de medicina general o especializada. La rehabilitación en la modalidad intramural ambulatoria requiere la implementación de las orientaciones descritas en los presentes lineamientos.

#### **6.2.2 Modalidad extramural**

La modalidad extramural se define como la forma de prestar un servicio de salud en espacios o infraestructuras físicas adaptadas a la atención en salud. Esta modalidad se subdivide en domiciliaria, jornada de salud y unidad móvil (MSPS, 2019c).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

#### **6.2.2.1 Rehabilitación en modalidad extramural domiciliaria**

La Resolución 3100 de 2019 define la modalidad domiciliaria como “la forma de prestar un servicio de salud en el domicilio o residencia del paciente”.

Por su parte la Resolución 2481 de 2020 determina que en el marco del aseguramiento en salud dicha prestación está financiada con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y que su implementación debe darse en los casos que considere pertinente el profesional tratante y bajo las normas vigentes (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2020d).

Debe tomarse en consideración que, en el marco del proceso de rehabilitación, pueden requerirse otras atenciones en modalidad domiciliaria, que pueden corresponder a intervenciones colectivas, y que deberán financiarse con cargo a la fuente que corresponda a dichas intervenciones.

La prestación de servicios de rehabilitación en modalidad extramural domiciliaria está indicada en personas con condiciones de salud agudas o crónicas estables, que presenten dependencia en la marcha o en las actividades de la vida diaria, que tengan alta dificultad para desplazarse a las instalaciones de un prestador de servicios de salud debido a su propia condición y a las barreras del entorno y en quienes el desplazamiento genera riesgo en razón de sus condiciones cardiovasculares, respiratorias, inmunológicas o cognitivas (Lucas, Alonso, & Lisakde, 2015).

Entre las principales características de esta modalidad de prestación de servicios de rehabilitación se encuentra su capacidad de acercar la rehabilitación a la persona y a su familia, adaptándose a su realidad y buscando la mayor autonomía posible en su entorno natural; además promueve la sensación de seguridad, control y confianza. Así mismo, la rehabilitación domiciliaria facilita los procesos de inclusión en la comunidad, contribuye a la reducción de reingresos hospitalarios, permite la adquisición y aplicación de habilidades en el entorno habitual de la persona y favorece la articulación con intervenciones colectivas que se implementan en el entorno hogar y en el entorno comunitario (Valeta, Montagut, Pujol, Sánchez, & Valeta, 2015).

De acuerdo con Lucas et al. (2015), además de los objetivos propios de todo proceso de rehabilitación, la rehabilitación domiciliaria permite:

- Evaluar a las personas usuarias de los servicios de rehabilitación en su entorno cotidiano.
- Adaptar el entorno inmediato de las personas para mejorar su funcionamiento, mediante la implementación de facilitadores y la eliminación de barreras.
- Educar a las o los cuidadores en los cuidados de la persona usuaria de los servicios de rehabilitación y también en el cuidado de sí mismos.
- Estimular a la familia y a las o los cuidadores para implicarse en la recuperación de la persona usuaria de los servicios de rehabilitación.

La rehabilitación domiciliaria es un proceso integral y multidisciplinario centrado en las personas usuarias. Debe fundamentarse en una evaluación integral basada en el enfoque biopsicosocial, sobre cuyos hallazgos deben estructurarse unos objetivos terapéuticos y unas intervenciones limitadas en el tiempo. Así mismo, debe ser evaluada al final de las intervenciones para verificar el logro de los objetivos y para tomar decisiones respecto al cierre del proceso o al replanteamiento de objetivos e intervenciones.

Los prestadores de servicios deberán realizar el correspondiente proceso de habilitación de los servicios de atención domiciliaria y hacer uso de ellos de acuerdo con las necesidades de la población. Dependiendo de los servicios habilitados se podrán conformar equipos

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

multidisciplinarios para asegurar mejores resultados de salud y en el funcionamiento. Dichos equipos deben trabajar articuladamente, y mantener canales de comunicación abiertos, entre sí y con el prestador de servicios de salud que coordina el proceso de cada persona. Todo el proceso debe documentarse y servir como soporte de información para la canalización hacia las intervenciones colectivas y para la referencia a procesos de atención en otras modalidades de atención.

#### **6.2.2.2 Rehabilitación en modalidad extramural jornada de salud y unidad móvil**

La modalidad extramural jornada de salud se define como la forma de prestar un servicio de salud en espacios o infraestructuras físicas adaptadas temporalmente a la atención en salud. A su vez, la modalidad extramural unidad móvil se define como la forma de prestar un servicio de salud dentro de un medio de transporte terrestre, marítimo o fluvial (MSPS, 2019c).

Las jornadas de salud hacen parte de las intervenciones colectivas y son complementarias de los servicios que se financian por el mecanismo de protección colectiva. Se trata de una actividad que se realiza en un tiempo definido y que implica el despliegue de un equipo interdisciplinario para garantizar el acceso de la población a las intervenciones de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), prioritariamente en los ámbitos territoriales de alta ruralidad y con población dispersa. Se desarrollan en el marco de la articulación entre las entidades territoriales, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) presentes en el territorio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a; Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a).

En esta modalidad es posible adelantar actividades como los tamizajes que permitan la identificación de necesidades de rehabilitación y la correspondiente canalización hacia servicios de rehabilitación en baja, mediana o alta complejidad. Así mismo, durante las jornadas de salud es posible desarrollar actividades de comunicación y educación en salud a través de las cuales se presenten aspectos básicos para la promoción de la autonomía, el mantenimiento de funciones y actividades, la eliminación de barreras en el entorno, el cuidado a cuidadores, entre otros. Estas jornadas también pueden ser apropiadas para el desarrollo del procedimiento de certificación de discapacidad, previa concertación con las IPS autorizadas y las entidades territoriales municipales.

#### **6.2.3 Modalidad Telemedicina**

Conforme lo determina el artículo 2o de la Ley 1419 de 2010, la telemedicina:

corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica (Congreso de Colombia, 2010).

De acuerdo con la Resolución 2654 de 2019 (MSPS, 2019d), la telemedicina presenta cuatro categorías que pueden combinarse entre sí, estas son telemedicina interactiva (sincrónica), telemedicina no interactiva (asincrónica), teleexpertise (interacción entre profesionales de la salud, sincrónica o asincrónica, con la presencia o no de la persona) y telemonitoreo. Además, establece que esta modalidad de prestación de servicios puede ser ofrecida y utilizada por cualquier prestador, en cualquier zona de la geografía nacional, en los servicios que determine habilitar en dicha modalidad y categoría siempre y cuando cumpla con la normatividad que regula la materia.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

#### **6.2.3.1 Atenciones para rehabilitación mediante la modalidad de telemedicina**

El desarrollo tecnológico alcanzado en nuestro tiempo en relación con las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) ha permitido que múltiples áreas de la salud apropien los principios de la telemedicina, entre ellas las atenciones para rehabilitación, denominadas en la literatura como telerehabilitación. La telerehabilitación hace referencia a:

la prestación de servicios de rehabilitación a distancia a través del uso de las TIC, basada en un conjunto de instrumentos y protocolos que abarcan el desarrollo de programas y actividades orientados a la evaluación, gestión, prevención, registro, intervención, seguimiento, supervisión, educación y asesoramiento durante la intervención terapéutica. Su propósito es mejorar el acceso y la continuidad de la atención a la población con necesidades en rehabilitación y favorecer la autogestión de la persona en sus necesidades médicas e intervenciones terapéuticas, aspectos que se relacionan directamente con el logro de resultados funcionales (Millán, Padilla, Lasso, & Domínguez, 2020).

La implementación de las atenciones para rehabilitación mediante la modalidad de telemedicina supone una serie de beneficios sociales entre los que cabe mencionar la eliminación de barreras de acceso geográfico y la reducción de gastos de traslado para las personas usuarias y sus familias, la posibilidad de acatar las medidas de aislamiento social a la vez que se mantiene el acceso a los servicios de rehabilitación requeridos, y la adopción de un rol activo de las personas usuarias y su familia en el proceso. Los beneficios para el personal de rehabilitación incluyen la posibilidad de realizar interconsultas con profesionales especializados de forma sincrónica o asincrónica y la disposición de registros sistemáticos de información clínica para la planeación y evaluación de las intervenciones (Millán y Lasso, 2020; Millán et al., 2020).

Pese a ser un área con un gran potencial para mejorar la cobertura y el acceso a servicios de rehabilitación, el desarrollo de las atenciones para rehabilitación mediante la modalidad de telemedicina aún es incipiente en Colombia, razón por la cual se requieren mayores esfuerzos e inversión económica para diseñar, producir y asegurar la disponibilidad de programas asequibles, aceptables, accesibles y adaptables para ayudar a la población con necesidades de rehabilitación (Narváez et al., 2017). La implementación de este tipo de atenciones requiere de parte de los actores del SGSSS inversión en hardware y software, preparación logística, técnica y administrativa y entrenamiento del talento humano en rehabilitación en el uso de las TIC (Millán et al., 2020).

Igualmente desafiante para la implementación de las atenciones en rehabilitación mediante la modalidad de telemedicina es la superación de las barreras que impone la brecha digital, haciendo desigual el acceso entre el ámbito urbano y rural, entre los territorios con diferentes niveles de acceso a la conectividad y entre los usuarios con diferentes niveles de dominio de la tecnología. La superación de estas barreras demanda de la articulación intersectorial que mejore el acceso a la tecnología y así, la equidad en el acceso a la garantía del derecho a la salud mediante las atenciones en modalidad de telemedicina.

La implementación de procesos de rehabilitación a través de esta modalidad debe seguir lo establecido en los presentes lineamientos en relación con la planeación, implementación, evaluación, referencia y contrarreferencia, entre otros aspectos.

#### **6.3 Organización de la rehabilitación en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud -RIPSS-**

Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) se reconocen como una estructura que orienta la prestación de servicios a través de una organización funcional, que comprende un componente primario y un componente complementario como señala el numeral 3.7 de la Resolución 1441 de 2016 (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016c).



Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

En el proceso de configuración de las RIPSS y en sintonía con la resolución mencionada, es fundamental que los aseguradores integren en sus redes prestadores que brinden las atenciones en salud para la rehabilitación en servicios de baja, mediana y alta complejidad, y así garantizar el acceso y la prestación de estos servicios. Para esto, debe considerarse la información sobre las necesidades de rehabilitación, las demandas de atención y la oferta disponible de servicios de rehabilitación.

En relación con los prestadores de servicios, su responsabilidad en la configuración de las RIPSS es el establecimiento y cumplimiento de los acuerdos de voluntades con los aseguradores para la prestación de servicios de rehabilitación, con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos que garanticen la gestión adecuada de la atención, así como resultados en salud esperados para la población a cargo (MSPS, 2016d). Otras obligaciones son la implementación de los mecanismos de coordinación para favorecer los procesos de referencia y contrarreferencia, la integralidad entre las intervenciones individuales y colectivas y la derivación hacia las RIPSS a que haya lugar. Lo anterior, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de rehabilitación y la atención oportuna, continua, integral y resolutive de la población a cargo.

En el marco de las RIPSS, se debe permitir que la prestación de servicios de rehabilitación se articule con los demás componentes de la atención integral en salud, es decir, la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación. Para este propósito, es importante el reconocimiento de la rehabilitación en instancias y mecanismos de coordinación técnica y operativa, y en el diseño, planificación e implementación del sistema de referencia y contrarreferencia.

Como criterio para la habilitación de las RIPSS, los aseguradores deben implementar mecanismos para la gestión y coordinación de la prestación de los servicios de salud. Para esto, los aseguradores junto con sus prestadores deben definir los mecanismos que les permitan articular las intervenciones individuales con las intervenciones colectivas que disponga la entidad territorial en el municipio donde operan, así como las acciones que permitan la articulación con las intervenciones poblacionales.

Por otro lado, es necesario incorporar instrumentos que materialicen las acciones de coordinación asistencial desde procesos de programación y retroalimentación (Terraza, Vargas & Vásquez, 2006) entre los diferentes grados de complejidad que aplican en general para todas las atenciones en salud y en esa medida, también deben ser consideradas para las intervenciones relacionadas con los procesos de rehabilitación.

#### **6.3.1 Sistema de referencia y contrarreferencia**

Desde la configuración de las RIPSS, los aseguradores deben garantizar los acuerdos con los prestadores de servicios frente al sistema de referencia y contrarreferencia, entendido este como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. Lo anterior, según lo dispuesto en el Decreto 4747 de 2007, incorporado al Decreto 780 de 2016 y especificado en su artículo 2.5.3.4.3 (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2007a, 2016h).

Los sistemas de referencia y contrarreferencia como parte de la prestación de servicios, deben operar conforme a lo establecido en el Decreto 780 de 2016 (MSPS, 2016ha), a través de la participación de los integrantes del sistema involucrados. En el escenario de las RIPSS, son un mecanismo de coordinación asistencial para el acceso universal a los servicios de salud incluida la rehabilitación y para la atención oportuna e integral a la comunidad de acuerdo con sus necesidades” (Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia, 2014).

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

Desde lo anterior, se recomienda incluir en los sistemas de referencia y contrarreferencia dispuestos en las RIPSS elementos relacionados con la prestación de servicios de rehabilitación, para que la persona que lo requiera transite según lo requiera entre las atenciones en servicios de baja, mediana y alta complejidad, de acuerdo con las necesidades identificadas y los resultados de las evaluaciones hechas por los profesionales de salud, así como por los logros evidenciados en el proceso de rehabilitación. Es importante también que se reconozcan e incorporen los procesos de canalización para la complementariedad entre las intervenciones en salud de tipo individual y colectivo, así como la orientación con las intervenciones poblacionales de las personas.

Por otra parte, los procesos de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de complejidad también están dispuestos para que las personas transiten entre las RIAS, de acuerdo con sus necesidades de salud, buscando en todo caso que la persona se mantenga y retorne a la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. De ser identificada una condición de salud específica por la cual la persona debe ser derivada desde esta a las RIAS de riesgo y las RIAS específicas, se dispondrá de atenciones de rehabilitación acordes al nivel de riesgo que presente la persona; lo anterior, sin detrimento de la atención de otros eventos en salud, que no hagan parte de las RIAS priorizadas.

Los procesos de referencia y contrarreferencia requieren de herramientas que permitan su implementación en las RIPSS, para esto es necesaria su documentación por parte de los aseguradores, con definición de responsabilidades claras y mecanismos de coordinación entre prestadores de la red con la EPS (MSPS, 2016c). A esto se suman, entre otras herramientas, los manuales que desarrollan e implementan los prestadores de servicios de salud para este proceso.

En relación con la prestación de servicios de rehabilitación, es importante que los actores involucrados incluyan en sus herramientas para la referencia y contrarreferencia: la identificación de los prestadores de servicios de rehabilitación dispuestos en la baja, mediana y alta complejidad; la inclusión de criterios de remisión desde y hacia los servicios de rehabilitación; y el desarrollo y uso de formatos y demás instrumentos que permitan describir la información del usuario sobre el proceso de remisión, desde y hacia los servicios de rehabilitación u otros servicios de salud que sean recomendados, así como las necesidades y los resultados alcanzados con el proceso de rehabilitación. Adicionalmente, atendiendo al estándar de procesos prioritarios y enfoques diferenciales, es indispensable que los servicios gestionen y desarrollen una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.

### **6.3.2 Instrumentos y estrategias para la coordinación asistencial**

Los instrumentos de coordinación asistencial pueden estar definidos para dos tipos de procesos: programación y retroalimentación. En los procesos de programación, se encuentran las Guías de Práctica Clínica (GPC), las cuales orientan las actividades que deben realizarse para la atención de una determinada condición de salud en todos los niveles de atención. Las GPC aportan a la coordinación asistencial, al definir criterios de derivación entre niveles de atención y fijar objetivos asistenciales comunes. Para efectos del presente lineamiento, es importante considerar que en el desarrollo y actualización de GPC de las condiciones de salud que lo requieran, se incluyan recomendaciones que orienten al talento humano sobre decisiones relacionadas con el proceso de rehabilitación.

Por otro lado, dentro de los procesos de retroalimentación se reconoce la historia clínica como un instrumento de coordinación, que permite transmitir información de un nivel asistencial a otro o entre profesionales en una misma IPS. Sobre el uso de la historia clínica se recomienda registrar información apropiada y suficiente, que asegure la coordinación de la información entre los diferentes servicios y oriente la toma de decisiones que aporten al cumplimiento de los objetivos del proceso de rehabilitación de la persona. Por último, una estrategia que se recomienda para la coordinación asistencial en el proceso de rehabilitación es la gestión de casos; la cual debe permitir una atención coordinada entre diferentes servicios.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

Adicionalmente, en coherencia con lo dispuesto en el estándar de procesos prioritarios, el prestador de servicios deberá disponer de información documentada de todas las actividades y procedimientos realizados en el servicio, donde se vean reflejadas medidas de adaptabilidad a considerar desde el enfoque diferencial, como por ejemplo, las adecuaciones interculturales, la implementación de ajustes razonables, entre otras que se requieran para llevar a cabo los procesos de rehabilitación.

#### **6.4 Condiciones de habilitación de servicios de rehabilitación**

Los servicios en los que se prestan atenciones en salud para rehabilitación deben cumplir con los requisitos, condiciones y/o criterios que los facultan, para la prestación idónea del servicio, estos requisitos se encuentran establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) y Resolución 3100 de 2019 que contiene el manual de inscripción de prestadores. Dentro del mencionado manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud, en lo que concierne al grupo de servicios, en el numeral once (11) se describen los estándares y criterios aplicables de manera transversal y diferenciada a todos los servicios de salud y continúa con el desarrollo específico por cada servicio, a saber:

- Estándares y criterios de habilitación
- Estándares y criterios aplicables a todos los servicios
- Estándar De Talento Humano
- Estándar De Infraestructura
- Estándar De Dotación
- Estándar De Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos
- Estándar De Procesos Prioritarios
- Estándar De Historia Clínica Y Registros
- Estándar De Interdependencia
- Grupo De Consulta Externa
- Grupo De Apoyo Diagnóstico Y Complementación Terapéutica
- Grupo Internación
- Grupo Quirúrgico
- Grupo Atención Inmediata

De acuerdo con lo relacionado en la normatividad vigente expedida por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, este grupo de condiciones específicas son:

- a) Capacidad tecnológica y científica.
- b) Suficiencia patrimonial y financiera.
- c) Capacidad técnico-administrativa.

Es importante señalar que, de los servicios de rehabilitación descritos en este lineamiento, específicamente, los servicios de terapias se encuentran clasificados dentro del grupo de Servicios de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica, y se definen (numeral 11.3 y 11.3.1. pág. 93 -94 del Anexo técnico manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud de la Resolución 3100 de 2019) como aquellos servicios en *“donde se realizan procedimientos de tratamiento y rehabilitación a fin de prevenir discapacidades y lograr la curación o paliación de las enfermedades o síntomas...Estos servicios se encuentran relacionados entre sí y comparten similitudes en la forma de prestación, en los estándares y criterios que deben cumplir”*. Para este grupo en lo que concierne a la estructura del servicio no aplica el nivel de complejidad (MSPS, 2019c).

A continuación, se presentan los criterios que se deben cumplir por cada uno de los estándares establecidos en la Resolución 3100 de 2019. Es de precisar que las condiciones específicas de suficiencia patrimonial y capacidad técnico-administrativa se abordarán en el capítulo de Financiación de los servicios.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

#### **6.4.1 Condiciones generales**

Para el caso de los servicios de rehabilitación, los prestadores de servicios de salud deben cumplir con los estándares y criterios aplicables a todos los servicios ofertados y aquellos específicos del grupo de consulta externa, consulta externa especializada, grupo de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica.

En cuanto a las condiciones generales, que se deben cumplir, es necesario precisar que dichos requisitos parten de un proceso de auto-verificación de las condiciones de habilitación periódica, que motive a la concientización, al análisis de cumplimiento y autocontrol, que debe ser evidenciado en el registro de prestadores. De igual forma, los prestadores de servicio deberán garantizar la disponibilidad de un portafolio de servicios, insumos, talento humano y dotación de manera oportuna y eficiente en todo el ciclo de atención, que permita proteger la integridad y la vida de las personas. Lo anterior deberá ser perfeccionado mediante el proceso de inscripción que se realiza en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y que aplica a nivel nacional.

Cabe destacar que el resultado final del cumplimiento de estos estándares será la entrega del documento denominado “Distintivo de habilitación”, con el cual se evidencia que un servicio está habilitado.

#### **6.4.2 Condiciones específicas: Capacidad tecnológica y científica**

Los criterios mínimos para el funcionamiento de los servicios se encuentran organizados en: i) talento humano, ii) infraestructura, iii) dotación, iv) medicamentos, dispositivos médicos e insumos, v) procesos prioritarios, vi) historia clínica y registros y vii) interdependencia.

Las instituciones de baja complejidad que presten servicio de rehabilitación además deben definir protocolos de valoración e intervención bajo los elementos operativos que se establecen desde el modelo biopsicosocial y el enfoque familiar y comunitario, garantizando el cumplimiento de la política de seguridad del paciente dentro o fuera del servicio.

#### **6.5 Planeación e implementación del proceso de rehabilitación a través de intervenciones individuales**

Desde el componente de prestación de servicios de rehabilitación se establecen los mecanismos para la organización y prestación de las intervenciones individuales del proceso de rehabilitación, considerando su articulación con las intervenciones de tipo colectivo y poblacional. A partir de allí, se reconoce la gestión de tipo asistencial, administrativa y estratégica que deben desarrollar las IPS para la implementación de las intervenciones individuales, así como la coordinación que requieren realizar con los demás actores intervinientes. A continuación, se describen los mecanismos reconocidos como puerta de entrada a la implementación del ciclo de rehabilitación, y se presenta de manera detallada cada uno de los momentos del ciclo.

##### **6.5.1 Puerta de entrada al ciclo de rehabilitación**

El acceso de la persona al ciclo de rehabilitación se activa a través de los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre prestadores de servicios de salud y de la canalización desde las intervenciones colectivas y la oferta social e intersectorial presentes en el territorio.

A través de los procesos de referencia y contrarreferencia la persona puede ser derivada desde los servicios de consulta externa, urgencias y hospitalización, en donde se identifican aquellas condiciones que afectan o podrían afectar el funcionamiento de la persona, para lo cual se recomienda la valoración por profesionales o equipos multidisciplinarios de rehabilitación. Dependiendo de las características de cada caso, la referencia puede darse

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

a un servicio de baja complejidad en el prestador primario o a un servicio de mediana o alta complejidad al prestador complementario.

También se considera como puerta de entrada, la canalización que pueden hacer: i) los trabajadores de salud pública desde el PIC dispuesto en el territorio, ii) los actores, agentes o líderes comunitarios y iii) los funcionarios de otros sectores diferentes a salud o de programas con ofertas sociales, que tengan competencias para identificar riesgos que pueden ser abordados a través de un proceso de rehabilitación. Es importante señalar que, desde los procesos de canalización se espera orientar a las personas para que se active la ruta de atención de salud. Así mismo, si la referencia viene de los programas del Plan de Intervenciones Colectivas, de agentes o líderes comunitarios o de otros sectores, se llevará a cabo una valoración por el médico tratante, quien determina y recomienda la referencia de la persona hacia los servicios de rehabilitación requeridos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

**6.5.2 Ciclo de Rehabilitación**

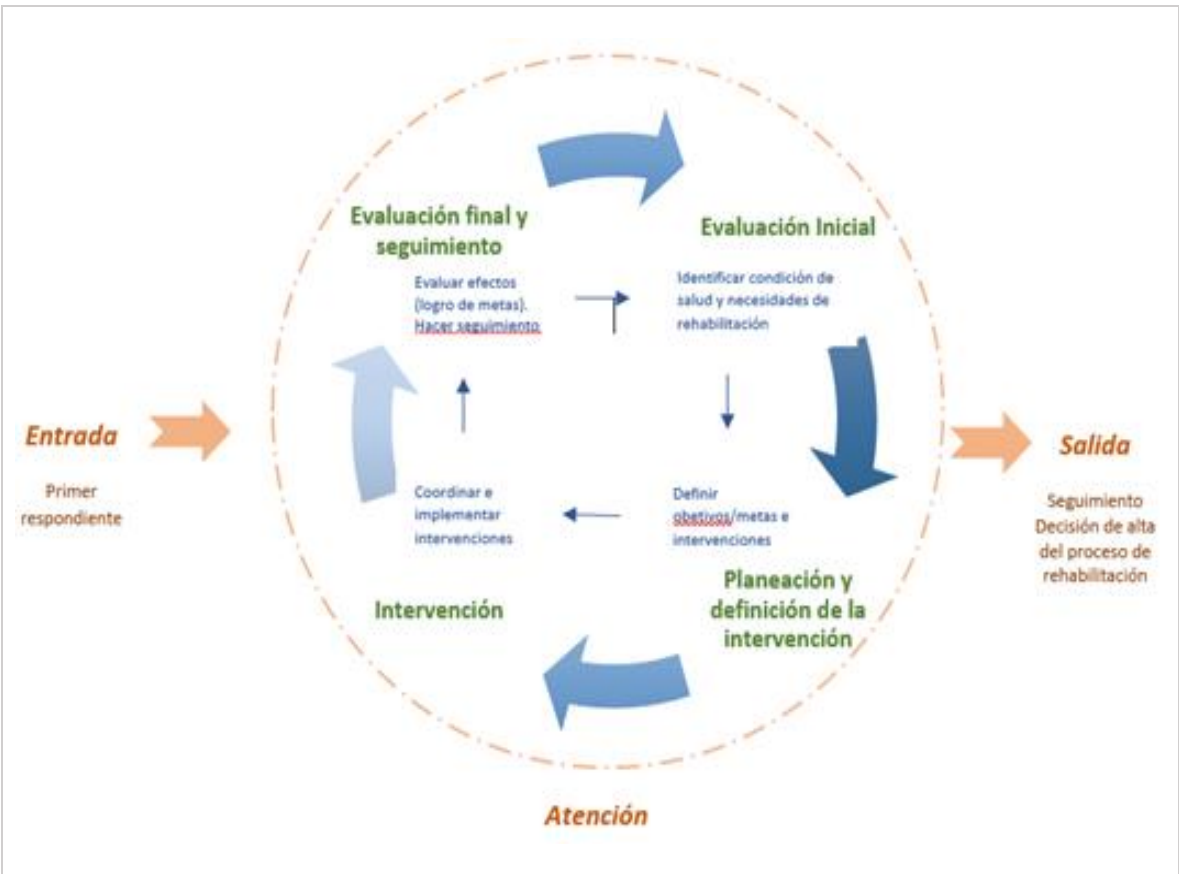
El ciclo de rehabilitación se orienta a planificar e implementar las intervenciones individuales reconocidas en el proceso de rehabilitación, integrando además los elementos que permiten su articulación con las intervenciones colectivas y poblacionales. Así mismo, el ciclo de rehabilitación busca orientar a profesionales y equipos multidisciplinarios en la realización de acciones interrelacionadas, secuenciales y continuas, para el logro de los objetivos y/o metas establecidos en el plan de rehabilitación de cada persona. Igualmente, facilita la gestión de los prestadores de servicios de rehabilitación, en la medida en que permite identificar, estructurar y organizar las acciones a realizar.

Es de anotar que este ciclo se circunscribe a la prestación de servicios individuales en entornos institucionales de salud y cuenta con talento humano de los servicios de rehabilitación y otras profesiones que apoyan los procesos de rehabilitación para conformar los equipos multidisciplinarios de rehabilitación, dependiendo del grado de complejidad. A su vez, la prestación individual se articula con las intervenciones colectivas que se realizan en el ámbito comunitario, en las cuales participa el talento humano en salud y agentes comunitarios, y se desarrollan acciones en el ámbito poblacional, del cual hacen parte actores pertenecientes a diversos sectores.

El ciclo de rehabilitación consta de cuatro momentos: 1) valoración inicial, 2) planeación y definición de la intervención, 3) intervención y, 4) evaluación final y seguimiento. Estos, a su vez, comprenden una serie de actividades que se desarrollan de manera continua y escalonada, tal como se representa en la Figura 1.

Figura 1. *Representación del Ciclo de Rehabilitación*

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”



Fuente: Tomado y adaptado de Oña, E.D., Sánchez-Herrera, P., Jardón, A. Balaguer, C. (2019); Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia (2014) y Ministerio de Salud y Protección Social (2020b).

A continuación, se describen con mayor detalle cada uno de los momentos que comprenden el ciclo de rehabilitación.

6.5.2.1 Evaluación inicial

Corresponde al punto de partida del ciclo y consiste en el diagnóstico de la condición de salud a nivel físico, mental, sensorial y cognitivo de la persona y de su nivel de desempeño. Implica también analizar las condiciones sociales, culturales, económicas y del contexto de los determinantes que están afectando a la persona, y analizar en su integralidad su situación, a fin de lograr su resolutiveidad de forma integral, Es de resaltar que la evaluación se centra en la persona, reconoce sus necesidades, intereses y expectativas y cuenta con la participación del profesional o el equipo multidisciplinario a cargo y de la o las personas que demandan el proceso, así como de sus familiares y/o cuidadores, cuando es necesario.

El momento de evaluación busca identificar el nivel de afectación en el componente biológico de la persona y su relación con la dificultad que pueda presentar en la ejecución de actividades de la vida diaria y las restricciones en sus procesos de participación social, teniendo en cuenta lo propuesto desde el modelo conceptual del Funcionamiento Humano, señalado en el numeral 5.3 de este lineamiento.

Para esto, los profesionales y equipos multidisciplinarios de rehabilitación desarrollan evaluaciones disciplinares e instrumentos de valoración funcional. Las evaluaciones disciplinares son realizadas mediante instrumentos de medición, pruebas y herramientas dispuestas de cada disciplina de la rehabilitación y permiten identificar el compromiso en estructuras y funciones corporales de la persona. Por su parte, los instrumentos de valoración funcional facilitan la identificación del nivel de dificultad que presenta la persona en la ejecución de sus actividades de la vida diaria.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

También hace parte de la evaluación inicial el reconocimiento de los facilitadores y las barreras que se presentan en el entorno y que dificultan la participación de la persona, las cuales requieren un agenciamiento desde el proceso de rehabilitación.

El uso de diferentes pruebas, instrumentos y herramientas orientados hacia unas variables específicas, permiten: establecer una línea de base que refleja los factores más relevantes respecto al funcionamiento de la persona en relación con el entorno; identificar los factores susceptibles de ser modificados; predecir los resultados de la rehabilitación y evaluar las intervenciones terapéuticas.

Los resultados del proceso de evaluación reflejan el diagnóstico o condición de salud, la identificación de las deficiencias en estructuras y funciones corporales, las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación y los factores contextuales ambientales y personales, de acuerdo con el modelo de funcionamiento humano, creando de esta manera un perfil de funcionamiento individualizado.

Es importante señalar, que, dada la importancia del proceso de valoración inicial para orientar el proceso de rehabilitación, se debe identificar y recopilar toda la información necesaria para la planeación e implementación del proceso de rehabilitación centrado en la persona.

Entre las acciones puntuales que se llevan a cabo en el momento de la evaluación se encuentran:

- Reconocimiento de apoyos para la comunicación y la toma de decisiones.
- Identificación de datos personales y familiares, la condición de salud de la persona, los antecedentes personales y las experiencias de rehabilitación previas, si es el caso, mediante la revisión de la historia clínica o preguntas ligadas a la historia de vida.
- Identificación de antecedentes familiares de interés, características de la relación familiar y redes de apoyo disponibles.
- Identificación, selección y aplicación de instrumentos y/o herramientas de medición o de valoración del nivel de funcionamiento de la persona, para la identificación de las limitaciones para la realización de sus actividades de la vida diaria y las restricciones en su participación social.
- Reconocimiento de las demandas en el funcionamiento de la persona por parte del entorno en el cual se encuentra, reconociendo facilitadores y barreras para el desempeño.
- Conocimiento de las expectativas e intereses de rehabilitación de la persona, su familia y/o cuidador/a.
- Establecimiento de un diagnóstico profesional, que orientará el curso del proceso de rehabilitación.

#### **6.5.2.2 Planeación y definición de la intervención**

Este momento implica establecer los objetivos del proceso de rehabilitación y las acciones de intervención que permitirán el logro de tales objetivos. Se realiza a partir de los resultados de la evaluación inicial y considerando las características sociodemográficas de la persona, su estado de salud, sus estilos de vida relacionados con la salud, y los intereses y expectativas manifestados por la persona, sus familiares y/o cuidadores. Implica también considerar aquellas adecuaciones que se lleguen a requerir en la intervención, atendiendo al enfoque diferencial, en especial aquellas orientadas a la población étnica.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

En este momento del ciclo, se definen las intervenciones individuales que se llevarán a cabo por el talento humano y el equipo multidisciplinario en el entorno institucional de salud, mediante atenciones en salud para rehabilitación en prestadores de baja, mediana y alta complejidad, y se incluirá información sobre las intervenciones colectivas y poblacionales que se recomienden y hacia las cuales se debe canalizar a la persona, para garantizar la integralidad del proceso de rehabilitación.

La herramienta fundamental que guía este momento es la planeación de la intervención, cuyo enfoque centrado en la persona permite la formulación conjunta con la participación de la persona, su familia y/o cuidador cuando se requiere, y se plantea a partir de una metodología de trabajo estructurada. De esta manera, se impacta en la independencia y autonomía de la persona, promoviendo la adquisición de capacidades para desenvolverse en los entornos más cercanos en los que participa. Asimismo, estos resultados permiten establecer el plan integral de cuidado de la salud, como herramienta que posibilita la planeación, implementación y monitoreo de las acciones personales, familiares y comunitarias consideradas como prioritarias por el equipo multidisciplinario, de acuerdo al momento del curso de vida en el que se encuentre la persona.

Adicionalmente, a lo largo de la planeación se definen y consignan los objetivos concertados, la delimitación del tiempo del proceso de rehabilitación y el plan estructurado, secuencial e individual de intervención establecido. Cuando es necesario se incluye la prescripción de las ayudas técnicas que más se adaptan a las necesidades de rehabilitación, según la condición de salud particular del individuo y el entorno donde desarrolla sus actividades de la vida diaria. Es importante señalar que la planeación y definición de la intervención hace parte integral del registro que se realiza en la historia clínica de cada persona, la cual se constituye, a su vez, en el principal mecanismo para la coordinación con otros servicios e intervenciones.

Se describen a continuación, otros aspectos a considerar en la planeación y definición de la intervención:

- Definición y priorización de las atenciones individuales a desarrollar, atendiendo a las particularidades de la condición de salud, la disponibilidad de servicios y la factibilidad de su realización.
- Definición de la modalidad de atención recomendada para la prestación de servicios de rehabilitación.
- Identificación y recomendación del modo de desarrollo de las intervenciones terapéuticas en atenciones individuales o grupales, teniendo en cuenta las necesidades y condiciones específicas de la persona.
- Definición conjunta de objetivos y/o metas de rehabilitación entre la persona, como sujeto activo del proceso, de su familia y/o cuidadores cuando se requiere, desde un marco de empoderamiento; y del profesional o equipo multidisciplinario de salud a cargo, quienes desde su conocimiento y experticia orientan a la persona usuaria para concertar metas y objetivos alcanzables que se adecuen a las realidades en el funcionamiento de la persona, respondiendo a sus necesidades, intereses y expectativas.
- Establecimiento de los enfoques y modalidades de intervención, los cuales pueden orientarse hacia la promoción y prevención, restauración, mantenimiento o modificación (American Occupational Therapy Association, 2014).
- Delimitación del tiempo del proceso de rehabilitación; si bien el proceso de rehabilitación no está determinado por un tiempo según la patología a rehabilitar, es necesario establecer unos tiempos para la identificación de logros y fomentar la motivación e implicación de la persona, su familia y/o cuidador.



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- Definición de la intensidad y duración de las intervenciones terapéuticas en el proceso de rehabilitación, para mejorar el desempeño en las actividades de la vida diaria y alcanzar los objetivos y metas trazados.
- Adecuación al contexto de la persona, identificando los factores ambientales que tienen un impacto positivo o negativo en el proceso de rehabilitación, a partir de la evaluación sobre facilitadores y las barreras.
- Derivación a otras intervenciones individuales en salud, vinculadas al plan de cuidado de cuidado establecido en la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y las demás Rutas Integrales de Atención en Salud que estén dispuestas en el territorio
- Canalización hacia actividades definidas en el PIC u orientación hacia intervenciones de tipo poblacional que estén presentes en la oferta intersectorial dispuesta en el territorio donde reside la persona, que se encuentre acorde a sus necesidades, intereses y expectativas.
- Canalización de las personas y su familia hacia la oferta de servicios sociales y de salud disponibles, que aporten a sus procesos de participación social, apoyándose en la ruta y demás mecanismos concertados con la entidad territorial para llevar a cabo este proceso.
- Realización de acciones en educación y comunicación para la salud, requeridas para promover el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria.
- Definición de atenciones en salud que involucren a la familia y red social cercana.
- Identificación de las necesidades de prescripción, entrenamiento y adaptación de ayudas técnicas requeridas cubiertas por el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación -UPC o aquellas ordenadas mediante presupuestos máximos (haciendo uso de la herramienta MIPRES). Cuando las ayudas no son financiadas por los aseguradores, los profesionales tratantes deben orientar a la persona para su obtención a través de la oferta del banco de ayudas técnicas, lo cual implica que la persona lleve a cabo una gestión en su territorio. Es de aclarar que, en este caso, la persona debe continuar con su proceso de rehabilitación y los profesionales le orientan en el manejo del dispositivo, verificando que este cumple con la funcionalidad esperada.

En la tabla 1 se describe cada momento relacionado con el acceso y entrenamiento en el uso de las ayudas técnicas, donde la persona participa activamente.

**6.5.2.2.1 Provisión de ayudas técnicas dentro del proceso de rehabilitación funcional**

La Organización Mundial de la Salud – OMS (<https://www.who.int/disabilities/technology/es/>), considera los dispositivos y las tecnologías de apoyo (sillas de ruedas, prótesis, ayudas para la movilidad, audífonos, dispositivos de ayuda visual y equipos y programas informáticos especializados) como aquellos que aumentan la movilidad, la audición, la visión y las capacidades de comunicación, contribuyendo a que las personas con discapacidad puedan mejorar sus habilidades, desarrollar sus capacidades para vivir de manera más independiente y autónoma y, así, participar efectivamente en entornos sociales, laborales y educativos donde va a realizar su proyecto de vida. Se consideran fundamentales para el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad y deben responder a las condiciones de salud y las necesidades particulares de cada persona, según su proyecto de vida y el entorno en el que desarrolla sus actividades de la vida diaria y su vida social y laboral.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

En el marco de las buenas prácticas de manufactura (Resolución 2968 de 2015, Resolución No. 5491 de 2017, Decreto 1030 de 2007, Resolución 4396 de 2008) es importante tener en cuenta las diferentes etapas que deben cursar para la provisión de las ayudas técnicas:

- **Elaboración de dispositivos médicos sobre medida.** Conjunto de acciones necesarias para la fabricación de un dispositivo médico sobre medida de tecnología ortopédica externa.
- **Adaptación.** Actividad que realiza el tecnólogo ortoprotesista, en el logro final del confort y tolerancia de la persona al dispositivo médico y la funcionalidad de este en el uso previsto.
- **Entrenamiento.** Se entiende por entrenamiento de uso, las actividades de alineación dinámica, las instrucciones dadas a la persona usuaria sobre el funcionamiento, limpieza, uso adecuado y mantenimiento del dispositivo médico sobre medida de tecnología ortopédica.

La siguiente tabla describe cada momento relacionado con la prescripción, elaboración, adaptación, entrenamiento y seguimiento en el uso de las ayudas técnicas, donde la persona participa activamente.

Tabla 1. **Prescripción, elaboración, adaptación, entrenamiento y seguimiento de ayudas técnicas sobre medida en el ciclo de rehabilitación**

Prescripción	Elaboración	Adaptación	Entrenamiento	Seguimiento
<p>Las ayudas técnicas son prescritas por profesionales del área médica competente, teniendo en cuenta el concepto de los profesionales de rehabilitación y el personal de establecimiento que elabora y adapta el dispositivo.</p> <p>Su prescripción debe contener las especificaciones técnicas en lo relacionado con el diseño y material de elaboración, teniendo en cuenta el cumplimiento de las buenas prácticas de manufactura y las normas técnicas nacionales e internacionales para garantizar la provisión de dispositivos médicos sobre medida seguros, eficientes y de calidad, indispensables para el proceso de rehabilitación. Estas normas, incluyen los requisitos de buenas prácticas para la</p>	<p>La elaboración y manufactura de las ayudas técnicas deben realizarse acorde con la prescripción, el concepto de los profesionales y el personal técnico del establecimiento que elabora.</p> <p>Es necesario definir conjuntamente el diseño y las materias primas a utilizar acogiéndose a las especificaciones técnicas del fabricante con el fin de alcanzar la máxima funcionalidad posible para la persona,</p>	<p>Dentro del plan de intervención debe contemplarse que una vez sea entregada la ayuda técnica se programarán consultas periódicas para valorar el proceso de adaptación a este dispositivo y determinar los ajustes que se requieran para garantizar funcionalidad de este y el confort de la persona. En estas valoraciones se debe contar con el concepto del técnico del establecimiento que elaboró el producto (Normas Nacionales que regulan las buenas prácticas de Manufactura de los dispositivos</p>	<p>Tanto el profesional tratante (médico, terapéutico) como el técnico que elabora el dispositivo, realizarán acciones de manera conjunta o independiente, con el fin de entrenar a la persona en el uso de la ayuda técnica, cuando se haga su entrega.</p> <p>De esta manera se verificará: que el dispositivo cumpla con el propósito para el cual fue prescrito y que la persona, su familia o cuidador, apropien el manejo adecuado del dispositivo, así como la limpieza y mantenimiento requeridos para conservar su funcionamiento, siguiendo las recomendaciones del fabricante.</p>	<p>Se debe realizar el seguimiento a la calidad de la ayuda técnica, durante el tiempo que dure la garantía y la vida útil, siguiendo las instrucciones de cuidado y mantenimiento que sugiera el fabricante y considerando factores externos, como el entorno en el que vive la persona. Este seguimiento lo realiza el establecimiento que elabora el dispositivo médico y los profesionales tratantes.</p> <p>Dentro de la etapa de seguimiento debe contemplarse el recambio oportuno de la ayuda técnica, cuando esta afecta la funcionalidad, el proceso de rehabilitación y el desempeño cotidiano de la persona. Será prescrito por el médico tratante, previa concertación</p>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

fabricación, mantenimiento, adaptación y la interrelación entre los proveedores con los aseguradores y prestadores de servicios de salud.  La prescripción y elaboración requieren realizarse bajo los estándares de la normativa establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para dicho fin. Entre esta se encuentran: el Decreto 1030 de 2007, la Resolución reglamentaria 4396 de 2008, la Resolución 2968 de 2015 y la Resolución 5491 de 2017.	realizando las pruebas necesarias según el dispositivo que se está elaborando y los fines propuestos.	médicos sobre medida).		con el equipo multidisciplinario o los profesionales relacionados con la rehabilitación, teniendo en cuenta las especificaciones técnicas de tiempo de uso.  Este se llevará a cabo en las siguientes circunstancias: cuando la condición de salud de la persona y su proceso de rehabilitación funcional lo amerite; cuando se requiera por crecimiento esperado a lo largo del curso vida o por cambios morfológicos de la persona; cuando el dispositivo ha cumplido su vida útil y hay desgaste; cuando se requiera dar cumplimiento al proceso de garantía de calidad y se han presentado fallas en el diseño, elaboración o adaptación de la ayuda.  Durante el recambio deben cumplirse las etapas previas de prescripción (incluyendo el diseño y la elaboración), entrenamiento (que incluye la entrega) y adaptación, las cuales se ajustarán a las necesidades de cada persona.
---	---	------------------------	--	---

Fuente: Tomado y adaptado de Ministerio de Salud y Protección Social (2020). Lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación para las personas con discapacidad, como parte integral del continuo de la atención en salud. Bogotá: Documento de trabajo.

Por último, es importante señalar que, si una persona con discapacidad requiere una ayuda técnica que no está cubierta con cargo a la UPC o por presupuestos máximos, dentro del mecanismo de aseguramiento de protección colectiva, se canaliza a los mecanismos de provisión establecidos por la entidad territorial, previa prescripción del profesional tratante, para que respondan a las necesidades propias de la persona y la condición de salud. Además, con la entrega de la ayuda técnica se debe garantizar el entrenamiento, adaptación y orientación en el cuidado del dispositivo.

6.5.2.3 Intervención

Consiste en la coordinación y ejecución de las atenciones en rehabilitación que realizan los profesionales para materializar el plan individual de rehabilitación establecido, el cual comprende todas las estrategias terapéuticas diseñadas para optimizar el funcionamiento

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

de la persona, mejorar su independencia y autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria, así como su participación en los diferentes entornos sociales. Las intervenciones se encaminan al logro de los objetivos y/o metas previamente establecidos y la medición de los resultados de las intervenciones terapéuticas.

A lo largo de este momento es importante tener en cuenta:

- Implementar el plan mediante la ejecución de todas intervenciones individuales establecidas por los profesionales, contando con la colaboración de la persona, su familia y/o cuidador.
- Desde los servicios de baja complejidad es importante que los profesionales de rehabilitación orienten a la persona y su familia o cuidador desde el momento de la intervención hacia las intervenciones colectivas que estén dispuestas en el territorio y que se adaptan a las necesidades de salud e intereses de las personas y las familias, según lo establecido en la planeación y definición de la intervención.
- Para los servicios de rehabilitación que se encuentran integrados a la mediana y alta complejidad, es importante que, a través de procesos de referencia y contrarreferencia a los servicios de baja complejidad, recomienden la canalización de las personas a las intervenciones colectivas como parte del proceso de rehabilitación que se desarrolle en la baja complejidad; también su orientación hacia la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud, en el caso de no contar con servicios de rehabilitación de baja complejidad en el territorio donde reside la persona.
- Cuando se estime pertinente, se hará la respectiva referencia a servicios de apoyo y de salud mental, que permitan a las personas superar situaciones que puedan llegar a determinar la efectividad del proceso de rehabilitación.
- Orientación hacia la creación de redes sociales y familiares de apoyo.
- Monitorear y evaluar los cambios en el estado de funcionamiento de la persona durante un período de tiempo específico.
- Documentar y medir la respuesta de la persona al proceso de intervención y su progreso hacia los objetivos y/o metas establecidos, mediante instrumentos y/o herramientas que contengan indicadores establecidos para tal fin.
- Si es el caso, definir ajustes requeridos al plan de rehabilitación, según la respuesta particular de la persona o los resultados alcanzados hasta un momento específico de la intervención.

La competencia del profesional de rehabilitación desde el ciclo de rehabilitación será implementar las intervenciones individuales planeadas para el proceso de rehabilitación de la persona e identificar, derivar a la persona y hacer el seguimiento frente a su participación en las intervenciones de tipo colectivo y poblacional, que fueron recomendadas para complementar la atención individual. El desarrollo de las intervenciones de tipo colectivo será de competencia del talento humano que apoya la ejecución del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas. Así mismo, las intervenciones poblacionales serán desarrolladas por los actores de otros sectores o programas disponibles en el territorio.

#### **6.5.2.4 Evaluación final y seguimiento**

El ciclo de rehabilitación cierra con el momento de evaluación final mediante el cual se evalúan los efectos (logro de metas) y, en general, se identifican los logros alcanzados por la persona como resultado de la intervención. En este momento también se verifica la satisfacción de las necesidades y el cumplimiento de las expectativas de la persona

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

acordadas en la definición de la intervención y dispuestas en el plan establecido con el profesional o el equipo multidisciplinario de rehabilitación.

En la evaluación final se debe considerar, además, la pertinencia de continuar con el proceso de rehabilitación mediante una ampliación de las atenciones, a través de la orden expedida por el médico tratante y la autorización del asegurador. Se definen también acá, las actividades de mantenimiento, así como el seguimiento ambulatorio o domiciliario que sea requerido según el caso. Es de aclarar que el seguimiento al proceso se lleva a cabo en todos los momentos del ciclo, siendo transversal, no obstante, tiene un énfasis particular en el momento final, para la toma de decisiones más acertada respecto al alta del proceso de rehabilitación en el marco del entorno institucional, constituyendo a la salida del ciclo o el curso a seguir en el proceso de rehabilitación, como la implementación de acciones de seguimiento.

Es de anotar que tanto la evaluación como el seguimiento se realizan a lo largo del proceso de rehabilitación, por lo cual, se debe establecer la periodicidad para su desarrollo, de manera que se identifique el cumplimiento de los objetivos

El momento de evaluación y seguimiento implica también:

- Estimación del cumplimiento de los objetivos y metas propuestos en el proceso de rehabilitación, mediante la aplicación de pruebas, instrumentos y/o herramientas definidas para tal fin.
- Medición de los resultados obtenidos en el proceso, a través del uso de indicadores establecidos en el momento de definición de la intervención.
- Valorar, junto con la persona, los logros alcanzados con el proceso.
- Identificar las acciones de mantenimiento a continuar en los contextos en los que la persona se desenvuelve.
- Valorar el cierre de la intervención terapéutica en el entorno institucional o dar paso a una nueva valoración con nuevos objetivos y/o metas.
- Definir acciones de seguimiento en lapsos de tiempo definidos, por ejemplo, 3, 6 o 12 meses, según criterio de los profesionales.
- Promover la canalización final hacia intervenciones colectivas dispuestas en el territorio, como el fortalecimiento de redes sociales y familiares, rehabilitación basada en comunidad y jornadas de salud, en cuyo marco sea posible desarrollar acciones de seguimiento, transferencia de las habilidades adquiridas en el entorno institucional y mantenimiento de estas. En el caso de no contar con servicios de rehabilitación de baja complejidad en el territorio donde reside la persona, se puede orientar hacia la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud.

Finalmente, si se procede con la salida, se orienta la continuidad con el proceso de inclusión social en los diferentes espacios sociales con la máxima independencia y autonomía posibles (inclusión social). De allí la importancia de que la persona y su familia pueda ser orientada y acceda a la oferta dispuesta por los demás sectores como educación, recreación y deporte, cultura, productividad, entre otros, para llevar a cabo sus procesos de participación e inclusión social, última ésta definida en el numeral 2 artículo 2 Ley 1618 de 2013, como:

un proceso que asegura que todas las personas tengan las mismas oportunidades, y la posibilidad real y efectiva de acceder, participar, relacionarse y disfrutar de un bien, servicio o ambiente, junto con los demás ciudadanos, sin ninguna limitación o restricción por motivo de discapacidad, mediante acciones concretas que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

## **7 Componente salud pública y proceso de rehabilitación**

La Salud Pública busca garantizar de una manera integral la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país (Congreso de Colombia, 2007). En el marco de la Atención Primaria en Salud y con la finalidad de dar respuesta a los desafíos de salud pública se adopta el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012- 2021, que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013). Actualmente está en desarrollo la formulación del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.

El abordaje de la rehabilitación con una perspectiva de salud pública surge del reconocimiento de la rehabilitación como parte fundamental de la atención integral en salud y por ende, componente esencial para responder a las prioridades en salud, como son el logro de las metas de equidad en salud, afectación positiva de los determinantes de la salud y mitigación de los impactos de la carga de la enfermedad. Esto implica un marco de acción que reconozca los posibles efectos que pueden tener las condiciones de salud y lo determinantes sociales en el funcionamiento humano y en la calidad de vida, y posicione la rehabilitación como estrategia fundamental para la promoción de la salud, la mitigación de los riesgos, la reducción y prevención de la discapacidad y en el mantenimiento del funcionamiento óptimo de la población general.

La rehabilitación al centrarse en optimizar el funcionamiento logra no solo que las personas vivan más, sino que vivan mejor (World Health Organization, s.f.b) por ende, tiene un rol clave en el cumplimiento de las metas de salud pública establecidas en el PDSP 2012-2021. Debe subrayarse que desde una perspectiva de salud pública *“no se concibe la atención integral de la salud sin la existencia de la rehabilitación, debiendo ser contemplada como componente esencial de la Salud Pública y siendo relevante para el logro de la equidad en salud”* (Vásquez y Cáceres, 2008).

Se resalta la importancia que tienen los servicios de rehabilitación en la generación de capacidades, a partir de un fuerte énfasis en educación sobre autocuidado, cambios de comportamientos y estilos de vida, entrenamiento y asesoramiento relacionada con habilidades funcionales (Restall, Leclair & Fricke, 2005). Además, dado que la rehabilitación se sustenta en acciones que evidencian ser efectivas durante todo el continuo de la atención y del cuidado se hace necesario el desarrollo e implementación de servicios de rehabilitación, que se articulen con otra oferta sectorial e intersectorial para garantizar el acceso oportuno al proceso de rehabilitación.

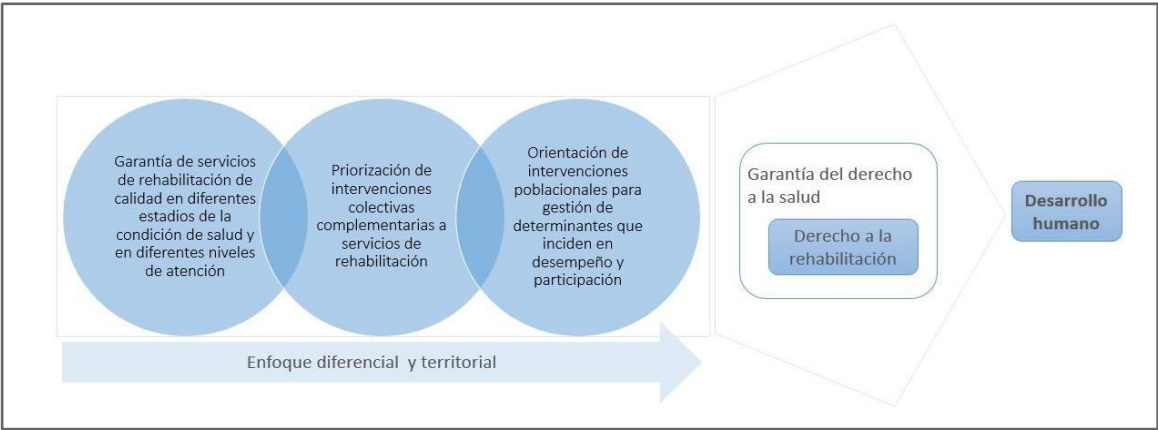
Por esta razón, deben fortalecerse las capacidades de las autoridades de salud para que en la gestión integral de la salud orienten las políticas, programas y planes hacia escenarios de coordinación encaminados a atender las necesidades de rehabilitación de la población con condiciones de salud potencialmente discapacitantes. Lo anterior, se sustenta en el reconocimiento de que el funcionamiento y sus alteraciones, así como los resultados de las intervenciones orientadas a optimizar el funcionamiento están relacionados y determinados por diversos factores biológicos, individuales, sociales y ambientales.

De esta manera, se propone que para dar respuesta a las necesidades de rehabilitación de la población los actores del sistema de salud deben garantizar: el acceso a servicios de rehabilitación de calidad en todos los niveles de atención y en los diferentes estadios de la condición de salud; la planeación e implementación de intervenciones colectivas en diferentes entornos que sean complementarias a los servicios de rehabilitación; y la orientación de intervenciones poblacionales para gestionar los contextos y las condiciones sociales, ambientales y culturales que pueden incidir en el desempeño y la participación social.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Lo anterior, enmarcado en el proceso de rehabilitación y partiendo de un enfoque territorial para responder a prioridades de salud de cada territorio y de un enfoque diferencial de género, curso de vida, pertenencia étnica, y otras poblaciones de especial protección y vulnerabilidad. Todo ello desde un marco de derechos que reconoce que el derecho a acceder y beneficiarse de la rehabilitación hace parte del derecho a la salud, y que está estrechamente relacionado con la garantía de otros derechos como la vida y la igualdad (Skempes, Stucki y Bickenbach, 2015) a partir del desarrollo de las capacidades necesarias para la participación y ejercicio de derechos tales como la educación y el trabajo, cuyo último fin debe ser la promoción del desarrollo humano (Figura 2).

Figura 2. Articulación de acciones en el marco del proceso de rehabilitación.



Fuente: elaboración propia

A continuación, se presentan las orientaciones generales para la implementación del proceso de rehabilitación. El contenido se ordena en tres partes: la primera, brinda recomendaciones para fortalecer los procesos de Planeación Integral en Salud y posicionar en los Planes Territoriales de Salud el proceso de rehabilitación. La segunda, describe un conjunto de acciones que en el marco de los procesos de la gestión de la salud pública conduzcan al efectivo desarrollo e implementación del proceso de rehabilitación. La última, presenta unos elementos para la identificación y priorización de intervenciones colectivas que aporten en la calidad del proceso de rehabilitación.

7.1 Proceso de rehabilitación desde la planeación integral en salud

La importancia del proceso de rehabilitación en la planeación territorial está en el mejoramiento de la calidad de salud de la población, puesto que interviene tanto en la promoción de la salud, prevención y en las acciones curativas y paliativas, de ahí la necesidad de comprender los alcances de su incidencia en la salud pública y la destinación de los recursos para tal fin.

A escala territorial, la Planeación integral para la salud (PIS) está definida como:

El conjunto de procesos relacionados entre sí, que permite a las entidades territoriales definir las acciones de formulación, implementación, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas del Plan Territorial de Salud (PTS), bajo los principios de coordinación, concurrencia, complementariedad y subsidiariedad (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2015c). Para la PIS se cuenta con el PTS como “el instrumento estratégico e indicativo de política pública en salud, que permite a las entidades territoriales contribuir con el logro de las metas estratégicas del PDSP” ((MSPS, 2015c).

Los PTS se realizan a través de la Estrategia PASE a la Equidad en Salud que consiste en un conjunto de elementos normativos, técnicos, conceptuales, metodológicos y operativos que se entretajan para facilitar a las entidades territoriales planificar sus acciones en salud de manera armónica con la política nacional, a la medida de su territorio y de acuerdo con

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

sus necesidades particulares. Esta metodología, se desarrolla mediante: 1. Alistamiento institucional; 2. Ruta lógica para la formulación de planes; 3. Gestión operativa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b). En tal sentido, plantea una secuencia lógica, sistemática y ordenada de los procesos, momentos, pasos y actividades para su formulación. En el ciclo de la gestión integral de la salud, las Autoridades Sanitarias de nivel nacional, territorial y local deben contar con las capacidades para planificar e integrar las acciones relacionadas con el proceso de rehabilitación, dado su potencial de aportar al cuidado de la salud a partir de intervenciones y acciones que reconocen el funcionamiento como condición fundamental para el desarrollo humano y por ende aportar a la producción social de la salud. Además, en la PIS se debe contar con el compromiso de las autoridades territoriales para movilizar la voluntad de actuación institucional y se debe convocar y sensibilizar a diversos actores institucionales y comunitarios que se relacionan con el proceso de rehabilitación (Tabla 2).

Tabla 2. Actores involucrados en la Planeación Integral en Salud.

Autoridades territoriales	Transectoriales	Instancias de planeación	Actores comunitarios
Gobernadores Alcaldes  Secretarías de Salud Autoridad sanitaria	Consejos de gobierno  Dependencias sectoriales	Asambleas departamentales / Concejos municipales  Consejos territoriales de planeación  Consejos territoriales de salud y seguridad social  Consejos departamentales / municipales de política social	Organizaciones de base comunitaria entre ellas las Organizaciones de personas con discapacidad  Asociaciones de usuarios  Comités de participación comunitaria  Medios de comunicación  Empresariado  Academia  ONG

Fuente: elaboración propia

Los PTS tienen cuatro contenidos fundamentales: el Análisis de la Situación en Salud (ASIS); la priorización de la caracterización de la población afiliada a las EPS, Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL); la priorización en salud pública, y un componente estratégico y de inversión plurianual del PTS (MSPS, de 2015c). Estos insumos sirven para la identificación de las necesidades en rehabilitación, que deben priorizarse a fin de orientar, reorientar o crear las acciones sectoriales e intersectoriales, de acuerdo con los recursos con los que cuenta el ente territorial.

La identificación de las necesidades en rehabilitación es el punto de partida para el fortalecimiento del proceso de rehabilitación en los PTS. Es importante señalar que la caracterización de las necesidades en rehabilitación debe incluir además de la identificación de las condiciones de salud y riesgos por curso de vida y sexo, reconocimiento de las poblaciones vulnerables, los determinantes sociales de la salud, la oferta de servicios sectoriales e intersectoriales, la disponibilidad y acceso a ayudas técnicas y las fuentes de recursos para la atención integral de las necesidades en rehabilitación. En la tabla 3 se presentan algunas actividades para el reconocimiento de ellas.

Tabla 3. Actividades para la caracterización de las necesidades en rehabilitación.



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Actividades	Descripción	Fuentes de información
Identificación de la población beneficiaria de rehabilitación actual y potencial	Caracterización de la población por grupos de edad, sexo y otras características sociodemográficas, descripción de condiciones de salud que comprometan el funcionamiento, cobertura de aseguramiento en el SGSSS, ubicación y distribución territorial. Caracterización de vulnerabilidad desde el enfoque diferencial: niños y niñas, mujeres, personas adultas mayores, víctimas del conflicto armado, víctimas sobrevivientes de minas antipersonales y municiones sin explotar, población afectada por el conflicto armado, población con discapacidad, personas pertenecientes a grupos étnicos, personas con diversidad sexual, entre otras.	ASIS, EAPB, ARL, RLCPD*
Identificación de servicios de rehabilitación	Caracterización de los servicios de rehabilitación en términos de cantidad, calidad, modalidades y grados de complejidad en la prestación de los servicios, accesibilidad, oportunidad y uso de los servicios de rehabilitación, dotación científica, instrumental, tecnológica, farmacológica y logística en general, presencia de grupos multidisciplinarios en los servicios.	
Identificación de talento humano en rehabilitación	Caracterización de la disponibilidad del recurso humano para el proceso de rehabilitación en los distintos sectores. Especificidad de la formación, competencias, destrezas y habilidades que debe reunir el talento humano en rehabilitación. identificación de la oferta de educación continuada para los profesionales de rehabilitación de parte de los departamentos, distritos o prestadores de salud.	
Identificación de programas sectoriales e intersectoriales que apoyen el proceso de rehabilitación	Caracterización y descripción de programas de promoción de la salud y de prevención de condiciones que comprometan el funcionamiento en diferentes entornos; Caracterización de las intervenciones colectivas relacionados con el proceso de rehabilitación, entre las que se encuentra la rehabilitación basada en la comunidad.	
Identificación de riesgos para el funcionamiento humano	Caracterización de condiciones del territorio que puedan generar alteraciones del funcionamiento humano, tales como: factores ambientales, factores relacionados con comportamiento y conductas de riesgo para la salud. Caracterización del comportamiento de las principales condiciones de salud relacionadas con alteraciones del funcionamiento: enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades o trastornos asociados a la salud mental, enfermedades transmisibles, lesiones de causa externa.	
Identificación de los mecanismos establecidos en el territorio para la provisión de ayudas técnicas	Descripción de la disponibilidad y los mecanismos de implementación del banco de ayudas técnicas en el territorio. Descripción de la gestión y entrega de ayudas técnicas por parte de las EPS.	Banco de ayudas técnicas del territorio. información de EPS sobre gestión y entrega de ayudas técnicas.
Identificación de recursos financieros para el proceso de rehabilitación	Identificación y descripción de fuentes de recursos disponibles para el financiamiento del proceso de rehabilitación en el territorio, incluyendo la disponibilidad de recursos propios.	Sistema General de Regalías, recursos de Cooperación y actores privados,

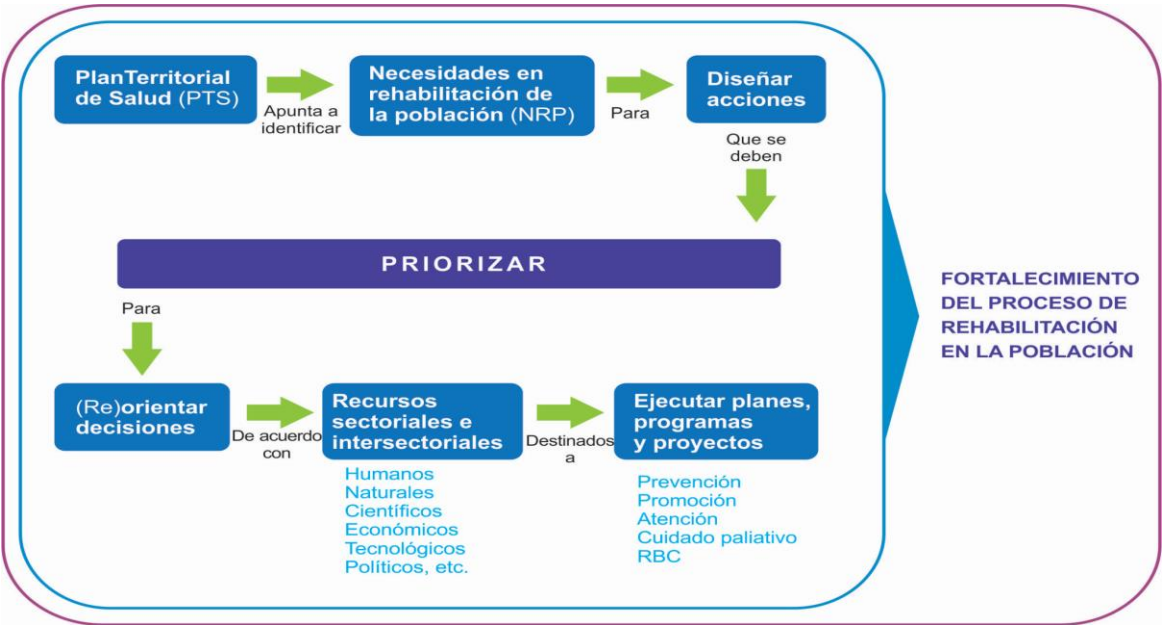
Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

		Bolsa Paz, entre otros.
* ASIS: Análisis Situacional de Salud. EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficio. ARL: Administradora de Riesgos Laborales. RLCPC: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.		

Fuente: elaboración propia

La caracterización de estas necesidades es fundamental para el proceso de rehabilitación, pues permite priorizar las acciones sectoriales e intersectoriales que lo configuran y viabilizan, como se observa en la figura 3.

Figura 3. Fortalecimiento del Proceso de Rehabilitación.



Fuente: elaboración propia.

En todo el desarrollo de la planeación para el fortalecimiento del proceso de rehabilitación es importante considerar las siguientes orientaciones, dirigidas a todos los actores del sistema de salud, para su ejecución de acuerdo con sus competencias y responsabilidades y teniendo presente las particularidades de cada territorio y las necesidades específicas identificadas:

- Fortalecer el liderazgo y la gobernanza de la autoridad sanitaria para la planificación y la coordinación de acciones que favorezcan el fortalecimiento de la rehabilitación.
- Crear una mayor integración de la rehabilitación en la planeación integral en salud.
- Fortalecer la generación y uso de datos de rehabilitación, evidencia e investigación científica, por medio de la articulación con instituciones académicas, científicas, gubernamentales y ONG, entre otras.
- Ampliar el financiamiento para la rehabilitación y reducir los costos de bolsillo.
- Mejorar la infraestructura y dotación de los servicios de rehabilitación.
- Aumentar la disponibilidad y mejorar las competencias laborales del talento humano en rehabilitación.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

- Fortalecer los equipos multidisciplinarios de rehabilitación acorde con las características y necesidades de los territorios.
- Fortalecer la articulación entre entidades territoriales, prestadores y aseguradores para fortalecer la prestación de servicios de rehabilitación dentro de las redes integradas de prestadores de servicios de salud.
- Ampliar la integración de la rehabilitación en los servicios de salud de media y alta complejidad del prestador complementario.
- Ampliar el acceso a la rehabilitación en baja complejidad.
- Mejorar la calidad y efectividad de la rehabilitación.
- Fortalecer la detección temprana de alteraciones del funcionamiento (incluida la salud mental) en todas las etapas del ciclo de vida y la implementación oportuna de procesos de rehabilitación.
- Desarrollar procesos de rehabilitación orientados a promover y mantener el mejor desempeño funcional en grupos priorizados, como personas mayores, personas con discapacidad de alguna categoría específica, cuidadores/as con sobrecarga en la provisión de cuidado, trabajadores informales, entre otros.
- Implementar mecanismos para la visibilización de la oferta de servicios de rehabilitación y demás oferta relacionada con el proceso de rehabilitación.
- Ampliar el desarrollo de acciones de rehabilitación en el entorno comunitario.
- Fortalecer los mecanismos de articulación entre los entornos de la vida cotidiana y el entorno institucional para garantizar un proceso integral de rehabilitación.
- Fortalecer la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad -RBC-.
- Fortalecer el procedimiento de certificación de discapacidad.
- Crear mecanismos de articulación con los aseguradores y prestadores, para la superación de las barreras para el acceso a ayudas técnicas financiadas con recursos de la UPC y otros mecanismos de financiación establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Así como a las ayudas técnicas financiadas por las entidades territoriales a través de los BAT.
- Gestionar la articulación sectorial e intersectorial para la financiación y la provisión de las ayudas técnicas no cubiertas con el Plan de Beneficios con cargo a la UPC.
- Fortalecer la articulación intersectorial y la participación ciudadana para el desarrollo de acciones de rehabilitación en el territorio.
- Crear o fortalecer programas de reincorporación de las personas en proceso de rehabilitación a la vida útil y productiva en su comunidad

Un aspecto importante, en cuanto al fortalecimiento del proceso de rehabilitación, es la facilitación del acceso a las ayudas técnicas para la población con discapacidad teniendo en cuenta el enfoque diferencial de derechos. El banco de ayudas técnicas debe estar liderado por las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, como un mecanismo que a través de la articulación de planes y programas de asistencia social y la gestión realizada con organismos gubernamentales y no gubernamentales, aúna esfuerzos

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

y optimiza recursos para obtener otras fuentes de financiación y proveer las ayudas técnicas, que no pueden ser financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con el fin de constituir el banco de ayudas técnicas en el territorio, la Secretaría de Salud debe realizar los siguientes pasos:

- Identificar y caracterizar a la población con discapacidad en el territorio que requiere de ayudas técnicas. Esto incluye:
  - Identificar el estado de aseguramiento de la población con discapacidad
  - Identificar las personas con discapacidad que hacen parte de los grupos de alta vulnerabilidad, como son las víctimas del conflicto armado, población étnica, personas mayores, niños y niñas bajo protección del ICBF, entre otras.
  - Identificar las personas con discapacidad de acuerdo a sus grados de dependencia y necesidades de asistencia.
- Establecer las fuentes financiación para el banco de ayudas técnicas, a partir de los recursos propios, regalías y otras fuentes previstas por el territorio.
- Construir los lineamientos territoriales para el funcionamiento del banco de ayudas técnicas acordes con los lineamientos nacionales y donde se establezcan responsables, mecanismos de articulación con EAPB e IPS, con organismos no gubernamentales y otros sectores.
- Gestionar otras fuentes de financiación para aquellas ayudas técnicas que no son financiadas con cargo a la UPC u otra fuente o mecanismo según la legislación colombiana, pero que bajo el criterio médico de los profesionales tratantes que hacen parte del equipo multidisciplinario y acorde con la condición de la salud de la persona deben ser contemplados como parte fundamental del proceso de rehabilitación. Lo anterior, de acuerdo con lo dispuesto en el componente de gestión financiera de estos lineamientos.
- Establecer los mecanismos de comunicación y articulación con las EAPB donde se encuentran afiliadas las personas beneficiarias de las ayudas técnicas a proveer, para que se articule la provisión de las ayudas técnicas y el dispositivo médico sobre medida, con las atenciones que debe garantizar el asegurador, en relación con su atención integral en salud y el proceso de rehabilitación, durante las diferentes etapas de prescripción, elaboración, adaptación, entrenamiento y seguimiento a la calidad y funcionalidad del dispositivo médico y ayuda técnica.

Lograr que el PTS responda a las necesidades de rehabilitación en el territorio depende de una óptima calidad de información que describa la situación actual del territorio; esta debe contener los datos que el ente territorial debe construir y consolidar para el efecto, además, de la información aportada del ASIS, de las EAPB, ARL, entre otras. A continuación, se darán las orientaciones frente a la priorización en la planeación de acciones que faciliten el fortalecimiento e implementación del proceso de rehabilitación en el territorio.

## **7.2 Gestión de la salud pública para la implementación del proceso de rehabilitación**

La gestión de la salud pública es “un conjunto de procesos que, bajo la dirección y liderazgo de la autoridad sanitaria, buscan que todos los actores del Sistema de Salud logren resultados en salud, mediante el desarrollo e implementación efectiva y eficiente de las políticas, planes, programas y estrategias de promoción de la salud y gestión del riesgo en salud en el marco de las competencias de cada uno de ellos” (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016e). En el marco del Plan Decenal de Salud Pública, la

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

gestión de la salud pública tiene un valor operativo por su condición para materializar la atención integral en salud, a partir de la articulación de esfuerzos e intervenciones orientadas a garantizar la equidad en salud.

Es por ello que este lineamiento plantea algunas orientaciones para que las autoridades sanitarias se fortalezcan técnicamente y puedan planificar e integrar acciones necesarias para el desarrollo e implementación del proceso de rehabilitación a nivel territorial y local. Asimismo, estas directrices están dispuestas para que, bajo el liderazgo de las Entidades Territoriales, las EAPB y prestadores de salud las tengan en cuenta en el cumplimiento de sus responsabilidades.

Las acciones estratégicas que se presentan en la tabla 4 se alinean con los procesos de la gestión de la salud pública de la Resolución 518 de 2015 (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2015d) y con el documento *Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud* (MSPS, 2016e) y, aportan a la implementación de la Atención Primaria en Salud. Los actores del Sistema de Salud deberán ejecutarlas desde los diferentes niveles de gestión y propender por una respuesta integral a las demandas o necesidades de rehabilitación desde lo individual y lo colectivo, así como acciones intersectoriales que garanticen escenarios para el desarrollo del potencial de cada persona y el bienestar social.

Tabla 4. Acciones estratégicas para la implementación del proceso de rehabilitación a nivel territorial.

Proceso	Objetivo	Acción estratégica
Coordinación intersectorial	Liderar la articulación de actores, recursos, acciones, entre otros para consolidar el proceso de rehabilitación a nivel territorial.	<p>Las Entidades Territoriales a través de sus diversas Secretarías entre ellas las Secretarías de Salud deben aprovechar los espacios de concurrencia existentes (Comisión Intersectorial de Salud Pública, instancia de coordinación y seguimiento entre los diferentes sectores responsables en el desarrollo del Plan Decenal de Salud Pública, adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social y Consejos de Política Social, Consejos de Planeación y Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud para el caso de los departamentos, distritos y municipios) para la generación de gobernanza en salud y gestión de la acción intersectorial en torno al proceso de rehabilitación.</p> <p>Las Entidades Territoriales a través de sus diversas Secretarías entre ellas las Secretarías de Salud identificarán acciones que desde el sector salud u otros sectores aportan a los objetivos del proceso de rehabilitación. <i>Esto implica reconocer la oferta de servicios de salud, intervenciones colectivas y oferta intersectorial teniendo en cuenta su impacto en las necesidades de rehabilitación identificadas en el territorio y las características diferenciales de la población como son sexo, edad, situación de vulnerabilidad, entre otras.</i></p> <p>Las Entidades Territoriales deberán asesorar a los municipios en los aspectos técnicos y operativos necesarios para el desarrollo e implementación de las diversas acciones que hacen parte del proceso de rehabilitación y vigilar el desarrollo de estas acciones.</p> <p>Se deben desarrollar estrategias comunicativas para que actores institucionales y comunitarios reconozcan y hagan</p>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

		uso de las intervenciones enmarcadas en el proceso de rehabilitación.
Desarrollo de capacidades	Reconocer las capacidades funcionales y técnicas para el desarrollo e implementación del proceso de rehabilitación	<p>Desarrollar un plan para el desarrollo de capacidades a nivel territorial que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- un diagnóstico para la identificación de capacidades en los actores institucionales y comunitarios que están vinculados con el proceso de rehabilitación.</li><li>- acciones para el acompañamiento y asesoramiento técnico para crear capacidad en relación con las necesidades insatisfechas de rehabilitación. Las necesidades insatisfechas de rehabilitación que las personas podrían experimentar se refieren a cualquier necesidad de servicios, intervenciones o programas de rehabilitación que la persona no puede conseguir debido a diferentes barreras.</li><li>- capacitaciones y formaciones orientadas a la comprensión de <i>la rehabilitación en la atención integral y su impacto en las condiciones de vida, salud y desempeño funcional</i>.</li><li>- generar capacidades en el talento humano en salud para que se mejoren los patrones de referencia a servicios de rehabilitación y en el personal que participe en intervenciones colectivas para la identificación temprana de riesgos de alteraciones del funcionamiento y canalización de necesidades de rehabilitación a los servicios correspondientes.</li></ul>
Participación social	Lograr que la ciudadanía, familias y comunidades se organicen e incidan en las decisiones públicas que afectan la salud	<p>Las Direcciones Territoriales de Salud deben crear estrategias pedagógicas para cualificar a la población en los procesos de participación, específicamente en los temas de interés en salud y en el derecho a la salud entendiendo este como la garantía de todas las prestaciones necesarias para la atención integral incluyendo la rehabilitación.</p> <p>Deben establecer los mecanismos para fortalecer la representación en espacios de incidencia de la política pública de salud, de aquellos grupos que requieren de forma especial ser parte de procesos de rehabilitación como son personas con discapacidad, personas con enfermedades crónicas, personas adultas mayores, víctimas del conflicto y otros grupos de personas con condiciones de salud específicas.</p> <p>Se deben fortalecer los procesos y procedimientos para que las poblaciones con necesidades de rehabilitación puedan hacer control social de los recursos públicos, las instituciones y los actores del sistema para la garantía del derecho a la rehabilitación implícito en el derecho a la salud.</p> <p>Se deben implementar estrategias para la multiplicación del conocimiento de las organizaciones de participación social en los temas de cultura de la salud, autocuidado y prevención de la discapacidad.</p>
Gestión del conocimiento	Propender por el uso y generación de información	Realizar análisis de las tendencias de las condiciones de salud para documentar las necesidades de rehabilitación. Esto debe desarrollarse reconociendo las diferencias por

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

	relacionada con las necesidades de rehabilitación y la efectividad de las intervenciones de rehabilitación	<p>situación socioeconómica, género, etnia, discapacidad e identidad cultural.</p> <p>Es importante que, en la gestión de las fuentes de información existentes, se procese y analice la información teniendo en cuenta las necesidades que surgen en cada etapa del curso de vida y las condiciones de salud frecuentes en cada etapa y que pueden beneficiarse de los servicios y del proceso de rehabilitación. (Por ejemplo, las condiciones musculoesqueléticas en la niñez tienden a manifestarse a través de problemas específicos como escoliosis. En la adultez los problemas más comunes suelen ser dolor lumbar que puede repercutir en ausentismo laboral. En tanto que en personas adultas mayores son las enfermedades degenerativas como artrosis y osteoporosis que comprometen el desarrollo de una vida independiente).</p> <p>Del análisis de los datos existentes y de la recolección de nueva información se espera la generación de conocimiento más preciso sobre las necesidades de rehabilitación de diferentes grupos de personas con diversas condiciones de salud para el desarrollo de intervenciones o programas de rehabilitación específicos (rehabilitación cardíaca, rehabilitación pulmonar, rehabilitación para pacientes con cáncer, rehabilitación pediátrica, entre otros).</p>
Vigilancia en salud pública	Recolectar, analizar e interpretar información de salud pública desde una perspectiva del funcionamiento humano que conduzca a la planeación de acciones integrales.	<p>Con el fin de contribuir al mejoramiento del estado de salud y evitar la progresión o desenlaces adversos de enfermedades o condiciones de salud es importante la recolección, el seguimiento y evaluación de indicadores de interés en salud pública y reconocer la necesidad de intervenciones de rehabilitación.</p> <p>Realizar el análisis de la situación de la salud del territorio, con base en la información generada por la vigilancia y otras informaciones que permitan definir áreas prioritarias de intervención en salud pública.</p> <p>Para la gestión de riesgos es muy importante la vigilancia de las condiciones que suelen resultar en discapacidad de forma temporal o permanente o que pueden afectar el desempeño funcional, como son las condiciones crónicas (hipertensión, diabetes, EPOC, cáncer, enfermedades huérfanas), condiciones osteomusculares tales como dolor lumbar, artritis, artrosis, condiciones cardiovasculares (ECV, infartos). Aunque sólo sea brevemente o de forma prolongada la discapacidad es común después de muchas enfermedades graves, procedimientos quirúrgicos, lesiones o traumas. Por tanto, es fundamental el seguimiento para intervenir de manera temprana e incidir en las cifras de discapacidad prevenible.</p> <p>Sobre eventos de notificación obligatoria son de especial relevancia para la planeación de acciones desde el proceso de rehabilitación eventos no transmisibles tales como, intento de suicidio, lesiones por causa externa, violencia de género e intrafamiliar, bajo peso al nacer, enfermedades huérfanas. Las alertas sobre estos eventos conducirán a las rutas integrales para la atención y es necesario que se provea una respuesta que incluya intervenciones de rehabilitación acorde con las prioridades y necesidades.</p>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Prestación de servicios individuales	Garantizar el acceso a servicios de rehabilitación acorde con las necesidades de la población y velar porque los servicios disponibles sean de calidad	<p>Las Direcciones Territoriales de Salud y las EAPB deben establecer las necesidades de atención teniendo en cuenta las necesidades de rehabilitación de la población, de acuerdo con los riesgos en salud que pueden resultar en compromiso del desempeño funcional o en discapacidad.</p> <p>Las direcciones departamentales deben organizar las redes de manera que de acuerdo con la complejidad se establezcan programas integrales de rehabilitación como rehabilitación cardíaca, pulmonar, rehabilitación de paciente quemado, entre otros.</p> <p>Se debe reconocer la oferta de servicios de rehabilitación, las condiciones de accesibilidad geográfica y sociocultural y desarrollar las acciones necesarias para la implementación de servicios de rehabilitación en los territorios o la articulación con la oferta más cercana.</p> <p>Las Entidades Territoriales a través de las Secretarías de Salud y las EAPB en coordinación con los prestadores de salud deberán realizar los ajustes a las rutas integrales de atención en salud para que se pueda garantizar el acceso a servicios de rehabilitación próximos a las personas, o evaluar en la conformación de las redes la disposición de servicios de rehabilitación, así como establecer mecanismos de relacionamiento con agentes sectoriales e intersectoriales para garantizar procesos de rehabilitación cuando sea necesario.</p> <p>De acuerdo con el lineamiento técnico y operativo ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, las entidades departamentales, distritales y municipales deberán definir las atenciones complementarias a las definidas en las rutas para garantizar la atención integral en salud. La implementación de procesos de rehabilitación aporta principalmente a los siguientes resultados de impacto: personas que se desarrollan adecuadamente desde el punto de vista físico-motor, socio-emocional y cognitivo, personas sin problemas y trastornos en salud mental, personas sin morbilidad evitable, personas sin mortalidad evitable. No obstante, debe tenerse en cuenta que la gestión de las rutas está determinada por las prioridades en salud del territorio, definidas a partir del análisis de situación de salud, por la caracterización poblacional adelantada por los diferentes agentes del Sistema en el territorio y las metas definidas en el Plan Territorial de Salud.</p> <p>Es importante considerar las modalidades de prestación descritas para la prestación de servicios de rehabilitación en casos de barreras de accesibilidad o compromiso del funcionamiento en términos de movilidad o complejidad de las condiciones de salud.</p> <p>Las Entidades Territoriales a través de las Secretarías de Salud deben hacer seguimiento a los servicios de rehabilitación habilitados de acuerdo con indicaciones previas para la prestación de dichos servicios.</p> <p>Garantizar que las demandas frente a requerimientos de ayudas técnicas se gestionan desde las coberturas en salud o a través de los bancos de ayudas técnicas.</p>
--------------------------------------	--	---



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Gestión de las intervenciones colectivas	Planear, ejecutar y evaluar acciones del Plan de Salud Pública de intervenciones Colectivas que aporten a la atención integral de las necesidades de rehabilitación.	Las Entidades Territoriales a través de las Secretarías de Salud deben asegurar que dentro del análisis para la priorización de intervenciones colectivas en los planes de acción en salud se disponen acciones para la promoción de la salud y la gestión de riesgo de poblaciones con necesidades de rehabilitación.  Definir los mecanismos de articulación que se requieran para ejecutar las intervenciones colectivas de forma complementaria y coordinada con las EAPB, instituciones del sector salud que presten servicios de rehabilitación, con otros sectores y con organizaciones comunitarias.
--	--	--

Fuente: elaboración propia.

Las acciones priorizadas en la tabla anterior se consideran necesarias para el desarrollo del proceso de rehabilitación, no obstante, las autoridades territoriales podrán incluir acciones sobre aquellos procesos que resulten de mayor necesidad. Para alcanzar respuestas efectivas en términos de los objetivos previos, se debe partir por reconocer la naturaleza multisectorial de la rehabilitación y por ende la necesidad de abordarla desde la articulación de distintos sectores que aportan a la consecución de sus objetivos. Esto implica posicionar que *la rehabilitación no es solo un tema relacionado con la salud y la discapacidad, sino que se consolida como una estrategia con fundamentos en el desarrollo humano, los derechos humanos, la seguridad social, entre otras, para favorecer la participación e inclusión, la autonomía y calidad de vida* (Stucki et al., 2007).

La articulación intersectorial es especialmente importante en los procesos de rehabilitación de poblaciones vulnerables, pues ellas presentan mayor exposición a factores de riesgo para el funcionamiento y bienestar. La gestión territorial de políticas tales como, política nacional de infancia y adolescencia; política de envejecimiento humano y vejez; política de discapacidad e inclusión social; política pública de equidad de género para las mujeres; atención integral y reparación a víctimas del conflicto; lineamiento para atención diferencial en salud para población habitante de calle; entre otras requiere la priorización de servicios de rehabilitación y establecimiento de mecanismos que articulen los servicios con acciones en los entornos cotidianos para mantener condiciones óptimas de funcionamiento, y también se hace necesaria la gestión de acciones afirmativas, medidas de inclusión y ajustes razonables.

En el marco de las intervenciones poblacionales, las Entidades Territoriales tendrán en cuenta la salud y el funcionamiento para la formulación de las políticas públicas, pues garantizar condiciones de vida dignas implica asegurar que las personas puedan desempeñarse en entornos acordes con sus necesidades y expectativas. La transformación de los determinantes sociales y ambientales de la salud genera contextos y entornos saludables para toda la población y a su vez permite fortalecer el trabajo articulado entre los sectores para el abordaje de situaciones como, por ejemplo, accidentalidad vial, accidentalidad laboral, violencias, entre otras. Lo anterior es clave teniendo en cuenta que los determinantes sociales no solo pueden actuar como riesgos o potenciadores de la salud, sino que inciden en los procesos de atención y cuidado de la salud, condicionando los resultados esperados de las intervenciones. Asimismo, se deben diseñar e implementar estrategias para difundir Información sobre los factores protectores y de riesgo en la producción de discapacidad, así como alternativas para controlarlos o prevenirlos.

La incidencia en las políticas públicas del sector y de otros sectores debe enmarcarse en el cuidado de la salud de toda la población. No obstante, dadas las desventajas que experimentan algunos grupos de la población para el acceso a servicios, entornos, oportunidades, entre otros que hacen parte del proceso de rehabilitación, se debe plantear como objetivo principal desarrollar acciones que reconozcan los cambios del

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

funcionamiento por condiciones de salud y a lo largo del curso de vida para reducir desigualdades injustas.

En relación con las políticas y estrategias del sector salud que se desarrollan en los territorios, las direcciones departamentales, distritales y municipales deben integrar la rehabilitación como una intervención transversal para el logro de resultados de salud. Esto implica un énfasis en las intervenciones de rehabilitación que permitan garantizar la integralidad de la atención de la salud tanto en el entorno institucional como en los demás entornos.

El sector salud cuenta con una serie de lineamientos para los gestores de la salud y de otros sectores, que les permita implementar acciones territoriales de promoción y gestión integrada de la salud. Es necesario que a la luz de estas herramientas se identifiquen las necesidades de rehabilitación y se potencialicen las acciones de respuesta desde los servicios de rehabilitación, y:

- Considerar los lineamientos existentes para la gestión de la salud de poblaciones con condiciones específicas de salud e identificar las dificultades y posibilidades en relación con la ejecución del proceso de rehabilitación (ejemplos, Lineamientos para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa *“Somos todo oídos”*, Lineamiento para la implementación de actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitable (estrategia visión 2020), Lineamientos para la promoción y detección temprana en salud mental y epilepsia).
- Priorizar la gestión en las poblaciones vulnerables que por su condición requieren y podrían beneficiarse de las intervenciones de rehabilitación.

Además, las direcciones territoriales de salud tendrán en cuenta en la formulación de otros planes, programas y proyectos acciones que se relacionen con el proceso de rehabilitación de acuerdo con los diagnósticos de situación de salud que han identificado las necesidades de rehabilitación.

Reconociendo la importancia de los servicios de rehabilitación en el proceso, es fundamental que se gestione la implementación de los servicios de rehabilitación en baja complejidad, dado que favorecen el acceso oportuno, amplían las estrategias para mejores respuesta en la atención por parte del prestador primario, disponen de acciones que aportan a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad y el tratamiento de múltiples condiciones de salud; lo que resulta fundamental en la reducción de la carga de morbilidad y discapacidad evitable.

Los servicios de rehabilitación en baja complejidad deben tener un engranaje con la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, puesto que desde las acciones de valoración integral se identifican orientaciones para que de acuerdo con resultados específicos de estas se pueda derivar a intervenciones específicas para promover y mantener la salud, así como las medidas para promover el desarrollo integral. Asimismo, desde esta ruta deben garantizarse intervenciones de educación desde diferentes servicios y acorde con las necesidades territoriales, ejemplo, *“intervenciones orientadas a construir nuevos conocimientos, prácticas y valores, que se traduzcan en compromisos concretos para promover y mantener la salud y la calidad de vida de la mujer gestante y su hijo(a) por nacer”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a). El plan de beneficios en salud integra las sesiones de educación individual por parte de cada una de las profesiones de rehabilitación que desde diferentes conocimientos aportan al cuidado de individuos y familias.

Para el fortalecimiento de la gestión de la salud pública de acuerdo con las orientaciones que aquí se plantean es importante señalar que las autoridades locales deben asegurar el presupuesto que garantice la ejecución de las acciones de acuerdo con las necesidades específicas del territorio. Por tanto, desde la proyección de los planes territoriales de salud

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

se deben visibilizar acciones para el desarrollo de procesos de rehabilitación, partiendo del fortalecimiento de los diagnósticos de situación de salud con las necesidades de rehabilitación y que de esta manera se logre la priorización de acciones territoriales y asignación de recursos para dar respuesta a dichas necesidades.

**7.2.1 Articulación del proceso de rehabilitación con planes y programas dirigidos a poblaciones vulnerables**

La implementación del proceso de rehabilitación, en los términos de lo establecido en los presentes lineamientos, deberá atender el enfoque diferencial y de género, en consecuencia, deberá articularse con los planes y programas dirigidos a poblaciones específicas, relacionados a continuación. Se han considerado estos planes y programas en concreto teniendo en cuenta las particulares condiciones de vulnerabilidad de sus poblaciones objetivo y los desarrollos alcanzados para la garantía de su derecho a la salud y a la rehabilitación. Debe tenerse en cuenta que con el transcurrir del tiempo y con el avance en los referentes conceptuales, normativos y técnicos, estos planes y programas pueden modificarse o pueden generarse nuevas estrategias de intervención dirigidas a estas o a otras poblaciones igualmente diferenciales y vulnerables; en este sentido este listado no es exhaustivo en términos de poblaciones ni de planes o programas.

Población objetivo	Objetivo del plan o programa
Niñas, niños, adolescentes y jóvenes que se encuentran en proceso administrativo de restablecimiento de derechos	Identificar y generar acciones tendientes a eliminar las barreras en el acceso a los servicios de salud, garantizando la oportunidad, pertinencia y calidad de los servicios, así como el goce efectivo del derecho a la salud de la población priorizada para esta ruta.  Fortalecer los espacios intersectoriales y la oferta en los territorios priorizados, de forma que se garantice la atención integral de los niños, las niñas, adolescentes y jóvenes que se encuentran en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos.
Víctimas de minas antipersona y municiones sin explotar - MAP-MUSE	Garantizar la atención integral en salud y la rehabilitación funcional de las personas víctimas de MAP MUSE  Implementar la ruta de articulación de actores en el territorio que permita superar barreras encontradas
Personas con discapacidad en proceso de reincorporación, en el marco de la implementación del Acuerdo de Paz	Garantizar atención integral en salud, rehabilitación funcional e inclusión en el proceso de certificación y registro de las personas con discapacidad en proceso de reincorporación
Población inimputable (artículo 33 de la Ley 599 de 2000) con medida de seguridad consistente en la internación en establecimiento psiquiátrico (artículo 465 de la Ley 906 de 2004).	Garantizar la atención en procesos de rehabilitación funcional de la población inimputable con medida de seguridad consistente en la internación en establecimiento psiquiátrico.

El propósito de la implementación del proceso de rehabilitación en el marco de estos planes y programas es favorecer el cumplimiento de los objetivos de estos últimos mediante la articulación entre actores territoriales y con base en el fortalecimiento de servicios de rehabilitación y su inclusión en los planes territoriales de salud.

**7.2.2. Planeación e implementación del proceso de rehabilitación desde Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC**

Dado que en el marco del proceso de Planeación Integral en Salud se definen las prioridades de salud en cada territorio y el conjunto de acciones que las autoridades sanitarias desarrollarán para el cumplimiento de las metas del Plan Territorial de Salud – PTS- asociadas con las del Plan Decenal de Salud Pública – PDSP- se resalta la necesidad

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

de que en el escenario de planeación los diferentes actores del sistema identifiquen y analicen las necesidades de rehabilitación y prioricen acciones integrales para atenderlas, para que de esta manera se consolide la operación del proceso de rehabilitación orientado a reducir o evitar la discapacidad y mantener el funcionamiento óptimo de las personas al interactuar con sus entornos.

A partir de dicha incidencia en la planeación, se espera disponer de intervenciones de carácter individual, colectivo y poblacional que favorezcan la gestión integral y oportuna de los riesgos en salud de personas, familias y comunidades y lograr mejores resultados en la salud, el bienestar y el desarrollo humano. Con el ideal de fortalecer el proceso de rehabilitación en el marco de las RIAS que se configuran como la herramienta para asegurar la integralidad de la atención, se plantea desde lo individual poder garantizar el acceso a servicios de rehabilitación en condiciones de calidad y continuidad con otros servicios, y desde lo colectivo se plantea el fortalecimiento de las intervenciones colectivas para que puedan aportar en la promoción de la salud y la gestión de los riesgos en poblaciones con necesidades de rehabilitación.

Los servicios de rehabilitación son fundamentales en el proceso de rehabilitación puesto que desde la intervención individual favorecen la recuperación, adquisición o mantenimiento de capacidades funcionales para la efectiva realización de actividades o la participación social.

Las intervenciones colectivas están a cargo del Estado, su gestión a nivel territorial es liderada por las autoridades sanitarias y están enmarcadas en el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas- PIC de forma complementaria a las acciones previstas en el Plan de Beneficios de Salud.

Este lineamiento plantea unas intervenciones colectivas que pueden aportar al proceso de rehabilitación (Tabla 5). Para que esto sea posible es necesario tener en cuenta que:

- Es fundamental partir de una buena caracterización de las necesidades de rehabilitación, basada tanto en el análisis de situación de salud como en la caracterización de EAPB de la población asegurada, pues el objetivo es que se pueda hacer una gestión conjunta de los riesgos en salud.
- Las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales deben formular procesos de asistencia técnica para que los actores involucrados tanto en la formulación como en la ejecución del PIC desarrollen las capacidades para gestionar estas intervenciones.
- De manera conjunta, direcciones de salud, EAPB, prestadores de salud y actores intersectoriales deben definir los mecanismos para hacer seguimiento a las derivaciones y canalizaciones que se hagan desde y hacia las intervenciones colectivas, especialmente de aquellos grupos de la población que hayan sido definidos como grupos con necesidades de rehabilitación.
- En relación con el recurso humano, deberá favorecerse el desarrollo de diferentes niveles de capacidades y conocimientos para que desde todos los entornos se pueda orientar hacia la oferta de intervenciones colectivas.

**Tabla 5. Intervenciones colectivas que pueden aportar al proceso de rehabilitación.**

Intervenciones colectivas	Actividades que aportan/ potencializan el proceso de rehabilitación
Estrategia de Rehabilitación	Seguimiento al proceso de rehabilitación de las personas desde los entornos de la vida cotidiana.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Basada en la Comunidad (RBC)	<p>Canalización y seguimiento a la efectividad de la canalización de acceso a los servicios de salud pertinentes para la atención de las personas con necesidades de rehabilitación.</p> <p>Acciones para el empoderamiento de las personas con necesidades de rehabilitación, sus familias y/o cuidadores para generar redes con alcances de incidencia política local en salud.</p>
Caracterización social y ambiental	<p>Recolección, análisis y difusión de información sobre población con necesidades de rehabilitación, para complementar la información dispuesta en ASIS y con el fin de implementar el proceso de rehabilitación (fortalecer atenciones individuales de rehabilitación e intervenciones colectivas que potencializan la rehabilitación).</p>
Educación y Comunicación para la salud	<p>Intervenciones de educación dirigidas a la comunidad para generar una cultura de cuidado de la salud en torno al funcionamiento, lo que implica cambios de comportamientos y estilos de vida y habilidades para el mantenimiento de la autonomía y el bienestar.</p>
Información en salud	<p>Se puede hacer uso de diversos mecanismos para la difusión de información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>→ Oferta de intervenciones de rehabilitación en los territorios</li><li>→ Riesgos y enfermedades que pueden incidir en la alteración del desempeño funcional</li><li>→ Estrategias para cambios de comportamientos y estilos de vida</li><li>→ Prevención de enfermedades que puedan generar discapacidad</li><li>→ Prevención de la discapacidad mediante la información oportuna</li></ul>
Zonas de orientación y centros de escucha	<p>Escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios sectoriales e intersectoriales, que permitan el fortalecimiento y el mantenimiento de los logros en el desempeño de las personas con necesidades de rehabilitación.</p> <p>Detección temprana de situaciones que pueden requerir intervención individual de rehabilitación.</p>
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales	<p>Apoyar la organización de grupos de población con necesidades de rehabilitación para coordinar acciones que permitan compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales) y generar sinergias para la participación, incidencia y veeduría de las respuestas a sus necesidades en el territorio.</p>
Jornadas de Salud	<p>En coordinación con los prestadores de salud, es una intervención que puede facilitar el acceso a intervenciones de rehabilitación principalmente a población con necesidades en zonas rurales dispersas o con barreras de acceso geográfico.</p>
Tamizajes	<p>Pruebas de tamizaje para la detección temprana de necesidades en rehabilitación con énfasis en población menor de edad para la prevención de discapacidad por condiciones evitables.</p>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

-----  
Fuente: elaboración propia.

En el entendido de que la atención integral no se limita a las intervenciones individuales, sino que trasciende a acciones que impacten positivamente los determinantes y los escenarios de la vida cotidiana de familias, grupos de la población o comunidades, *las intervenciones colectivas son estratégicas para la promoción de la salud y reducción de la probabilidad de efectos negativos de los riesgos o enfermedades de grupos con necesidades de rehabilitación* a partir del empoderamiento en relación con el mejoramiento de la salud y la calidad de vida y la participación y movilización social, el desarrollo de capacidades y la generación o transformación de los entornos saludables.

Teniendo en cuenta que las intervenciones colectivas se implementan en los entornos es importante considerar:

- en la ejecución de las intervenciones colectivas se pueden identificar personas con riesgos específicos, que requieran atenciones individuales de rehabilitación. En dado caso deberán activar la ruta de atención integral en salud, a través de la canalización de la persona a los servicios de salud que tengan dispuesto su asegurador, para que desde allí la persona sea derivada a los servicios de rehabilitación

Finalmente, buscando articular los servicios de rehabilitación con las intervenciones colectivas es necesario el fortalecimiento de las capacidades y conocimiento del talento humano de rehabilitación para que después o durante la atención en los servicios de rehabilitación y en concordancia con los objetivos terapéuticos de las intervenciones individuales, se integre en la planeación de intervenciones las recomendaciones y orientaciones hacia las intervenciones colectivas que se desarrollen en los diferentes entornos de la vida cotidiana donde se desempeñan, para promover su autocuidado en la familia y la comunidad y su participación social.

### **7.3 Rehabilitación en emergencias y desastres**

La dimensión en salud pública de emergencias y desastres es un *espacio de acción sectorial, transectorial y comunitaria, que propende por la protección de individuos y colectivos ante los riesgos de emergencias o desastres que tengan impacto en salud pública* (PDSP 2012-2021). Esta se desarrolla mediante dos componentes: la gestión integral de riesgos, y la respuesta en salud ante situaciones de urgencia, emergencias en salud pública y desastres. En vista de que, habitualmente, la rehabilitación tiene lugar en la atención de las secuelas de las emergencias y desastres, es preciso comprender el objetivo de la rehabilitación apropiado en este lineamiento; su campo de acción incluye la participación en los dos componentes de esta dimensión, tanto en las intervenciones tendientes a la identificación, prevención y mitigación de los riesgos, y las vulnerabilidades de los territorios, como en las acciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que responden a estas situaciones. Ejemplo de estas situaciones son las pandemias, que exigen respuestas rápidas, coordinadas y concretas por parte de los gobiernos y sistemas sanitarios.

Actualmente, la pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV-2 que causa la enfermedad denominada COVID-19, evidencia la importancia de la prestación de servicios en rehabilitación, desde la unidad de cuidado intensivo, hasta el cuidado ambulatorio o domiciliario (Stam, Stucki, & Bickenbach, 2020; Prvu Bettger et al., 2020); esto, debido al compromiso funcional ocasionado por las deficiencias asociadas a la infección; al síndrome post cuidado intensivo; a la hospitalización prolongada, o al aislamiento social que conlleva (Demeco et al., 2020). Asimismo, los servicios intramurales ambulatorios de rehabilitación han sido afectados por la interrupción de intervenciones y tratamientos, ante el riesgo de contagio. Sin embargo, esto puede evitarse ofreciendo suficientes elementos de protección personal y las condiciones de bioseguridad necesarias, tanto al personal de rehabilitación, como a las personas, familiares y cuidadores, , apoyados con capacitaciones para su

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

adecuado uso, conllevando de esta manera la mitigación de riesgo de contagio y optimización de los recursos utilizados.

Dado lo anterior, y en atención a la importancia que adquiere la rehabilitación en estas circunstancias, se dan las siguientes orientaciones:

- Incentivar la coordinación interinstitucional frente a los procesos de referencia y contrareferencia, para la atención de la población afectada.
- Propiciar el trabajo colaborativo entre profesionales de la rehabilitación.
- Fortalecer la práctica basada en la evidencia científica para la toma de decisiones en rehabilitación.
- Gestionar la atención por telesalud y garantizar su uso efectivo, con financiamiento, ciberseguridad, acceso y ampliación de la conectividad a poblaciones vulnerables.
- Brindar atención domiciliaria y en entornos comunitarios con los equipos de protección personal necesarios.
- Desarrollar material educativo para pacientes, familiares y cuidadores, con el fin de dar continuidad a la rehabilitación en el hogar, durante la pandemia.
- Ofrecer recomendaciones para la salud mental y física, durante el confinamiento.

Finalmente se resalta la importancia de una participación articulada de las sociedades profesionales, las asociaciones académicas, los profesionales en rehabilitación, junto a todos los actores del SGSSS para optimizar la capacidad de respuesta ante esta circunstancia (Asociación Colombiana de Infectología, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2021).

**8 Componente talento humano en rehabilitación**

**8.1 Generalidades del talento humano en rehabilitación**

**8.1.1 Conformación del talento humano en rehabilitación**

Para la OMS (2006) los trabajadores de la salud son personas cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades. Todos ellos conforman, desde su diversidad, la fuerza de trabajo sanitaria mundial. Entre esta se encuentra el personal profesional, el personal asociado, técnicos y otros dispensadores de nivel comunitario, quienes se encargan de la prestación de servicios de salud.

Con relación a la prestación de servicios de rehabilitación, la OMS reconoce que el talento humano corresponde a un grupo de profesiones que comparte el objetivo común de atender a las personas con condiciones de salud que llevan a la presencia de deficiencias corporales, limitaciones en la realización de las actividades y restricciones para su participación, para lograr y mantener el mayor nivel de funcionamiento posible (2019), desde la perspectiva de la CIF y su enfoque biopsicosocial.

En Colombia el Talento Humano en Salud se define como:

El personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de todos los habitantes del territorio nacional dentro de la estructura organizacional de la prestación de los servicios de salud” según el artículo 1, de la Ley 1164 de 2007 (Congreso de Colombia, 2007).

A partir de allí y en coherencia con los postulados internacionales, se reconoce como parte del Talento Humano de rehabilitación a los profesionales de las áreas de fisioterapia,

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

fonoaudiología, terapia ocupacional, terapia respiratoria, psicología, trabajo social, optometría y fisioterapia las cuales hacen parte de los servicios de rehabilitación.

También se identifican como parte del talento humano de rehabilitación, a los profesionales de otros servicios de salud que apoyan a los procesos de rehabilitación y pueden llegar a conformar el equipo multidisciplinario de rehabilitación (medicina general y otras especialidades médicas, enfermería, odontología, nutrición, entre otros).

Aunque tradicionalmente los servicios de rehabilitación se desarrollan con estas profesiones es necesario que el trabajo interdisciplinario trascienda hacia otros saberes que complementen la prestación de los servicios

Es necesario señalar que las acciones orientadas hacia el talento humano de rehabilitación deben acogerse a lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 - Ley del Talento Humano en Salud, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- y demás normatividad vigente en esta materia, así como aquella que la modifique o sustituya. También es importante reconocer que el talento humano en rehabilitación y su desarrollo se debe alinear con el apoyo de políticas que se derivan del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, así como el seguimiento a funciones públicas establecidas desde los Colegios Profesionales y su inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano -RETHUS.

#### **8.1.2 Disponibilidad del talento humano de rehabilitación en las intervenciones individuales y colectivas**

De acuerdo con la Ley 1164 de 2007 (Congreso de Colombia, 2007), los servicios se disponen y proporcionan hacia los individuos y las colectividades, esto, desde un enfoque diferencial sin sesgos de segregación y /o discriminación. Es importante señalar que los perfiles y competencias de los profesionales de las áreas de rehabilitación permiten su desempeño en las intervenciones individuales y en las intervenciones de tipo colectivo.

La disponibilidad del talento humano de rehabilitación tiene una mayor prevalencia en el desarrollo de las intervenciones individuales que se implementan a través del ciclo de rehabilitación. Su disponibilidad debe responder a las necesidades de servicios de rehabilitación en los territorios, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de la población. En este caso, es de especial importancia que las entidades territoriales en conjunto con los demás actores del sistema de salud identifiquen las necesidades de rehabilitación y en esa medida, se busque la vinculación de los profesionales de los servicios de rehabilitación requeridos en los diferentes niveles de complejidad para sus territorios.

Por otra parte, se recomienda la participación y vinculación de profesionales de las áreas de rehabilitación en las intervenciones colectivas, donde los perfiles y competencias de estos profesionales pueden ser de gran aporte para el desarrollo de aquellas actividades que se relacionan o complementan los procesos de rehabilitación.

Particularmente para la ejecución de las intervenciones relacionadas con la estrategia de RBC puede ser importante el liderazgo y acompañamiento de profesionales de rehabilitación, quienes pueden apoyar el diseño y la implementación de las intervenciones y la formación a otros profesionales, gestores comunitarios en salud, personal de apoyo o auxiliares de salud pública en aspectos relacionados con rehabilitación y discapacidad.

#### **8.1.3 Equipos multidisciplinarios de rehabilitación**

La implementación de procesos de rehabilitación desde el modelo de funcionamiento, demanda necesariamente del trabajo por equipos multidisciplinarios (Wade, 2015). La meta de los equipos multidisciplinarios es implementar procesos de rehabilitación organizando el talento de múltiples profesionales en concertación con la persona y su familia. Los beneficios de funcionar como un equipo multidisciplinario de rehabilitación incluyen: el aumento en la continuidad de los servicios, la colaboración para el logro de las metas, la



Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

comprensión y resolución de problemas compartida entre profesionales, y una mayor satisfacción del paciente, la familia y el equipo mismo. En los últimos años la investigación ha mostrado que el buen funcionamiento de los equipos multidisciplinarios de rehabilitación es un determinante de la mejora en las ganancias funcionales de los pacientes (Behm & Gray, 2012).

Lo anterior, está en armonía con lo dispuesto en la Política Nacional de Talento Humano (MSPS, 2018a), la cual plantea la necesidad de establecer y promover lineamientos para la conformación de equipos de salud multidisciplinarios, particularmente en el componente primario de atención, considerando las condiciones de atención en zonas dispersas, rurales y urbanas, y el establecimiento de vínculos desde diferentes disciplinas, que respondan a los perfiles epidemiológicos establecidos en los ASIS y los PTS.

Los equipos multidisciplinarios están conformados por un grupo nuclear y un grupo transversal, de este último hacen parte los profesionales de rehabilitación. El grupo transversal de salud es aquel que complementa y apoya la atención de los grupos nucleares, con el fin de responder a las necesidades de salud de la población teniendo en cuenta la planificación territorial que comprende la caracterización de la población, los procesos de orientación en el cuidado de la salud desde los diferentes entornos de vida cotidiana hasta el análisis de la situación de salud y de la oferta y demanda de servicios, de manera que la disposición del talento humano responda a las necesidades del territorio.

Es de anotar que el escenario ideal para la articulación entre los profesionales se identifica en prestadores de servicios de salud que cuentan con un equipo multidisciplinario de rehabilitación. La disponibilidad de un equipo multidisciplinario de rehabilitación, facilita el logro de objetivos comunes en los procesos de rehabilitación; por tanto, este se reconoce como el mecanismo de organización e interrelación de servicios recomendado para los procesos de rehabilitación bajo el modelo funcionamiento humano. Se señala además que este mecanismo debe ser tenido en cuenta por los aseguradores y prestadores, para la prestación de servicios de rehabilitación, dado que aporta a la integralidad y continuidad de las atenciones desarrolladas en cualquier nivel de complejidad.

No obstante, reconociendo las condiciones diferenciales de los territorios relacionadas con la oferta de servicios de rehabilitación, la disponibilidad de los profesionales de estas áreas de la salud, así como la misma organización de las RIPSS, es posible que los procesos de rehabilitación sean desarrollados por profesionales de rehabilitación que no se encuentran disponibles en un mismo prestador de servicios de salud y en esta medida, no sea posible establecer equipos multidisciplinarios de rehabilitación.

Para aquellos procesos que solo requieren de la atención por uno de los servicios de rehabilitación, se recomienda establecer y fortalecer mecanismos de comunicación eficientes entre los profesionales de los servicios de rehabilitación que participan en los procesos de rehabilitación y los profesionales que remiten a dichos servicios; para lo cual, la historia clínica y los soportes que de allí se deriven, así como los procesos de referencia y contrareferencia, se convierten en los mecanismo de comunicación y coordinación más eficientes, para documentar los objetivos comunes y el seguimiento sobre los resultados obtenidos con el proceso de rehabilitación para las personas atendidas.

Desde allí se considera fundamental que, en los acuerdos de voluntades establecidos entre los aseguradores y prestadores de servicios, queden concertados los mecanismos de coordinación y comunicación requeridos para alcanzar los objetivos comunes y las metas trazadas en el proceso de rehabilitación de cada persona.

## **8.2 Competencias del talento humano de rehabilitación**

El desarrollo de competencias para el talento humano de rehabilitación debe responder a los nuevos retos y desafíos del sistema de salud, dados por los cambios epidemiológicos, sociales y culturales y las necesidades en salud que deben ser resueltas en los territorios. También debe estar alineado con lo dispuesto en el marco normativo del sector salud.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Desde la Ley 1164 de 2007, están definidas las competencias como:

Actuación idónea que emerge en una tarea concreta, en un contexto determinado. Esta actuación se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes que se expresan en el ser, saber, el hacer y el saber-hacer (Artículo 12) (Congreso de Colombia, 2007).

Por tanto, la competencia se puede entender como la capacidad que tiene el profesional de la salud y en el caso particular, de rehabilitación, de integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes para resolver las situaciones que surjan en el marco de su desempeño profesional y laboral.

El escenario para el desarrollo de las competencias del talento humano en salud y en particular de rehabilitación puede darse en los procesos de formación impartidos por el sector educativo y, a nivel asistencial, en las instituciones de salud donde los profesionales prestan sus servicios. De manera específica, el desarrollo de competencias del talento humano de rehabilitación en el contexto asistencial, como se mencionó, debe responder a las necesidades de la población y a los objetivos del sistema de salud.

A su vez, las competencias deben estar alineadas con el marco estratégico, los objetivos y valores institucionales reconocidos desde cada prestador de servicios donde se encuentren vinculados los profesionales de rehabilitación y tener en cuenta, aquellas funciones y actividades que deben desarrollar estos profesionales para su desempeño profesional y laboral. Algunas de las funciones y actividades están descritas en la Tabla 6, sin detrimento de otras que puedan estar establecidas por los prestadores de servicios de rehabilitación

Tabla 6. Funciones y actividades en los servicios de rehabilitación

Funciones	Actividades
Desarrollar los procedimientos asistenciales relacionados con la implementación del ciclo de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Llevar a cabo los procesos de valoración inicial de las personas que asisten a los servicios de rehabilitación</li><li>• Proponer los planes de intervención concertados con las personas y sus familias para su proceso de rehabilitación</li><li>• Implementar las intervenciones individuales y coordinar, orientar y canalizar a las personas y su familia hacia las intervenciones colectivas y poblacionales recomendadas para el proceso de rehabilitación</li><li>• Realizar los procesos de evaluación final y seguimiento establecidos en el proceso de rehabilitación de las personas</li></ul>
Apoyar en el desarrollo de actividades que aporten a los procesos de gestión y administración requeridos, para el desarrollo de los procedimientos y actividades asistenciales relacionadas con los servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Llevar a cabo el registro de Historia Clínica, consentimiento informado y demás formatos requeridos en los procesos de rehabilitación</li><li>• Apoyar en el desarrollo de los documentos que describen los procesos prioritarios establecidos para los servicios de rehabilitación (procedimientos, protocolos y otros que requiera el prestador de servicios)</li><li>• Aportar a la recopilación de la información que debe ser capturada para el reporte y gestión de los indicadores establecidos por el prestador para los servicios de rehabilitación</li><li>• Orientar a las personas que asisten a los servicios de rehabilitación sobre los procesos administrativos que deben realizar para recibir la atención en los servicios de rehabilitación (autorizaciones de órdenes, asignación de citas, facturación de procedimientos, entre otros)</li></ul>
Participar en espacios de trabajo multidisciplinar y coordinación con profesionales de salud que hacen parte o	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participar en espacios de trabajo en equipo con otros profesionales de salud, para el manejo multidisciplinario de los procesos de rehabilitación cuando esto sea requerido</li></ul>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

apoyan a los servicios de rehabilitación, para la implementación de los procesos de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Documentar la información requerida como mecanismo de coordinación y comunicación con otros profesionales de la salud que apoyan el proceso de rehabilitación de la persona</li><li>• Apoyar en los procesos de gestión de casos requeridos para alcanzar los objetivos de los procesos de rehabilitación de las personas atendidas en estos servicios</li></ul>
Tomar parte en procesos de formación continua, docencia e investigación establecidos en los servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participar en las jornadas de capacitación institucional y en otros procesos de formación continua que aporten a la actualización y desarrollo de competencias para su ejercicio profesional y desempeño laboral</li><li>• Apoyar en los espacios de capacitación institucional para la formación de los profesionales y personal de salud, relacionada con las acciones de rehabilitación</li><li>• Contribuir a la promoción del servicio y el rol profesional difundiendo sus conocimientos y competencias mediante publicaciones, reuniones, prácticas y docencia.</li><li>• Desarrollar funciones de docencia y supervisión de la formación práctica y teórica de los estudiantes cuando estén establecidos acuerdos de docencia – servicio</li></ul>

Fuente: Elaboración propia

Desde lo propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Comisión de Educación Médica, con entidades educativas, académicas y gremiales del área de la salud en el documento denominado “Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades”, disponible en el siguiente enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>, el cual define y describe los perfiles y competencias esperadas para diferentes profesiones que se encuentran al servicio de salud en Colombia, cuya construcción finalizó en el 2016, las competencias pueden ser de dos tipos: transversales y específicas. Las competencias transversales son comunes con los demás profesionales de salud y contribuyen al trabajo multi e interdisciplinar. Estas competencias pueden estar relacionadas con el reconocimiento del contexto, la actuación ética y humanizada, el profesionalismo, la gestión/administración de recursos, la educación/docencia y las relaciones interpersonales.

Por su parte, las competencias específicas permiten ejercer las actuaciones de cada profesión, dentro de un contexto de salud; por tanto, definen lo que el profesional debe ser capaz de hacer en relación con la misionalidad de su profesión. Para su descripción recomiendan como categorías el uso de las intervenciones propias de la salud: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

En este sentido, el conjunto de competencias transversales y específicas determinan lo que debe hacer cada profesional de rehabilitación, en el marco de un equipo multidisciplinario o desde su desempeño individual, para llevar a cabo los procesos de rehabilitación bajo el Modelo de Funcionamiento. Así mismo, debe ser reconocido que el desarrollo de las competencias del talento humano de rehabilitación contribuye al fortalecimiento de la calidad y la pertinencia de la actuación de los profesionales; y aporta a su formación, entendiendo esta, como un factor fundamental para mejorar la respuesta del sistema de servicios a las necesidades en salud de la población colombiana (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016f).

Por lo anterior, para efectos del presente lineamiento se recomienda que los prestadores de servicios, desde los procesos de gestión del talento humano identifiquen y definan las competencias transversales y específicas esperadas para los profesionales que hacen parte de los servicios de rehabilitación considerando su alineación con el marco estratégico institucional. Como apoyo y complementariedad para este proceso, se sugiere consultar el documento “PERFILES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES EN SALUD. Perspectiva

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades”, disponible en el siguiente enlace <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>, donde se encuentran descritos los perfiles y competencias de un amplio grupo de profesiones de la salud, incluidas aquellas relacionadas con los servicios de rehabilitación señalados en el presente lineamiento.

### **8.3 Formación**

#### **8.3.1 Articulación con la Academia**

La preocupación por el desarrollo de recursos humanos para la salud adecuados, disponibles y cualificados para atender las necesidades de salud de la población ha sido parte central de las agendas mundiales, regionales y nacionales en las últimas décadas (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud, 2017).

Como lo señala la Política Nacional de Talento Humano en Salud (MSPS, 2018b), el desarrollo del talento humano está mediado por la relación entre los procesos de formación proporcionados desde el sistema educativo y las condiciones laborales ofrecidas por los prestadores del sector salud, lo cual determina su distribución, desempeño, capacidad resolutive y autonomía. Esto requiere un equilibrio, en el cual el sistema educativo entrega al sistema los profesionales con las competencias adecuadas que permitan atender las demandas del sistema de salud y, este último, a su vez, ofrece las condiciones adecuadas para el desarrollo personal, laboral y profesional.

En este sentido, la formación del talento humano se constituye en un elemento fundamental para garantizar una prestación adecuada de los servicios de salud. Es así como la Ley 1164 de 2007, enuncia una serie de principios para la formación y el desempeño de este grupo: equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, concertación, unidad, efectividad. Dicha Ley señala también, que el Ministerio de Educación Nacional definirá y actualizará los criterios de calidad para otorgar registros calificados y acreditación a programas de formación del campo de la salud en los diferentes niveles. A partir de lo recomendado por el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, definirá y mantendrá actualizados los criterios de calidad, para el registro calificado y acreditación de los programas de formación en el área de la salud.

Al respecto, los programas de formación que se oferten en el área de la salud serán aprobados tras la evaluación de las prácticas formativas desarrolladas en la relación docencia - servicio y según las disposiciones del Decreto 2376 de 2011 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011). En este punto es de señalar que las instituciones prestadoras de salud con presencia territorial y la academia, requieren establecer diálogos para establecer convenios, que permitan a los profesionales de salud en formación, aproximarse a las diferentes realidades circunscritas por diversos factores estructurales y que permiten el reconocimiento de determinantes sociales que median en el logro del derecho a la salud, así como de oportunidades de investigación y de generación de conocimiento.

Respecto a la calidad e idoneidad profesional propuesta por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, es claro que el personal de salud debe ser competente en la prestación de los servicios y la investigación y la educación continua. Al respecto, el papel de la academia y de los colegios profesionales es primordial, en tanto vinculan las demandas de servicios requeridas a partir de los perfiles epidemiológicos, los cambios demográficos del país y las diferentes apuestas del sistema de salud, con el saber teórico, conceptual y práctico de avanzada, derivado de procesos de investigación y diálogo disciplinar.

Finalmente, con miras a fortalecer la presencia de los profesionales de la rehabilitación en las diferentes entidades territoriales, es importante que los prestadores generen una serie de incentivos por medio de convocatorias a difundir a través de la academia y de los colegios profesionales para atraer a este grupo profesional. En este diálogo, es posible

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

también, el surgimiento de propuestas de formación continua y actualización que beneficie a todas las partes.

### **8.3.2 Formación continua del talento humano en rehabilitación**

La línea de acción 8.4 del Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE-, denominada *Talento Humano en Salud*, incluye dentro de sus acciones el “fortalecimiento de las competencias y la capacidad resolutoria del talento humano ya disponible para la implementación efectiva de la plataforma estratégica de la Política de Atención Integral en Salud, centrada en las personas, familias y comunidades, respondiendo a las necesidades en salud de la población, y reconociendo sus potencialidades, a través de acciones de formación” (MSPS, 2019b). Este fortalecimiento es posible mediante el diseño, implementación y evaluación de acciones de formación continua del talento humano en salud, las cuales deben generarse, siempre que sea posible, en el marco del trabajo conjunto entre los actores del SGSSS y las instituciones formadoras de talento humano en salud. Los prestadores de servicios de salud son responsables de satisfacer las necesidades de formación de su propio talento humano.

Se le denomina formación continua a los procesos y actividades permanentes de aprendizaje y entrenamiento, que complementan la formación básica y que permiten al trabajador de la salud desarrollar, fortalecer, complementar y actualizar las competencias propias de cada ocupación, profesión o formación posgraduada. Las acciones de formación continua deben estar dirigidas al desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, habilidades, capacidades, destrezas y competencias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c).

Las acciones de formación continua deben desarrollarse de manera que se promueva el acceso equitativo del talento humano en salud y su desarrollo personal y profesional. A la luz de lo establecido por la Ley 1164 de 2007, las acciones de formación continua dirigidas al talento humano en salud deberán formularse con base en el enfoque de competencias, buscando articular los escenarios de formación con los escenarios de desempeño laboral. Las competencias a ser desarrolladas, fortalecidas o actualizadas deben responder a las necesidades y problemáticas en salud de la población, priorizando aspectos y temáticas que fortalezcan la Atención Primaria en Salud, el enfoque diferencial y la gestión integral del riesgo (Minsalud, 2020).

Además de partir del reconocimiento de las condiciones del contexto y de las necesidades de la población, la implementación de las acciones de formación continua debe responder a las necesidades de formación que identifiquen los prestadores de servicios de salud y otros actores del SGSSS entre su talento humano en salud. Así mismo, deberán fundamentarse en la normatividad y la línea técnica vigentes que desde el nivel nacional y territorial sean expedidas.

Los destinatarios de las acciones de formación continua están, por lo general, vinculados como talento humano de los prestadores de servicios de salud y de otros actores del SGSSS y, en consecuencia, están en contacto con la implementación de los procesos tendientes a la garantía del derecho a la salud. Partiendo de esta base, las acciones de formación continua deberán desarrollarse mediante enfoques, metodologías y estrategias que lleven al aprendizaje significativo y transformativo, que redunde en la adquisición de competencias tendientes al análisis de las realidades con las que interactúan en su diario quehacer y a la transformación de las condiciones de salud de la población a la que dirigen sus acciones.

Estas metodologías y estrategias incluyen ejercicios de simulación, observación, interacción, reflexión y discusión de casos, entre otras. La implementación de las acciones de formación deberá realizarse mediante modalidades, horarios y cronogramas que tengan en cuenta la disponibilidad de tiempo y recursos -tecnológicos, por ejemplo- y las condiciones laborales del talento humano en salud en ejercicio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

En relación con el talento humano en rehabilitación específicamente, las acciones de formación continua deberán estar orientadas al desarrollo, fortalecimiento y/o actualización de las competencias necesarias para el desempeño de las funciones y actividades reseñadas en la tabla 6, incluida en el título 8.2.

A continuación, y a modo de ejemplo, se incluye un listado no exhaustivo de temáticas que podrían contribuir al proceso de desarrollo, fortalecimiento y/o actualización de las competencias en los profesionales de rehabilitación. Sin embargo, cada territorio y cada prestador, en función de sus características y de las necesidades de su población atendida y de su talento humano, podrá ampliar, complementar o modificar dicho listado.

- Rehabilitación con enfoque biopsicosocial
- Atención en servicios de rehabilitación en la baja complejidad
- Herramientas de intervención para la atención integral en salud con enfoque psicosocial
- Enfoque diferencial para la atención en salud de la población con discapacidad
- Mercadeo y venta de servicios de rehabilitación

## **9 Gestión financiera y de recursos para rehabilitación**

Las prestaciones de salud en general, y de los servicios de rehabilitación en particular, tienen como principal escenario para su gestión y financiación, la armonización de los actores del SGSSS, mediante la cual el Estado colombiano busca garantizar el derecho fundamental a la salud, la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y acciones que se desarrollan en el marco del proceso de rehabilitación, es decir aquellas que se enfocan en la solución de las necesidades de las personas en relación con su funcionamiento en la vida diaria.

El esquema del SGSSS se relaciona con la lógica del mercado de seguros, en donde la empresa aseguradora ofrece cubrir riesgos a sus afiliados por contingencias que le generen pérdidas económicas, para el caso de la seguridad social por eventos tales como enfermedades ruinosas, incapacidades temporales o permanentes, entre otros, donde los servicios de rehabilitación y terapias son fundamentales. La afiliación se puede dar en el régimen contributivo a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador, o al régimen subsidiado, que es el mecanismo mediante el cual la población más vulnerable o sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. Si no se encuentra en el régimen contributivo ni subsidiado y tampoco están cubiertos por los regímenes especiales y de excepción, se considerarán no afiliados.

De manera explícita, según la Ley 1122 de 2007, se entiende por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice, el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación de la persona afiliada ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía de la persona (Congreso de Colombia, 2007).

Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por la persona afiliada y cumpla con las obligaciones establecidas, de acuerdo con los mecanismos de protección definidos (Congreso de Colombia, 2015). El aseguramiento en salud, en el esquema del SGSSS, asegura la prestación de servicios asistenciales, procedimientos, actividades, medicamentos e insumos (entre ellos las ayudas técnicas), reglamentados actualmente por la Resolución 2481 de 2020 modificada por la Resolución 0163 de 2021, Resolución 205 y 586 de 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020 y 2021).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Es importante precisar que es el Estado el garante del derecho a la salud, en este contexto el aseguramiento en salud equivale a reducir o eliminar las barreras económicas que un individuo enfrenta para el acceso a la atención en salud, por lo tanto el modelo de aseguramiento en el marco del SGSSS debe garantizar los preceptos de la Ley 100 de 1993 (modificada por la Ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011), en materia sanitaria como garantizar la universalidad en la cobertura, equidad en el acceso y las condiciones de salud de las personas, calidad de los servicios de salud y eficiencia en los mismos.

Ahora bien, es importante definir el rol de las aseguradoras en la Gestión del Riesgo, por ello es necesario precisar el riesgo en términos sanitarios, para ello nos apoyamos en lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública –PDSP-, que concibe el riesgo en salud como:

La probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse (MSPS, 2013, p. 51).

Para gestionar el riesgo se requiere la caracterización de la población, en principio en términos demográficos y epidemiológicos, y de fondo en la configuración de grupos de riesgo “(...) es un conjunto de personas con condiciones comunes de exposición y vulnerabilidad a ciertos eventos que comparten la historia natural de la enfermedad, factores de riesgo relacionados, desenlaces clínicos y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios” (MSPS, 2013, p. 15). Gestión integral del riesgo. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social, junio 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>

En este orden de ideas, en el contexto del aseguramiento, la gestión del riesgo implica la identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, es decir es una caracterización de los afiliados (elementos demográficos, determinantes y frecuencias de uso, perfil epidemiológico, dinámica de la demanda, la tecnología disponible, tipos y grupos de riesgo y composición de costos, entre otros), a efecto de suministrar servicios y tecnologías de salud (acciones individuales, familiares y comunitarias, entre ellas los servicios de rehabilitación y terapias) de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad, esto de acuerdo a lo descrito en el citado documento, implica configurar en el territorio grupos de riesgo para acciones de salud, las cuales se precisa en la Rutas Integrales de Atención en Salud –RIAS-

#### **9.1 Mecanismos de protección para garantizar el derecho fundamental a la salud, en general y los servicios de rehabilitación, en particular.**

De la Ley Estatutaria en Salud del 2015, en su capítulo II “Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud” se desprende que el conjunto de servicios y tecnologías sanitarias autorizadas en el país, de acuerdo a la normativa vigente, deben ser garantizados a las personas usuarias del SGSSS, a través de los mecanismos de protección de este derecho fundamental. En virtud de ello, se han previsto mecanismos para actualizar integralmente y financiar los servicios y tecnologías a los que tienen derecho la población afiliada residente en el país.

Con base en lo descrito en el Decreto 521 de 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020e), los servicios y tecnologías autorizados en el país para la promoción de la salud, el diagnóstico, tratamiento, recuperación, paliación de la enfermedad y las diferentes intervenciones individuales de rehabilitación en el marco del proceso de rehabilitación, se costean con los recursos del aseguramiento en salud que pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y se gestionan mediante los siguientes mecanismos de protección al Derecho:



Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

- 1) Mecanismo de protección colectiva, que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir y reconocer una prima; tal es el caso de la Unidad de Pago por Capitación – UPC y los presupuestos máximos con un mecanismo de protección individual, a través del cual se financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte de la protección colectiva, los cuales son financiados con recursos dispuestos por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Se precisa que las EPS considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, remitirán la información que este último requiera, precisando que en ningún caso el cumplimiento del presupuesto máximo por parte de las EPS, deberá afectar la prestación del servicio.
- 2) Mecanismo de protección individual: servicios y tecnologías no cubiertas con el mecanismo colectivo o que no han sido excluidos, según lo definido en el mecanismo de exclusiones. Son todos los servicios que se deben garantizar por demanda de las personas, y que, en aras del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, se entiende que "salvo lo excluido, lo demás está cubierto". Ello implica que cualquier servicio o tecnología en salud que no esté cubierta por el mecanismo de protección colectiva y que adicionalmente no se encuentre en los criterios de exclusión, se debe gestionar los recursos para su financiación por este mecanismo de protección individual.

Ahora bien, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 define las exclusiones como un procedimiento técnico - científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. Se precisa en este artículo, que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente
- e) Que se encuentren en fase de experimentación
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Además de estos dos mecanismos de protección, de acuerdo a lo definido en el artículo 131 de la Resolución 2481 de 2020, modificada por la Resolución 0163 de 2021, en el ítem que aborda la concurrencia de servicios y tecnologías de salud, a cargo de otras fuentes de financiación, se hace explícito:

Cuando se identifiquen casos de financiación parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), y en general, con los contenidos financiados por otras fuentes, el servicio o tecnología de salud deberá ser asumido por dichas fuentes de financiación de conformidad con la normatividad vigente (MSPS, 2019e).

Lo anterior implica identificar otros planes de beneficios, con los cuales es posible financiar servicios y tecnologías de salud, entre ellos lo pertinente a servicios de rehabilitación, terapias y ayudas técnicas. Con base en lo anterior, hacen parte de estos otros mecanismos de protección los siguientes:

- 3) Plan de Intervenciones Colectivas (PIC): el cual comprende un conjunto de intervenciones colectivas y acciones individuales de alta externalidad que generan beneficio colectivo e impacto social. Dentro de la complementariedad



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

exigida por el SGSSS entre el Plan de Intervenciones Colectivas y el Plan de Beneficios en Salud, la Resolución 518 de 2015, definen las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser incluidos en el Plan Territorial de Salud y en los Planes de Acción en Salud municipales, para el desarrollo de las acciones en salud pública territoriales (MSPS, 2015d)

- 4) Planes Complementarios de Medicina Prepagada: Es aquel que incluye coberturas asistenciales complementarias garantizando más comodidad, un amplio portafolio de opciones y mayor oportunidad. Según el artículo 37, de la Ley 1438 de 2011, los planes voluntarios de Salud se definen de la siguiente manera:

Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del SGSSS (...) (Congreso de Colombia, 2011).

- 5) Riesgos laborales: Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral serán reconocidas y pagadas por la Administradora de Riesgos Laborales en la cual se encuentre afiliado el trabajador en el momento de ocurrir el accidente de trabajo o, en el caso de la enfermedad laboral, en el momento de requerir la prestación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017b).
- 6) Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT-: El SOAT es un seguro que garantiza los recursos para la atención integral de las víctimas de accidentes de tránsito. Cubre a todas las personas que sufran lesiones en un accidente, de acuerdo con las coberturas establecidas por ley, que incluyen: gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios; indemnización por incapacidad permanente; indemnización por muerte y gastos funerarios, y gastos de transporte y movilización de las víctimas desde el lugar del evento a la institución que realice la atención inicial. Es importante precisar que cuando se supera el tope de la cobertura de gastos médico quirúrgicos de la póliza (800 SMDLV), la atención de las personas debe continuarse por parte de las EPS, financiándose con recursos de la UPC o de presupuesto máximo, según corresponda. Adicionalmente, en virtud de lo señalado en el artículo 106 del Decreto 2106 de 2019, las EPS recibirán una prima para garantizar el transporte y la atención en salud de las víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no asegurados por el SOAT o no identificados, norma que actualmente se encuentra en proceso de reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- 7) Plan de beneficios de los Regímenes Especiales: El régimen Especial o de excepción en salud es aquel sistema de seguridad social que ofrece cobertura a regímenes exceptuados, es decir, a aquellos sectores de la población que siguen rigiéndose por las normas de seguridad social concebidas con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, algunos casos son: Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ecopetrol. Magisterio (Docentes). Universidades Públicas (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

En concordancia con lo establecido en la citada Ley Estatutaria en Salud, los servicios y tecnologías sanitarias deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. De esta manera, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio sanitario específico en desmedro de la salud de la persona, entendiendo que esta comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica diagnosticada.

9.2 Prestación de servicios de salud en los procesos de rehabilitación y su relación con los mecanismos de protección en el contexto del SGSSS

La definición de las fuentes de financiación y de recursos para los procesos de rehabilitación, en principio se debe gestionar a través de los siete (7) mecanismos de protección y de acuerdo a lo definido en el procedimiento de exclusiones, descritos en el anterior ítem. Con base en lo definido en los componentes de prestación de los servicios de rehabilitación y el componente rehabilitación e intervenciones en salud pública, se precisan las modalidades de prestación de servicios de rehabilitación y sus potenciales fuentes de financiación de acuerdo con los mecanismos de protección enunciados.

Tabla No 7. Identificación de mecanismos de financiación de los servicios y tecnologías de salud que se prestan en las diferentes modalidades de procesos de rehabilitación.

MECANISMO DE FINANCIACIÓN Y PROCEDIMIENTO DE EXCLUSIONES		1. Mecanismo de Protección Colectiva (Ex ante) Mancomuna Riesgos Individuales		2. Mecanismo de Protección Individual (Por demanda)	3. Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	4. Planes Complementarios de Medicina Prepagada	5. Riesgos Laborales	6. Seguro obligatorio de Accidentes de Tránsito y eventos catastróficos	7. Plan de beneficios de los regímenes especiales	Procedimiento de exclusiones
Servicios y tecnologías de salud que se prestan en Rehabilitación		Servicios y Tecnologías financiados UPC (Plan de Beneficios en Salud)	A través de los presupuestos máximos (No UPC)	Servicios y Tecnologías no cubiertas con el mecanismo colectivo (No han sido excluidos)						Se excluyen de la financiación del SGSSS. Criterios artículo 15 Ley 1751 /15.
Rehabilitación en modalidad intramural intrahospitalaria	Su objetivo es la minimización de los efectos, directos o indirectos, de una condición de salud sobre el funcionamiento de una persona que se encuentra hospitalizada. Debe ser provista por equipos multidisciplinares.	X				X	X	X	X	
	Referencia RHB baja, mediana o alta complejidad	X	X	X		X	X	X	X	X
Rehabilitación en modalidad intramural ambulatoria	El usuario asiste a la sede del prestador periódicamente para recibir un número determinado de sesiones terapéuticas, con una duración limitada en el tiempo.	X	X	X		X	X	X	X	X
Rehabilitación en la modalidad extramural	Modalidad extramural domiciliaria	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Modalidad extramural jornada de salud y unidad móvil	X			X	X	X	X	X	
Rehabilitación en Modalidad Telemedicina	Telemedicina interactiva (sincrónica)	X	X	X		X	X	X	X	X
	Telemedicina no interactiva (asincrónica).	X	X	X		X	X	X	X	X
	Telexperticia	X	X	X		X	X	X	X	X
AYUDAS TÉCNICAS	Prótesis ortopédicas internas	X	X	X		X	X	X	X	X
	Prótesis ortopédicas externas	X	X	X		X	X	X	X	X
	Prótesis de otros tipos	X	X	X		X	X	X	X	X
	Ortesis ortopédicas	X	X	X		X	X	X	X	X
	Estructuras de soporte para caminar	X	X			X	X	X	X	
	Sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos. Otros excluidos					X	X	X	X	X
Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS		X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

Los servicios de rehabilitación de modalidad intramural intrahospitalaria (rehabilitación temprana), que incluye las acciones descritas en la tabla No 7, en un gran porcentaje están financiadas, para los afiliados que lo requieran, por el mecanismo de protección colectiva, que de acuerdo a lo definido por la Resolución 2481 de 2020, modificada por la Resolución 0163 de 2021, en su capítulo II *“Recuperación de la salud”*, artículo 22, precisa que:

(...) los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC incluyen las tecnologías en salud y los servicios contemplados en el presente acto administrativo para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las enfermedades, condiciones clínicas y problemas relacionados con la salud de los afiliados de cualquier edad o género, articulado con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS), según los lineamientos de política pública vigentes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020e)

De otra parte, los servicios y tecnologías de rehabilitación que incluyen la atención en salud con internación, así como los servicios de rehabilitación de modalidad Intramural ambulatorio, pueden ser financiados con otros mecanismos de protección, si la causa de la contingencia en salud es de origen laboral, por accidente de tránsito o incluso si el afiliado está cubierto por un plan complementario de medicina prepagada, tal como está representado en la anterior tabla.

Es importante puntualizar que se requiere que dichos servicios y tecnologías en salud sean prescritos por el profesional de la salud tratante, en los servicios y unidades habilitadas para tal fin, según la normatividad vigente. Los diferentes planes deben garantizar integralidad y continuidad en las prestaciones de estos servicios de rehabilitación y terapias.

De otra parte, cuando se activa el sistema de referencia y contrarreferencia para procesos de rehabilitación que impliquen servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, es probable que algunos de ellos no estén cubiertos por el mecanismo de protección colectiva, es por ello que se deben gestionar a través del mecanismo de protección individual, siempre y cuando, estas atenciones en rehabilitación y ayudas técnicas no estén excluidos, en el marco del Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Tanto los procesos de rehabilitación de modalidad extramural domiciliario, como los Ambulatorios de telemedicina (telerehabilitación) su principal fuente de financiación se realiza a través de la gestión del mecanismo de protección colectiva, sin embargo, es viable que se pueda gestionar a través de los otros siete mecanismos de protección referenciados en la tabla No 7.

Mención especial tienen los servicios de rehabilitación y terapias de modalidad extramural, específicamente jornada de salud y unidad móvil, que son financiados básicamente a través del Plan de Intervenciones Colectivas –PIC-. Algunas acciones y servicios de salud, de esta modalidad extramural, se pueden financiar, de forma complementaria a través de mecanismo de protección colectiva, medicina prepagada o incluso en planes de beneficios de regímenes especiales.

Ahora bien, se define como tecnología de salud las actividades, intervenciones, insumos, medicamentos, dispositivos y procedimientos usados en la prestación de servicios de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte con los que se presta esta atención en salud en general y de rehabilitación en particular. En este contexto se precisa, respecto a los dispositivos médicos, y en concreto de las ayudas técnicas, que tanto las prótesis como las órtesis ortopédicas, de los procedimientos financiados con la UPC, que tales ayudas técnicas se deben financiar con recursos del mecanismo de protección colectivo (servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC).

De acuerdo a lo que se presenta en la tabla No 7, si el procedimiento que se realiza requiere ayudas técnicas, y el origen de la patología que demanda tanto el procedimiento como la ayuda técnica, corresponde a otros planes, tales como medicina prepagada, regímenes especiales, planes complementarios, riesgo laboral y SOAT, deben ser financiados con los

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

recursos de dichos planes. En síntesis, dependiendo de la causa que genere la disfunción / alteración física, que requiere un proceso de rehabilitación con utilización de ayudas técnicas, se define la fuente de financiación de los mismos.

Dado que existen ayudas técnicas excluidas de la financiación con recursos de la UPC, se identifican fuentes de financiación alternas, una primera posibilidad se da a través de los presupuestos máximos, pudiendo ser prescritas por medio de la herramienta del MIPRES - Resolución 2481 de 2020, Capítulo V, artículo 60. (MSPS, 2020e). De otra parte, las Entidades Territoriales cuenta con los recursos establecidos mediante la Ley 1530 de 2012, en su artículo 22 y 23, con los recursos del Sistema General de Regalías -SGR- se pueden financiar proyectos de inversión y la estructuración de proyectos, como componentes de un proyecto de inversión o presentados en forma individual (Congreso de Colombia, 2012).

Los Entes Territoriales, pueden presentar solicitud de financiación para estructuración de proyectos, la iniciativa debe acompañarse de su respectivo perfil, siendo posible gestionar proyectos para financiar ayudas técnicas (Congreso de Colombia, 2020). Los proyectos susceptibles de ser financiados con los recursos del Sistema General de Regalías deben estar en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y los planes de desarrollo de las entidades territoriales, así como cumplir con el principio de Buen Gobierno y con las siguientes características: Pertinencia, Viabilidad, Sostenibilidad, Impacto, Articulación con planes y políticas nacionales de las entidades territoriales, de las comunidades Indígenas, Negras, Afrocolombianas, Raizales y Palenqueras, de las comunidades Indígenas y del pueblo ROM o Gitano de Colombia.

Todos los proyectos que soliciten recursos del SGR deben estar formulados con la Metodología General Ajustada (MGA) la cual es una herramienta informática en la que se registra de forma ordenada la información de la formulación de un proyecto.

De otra parte, las Entidades Territoriales, pueden constituir Banco de Productos de Apoyo, a través de un acto legislativo municipal, mediante el cual se crea el Banco de Ayudas Técnicas con el objetivo de contribuir a la movilidad y calidad de vida de las personas que se encuentran en situación de discapacidad. Entre otros, las ayudas técnicas corresponden a sillas de ruedas, cojines, colchonetas antiescaras, camas hospitalarias, audífonos, kit visual, calzado ortopédico y sillas sanitarias, etc.

Finalmente en la tabla No 7, se relacionan las fuentes de financiación y de recursos para los servicios de rehabilitación y terapias en el contexto de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS-, las cuales en principio son responsabilidad de su implementación, gestión y financiación a través del mecanismo de protección colectivo, es decir las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio –EAPB-, a través de este mecanismo, deben garantizar los servicios y tecnologías, relacionadas en las RIAS, bien sea que se financien con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC-, o con cargo al presupuesto máximo.

En el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud –MIAS- y del Modelo de Acción Integral Territorial –MAITE, (MSPS, 2016g; MSPS, 2019b) es importante precisar que el centro de la atención en salud son las personas, por lo tanto, las Entidades Territoriales deben armonizar las acciones poblacionales, colectivas e individuales a través de garantizar la implementación de las RIAS:

Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS—definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. Ordenan la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones/intervenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de: i) Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades, ii) Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y iii) Acciones de

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. (Rutas integrales de atención en salud – RIAS. Ministerio de Salud y Protección Social, Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>).

En la medida que las RIAS integran los tres tipos de acciones, citadas en el anterior párrafo, debe existir una complementación de los ocho mecanismos de protección referenciados.

**9.3 Entidades territoriales: Gestión financiera para la rehabilitación en las intervenciones en salud pública y la gestión intersectorial**

El proceso de asignación presupuestal para la financiación de las acciones de salud pública, contenidas en el SGSSS, en las políticas y en los lineamientos nacionales para ser desarrolladas por los Entes Territoriales, se soportan para su gestión con la fuente de financiación del Sistema General de Participaciones –SGP-, el cual es esencial para el funcionamiento del sector público, especialmente, en educación, saneamiento básico y salud.

Las prestaciones de salud en general, y de los servicios de rehabilitación en particular, tienen como principal escenario para su gestión y financiación, la armonización de los actores del SGSSS, ello implica que los Entes Territoriales gestionen el cumplimiento de lo enmarcado en las políticas y lineamientos nacionales frente a las acciones en salud pública territoriales, en este proceso la planeación integral se convierte en eje central. Resulta fundamental lo normado en la Resolución 1536 de 2015, para definir aspectos de la planeación a cargo de las entidades territoriales y las obligaciones de las EAPB con el fin de contribuir a la ejecución de las acciones en salud. Como obligaciones de las EAPB definidas mediante esta resolución, estas entidades de manera articulada con sus IPS, deberán desarrollar e implementar estrategias de demanda inducida para garantizar la realización de las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, de manera articulada con las entidades territoriales municipales (MSPS, 2015c).

(...) Dentro de la complementariedad exigida por el SGSSS entre el PIC y el PBS, la Resolución 518 de 2015, define frente a la financiación de las acciones del PIC y el uso de los recursos contenidos en la Subcuenta de Salud Pública Colectiva que, las entidades territoriales por ninguna razón podrán financiar con estos recursos las actividades que se encuentran cubiertas por el PBS, ni el talento humano que las desarrolla, (MSPS, 2015d; Sierra, 2019).

Adicionalmente en la Resolución 518 de 2015, se definen las intervenciones, procedimientos, actividades e insumos a ser incluidos en el Plan Territorial de Salud –PTS- y en los Planes de Acción en Salud municipales, para el desarrollo de las acciones en salud pública territoriales.

En la medida que tanto en los PTS como en los PAS municipales, se establezcan las necesidades y las respectivas metas y objetivos en relación a la rehabilitación, además de priorizar grupos poblacionales para realizar gestión, que implique servicios de rehabilitación, terapias y ayudas técnicas, que posibiliten superar las necesidades identificadas, es viable destinar recursos tanto de SGP como otras fuentes, que concreten en el contexto municipal canalizar recursos propios de los Entes Territoriales (municipios y departamentos) y de otros sectores para hacer realidad las acciones e intervenciones intersectoriales, que en principio se presentan en la tabla No 8.

**Tabla 8. Identificación de actores, activación de Rutas y nichos de mercado de competencia Intersectorial, para diseño, implementación y fortalecimiento de los servicios de rehabilitación, en Colombia. 2021.**

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

ARTICULACION ACTORES INTERSECTORIALES		ACTIVACION DE RUTAS / MERCADOS		NICHOS DE MERCADO REHABILITACIÓN	
OTRAS ENTIDADES Y SECRETARIAS MUNICIPALES, DEPARTAMENTALES Y NACIONALES  AGENCIAS INTERNACIONALES	Desarrollo Social	Atención Integral PcD (Ley Estatutaria 1618 de 2013)		Rehabilitación estrategia intersectorial	Registro para la Localización y Caracterización de Personas con discapacidad (RLCPD)
	Gobierno y otros despachos				Rehabilitación en salud dentro de la rehabilitación integral para las personas con discapacidad.
	ICBF	Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI)			Rehabilitación física como aporte a la rehabilitación como medida de reparación para víctimas del conflicto armado.
	MinSalud				Rehabilitación en procesos de atención a víctimas de violencias.
	Coldeportes y Entidades de deporte y recreación.	Programa de Atención Integral al adulto Mayor. Programas Geriátricos			Rehabilitación como aporte a las acciones de enfermedades crónicas
	Desarrollo Social				Rehabilitación para la atención de adulto mayor.
	MinSalud / MinJusticia	Programas Salud Mental	Rehabilitación en la política de salud mental.		
	Planeación (Bancos COVID)	Iniciativas y programas Emergencia Sanitaria por Pandemia	La rehabilitación física post pandemia		
	Agencia Renovación del Territorio	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial -PDET-, como respuesta del sector salud frente a la construcción de la paz. Decreto 899 de 2017			Componentes de carácter transversal: el esquema de recursos de inversión y fuentes de financiación y sostenibilidad de proyectos a través de participación comunitaria.

Fuente: Elaboración propia

Un análisis de la oferta /demanda de servicios sanitarios permite a las Entidades Territoriales dimensionar los procesos y procedimientos, para definir estrategias de atención bajo las diferentes modalidades descritas en el componente de prestación de servicios de rehabilitación de este documento, que sean pertinentes para cada territorio, ello implica definir el alcance y responsabilidades de las EAPB que operen en el territorio, con la aplicación del Modelo Integral de Atención en Salud, en el caso que nos ocupa lo relacionado con servicios de rehabilitación.

En este ejercicio de análisis de oferta / demanda para establecer déficits y brechas para la concreción de un modelo de atención integral, donde se garantice el derecho a la salud con atributos como la accesibilidad, la calidad, la pertinencia y la resolutividad, entre otros, es clave el ejercicio de la Autoridad Sanitaria desde las competencias de la Entidad Territorial, es decir el ejercicio de su función rectora de la prestación del servicio en el territorio, de manera que posibiliten la apropiada interacción de la gestión de riesgos individuales a través del aseguramiento , con la gestión de los riesgos colectivos y determinantes en salud a través del Plan de Intervenciones Colectivas, la gestión intersectorial y las políticas públicas en el territorio.

En la tabla No 8 se presenta, en principio nueve (9) nichos de mercado de Rehabilitación desde un abordaje intersectorial, en donde es clave la definición de portafolios de servicios de las acciones individuales, colectivas y poblacionales, además de los servicios de terapias, insumos y ayudas técnicas que se ofertaran a la luz de los diferentes programas identificados, donde los prestadores de servicios de salud deben activar las diferentes rutas de atención integral.

10 Información para la Rehabilitación

A partir de la premisa que la información es importante como insumo para el análisis que hace posible orientar la toma de decisiones para la implementación y fortalecimiento del sistema de salud, es necesario identificar la rehabilitación como un componente de atención integral en salud sobre el cual se dispone de diversas fuentes de información.

En la figura 4, se observa la información como uno de los componentes fundamentales del sistema de salud que interactúa con los demás a través de la posibilidad de sustentar la toma de decisiones para la implementación de políticas y orientar el aprovechamiento de los recursos (técnicos, humanos y financieros) en función de las personas (Savigny, Adam, Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. 2009).

Figura 4. Interconexiones entre los componentes básicos del sistema de salud



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”



Fuente: Savigny et al., 2009.

Para las autoridades en salud en todos los niveles de decisión nacional o territorial, es fundamental contar con información que les permita tomar decisiones para responder las necesidades de sus poblaciones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020a). En ese sentido, para la rehabilitación se ha de considerar todo aquello que en términos de datos generales resulte pertinente en el marco de los sistemas de información existentes:

- Información de las condiciones de salud de la población y las necesidades de rehabilitación relacionadas con las mismas
- Disponibilidad de los servicios de rehabilitación en el territorio y su uso.
- Datos sobre los resultados de las intervenciones de rehabilitación en la población usuaria de los servicios de salud.

Se sabe que el análisis de la información conduce hacia la oportunidad de realizar un diagnóstico de la situación de rehabilitación que a su vez contribuye a la toma fundamentada de decisiones para la implementación y/o fortalecimiento de los servicios de rehabilitación en el territorio (medicina, fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología); por lo que en ese sentido es útil conocer todas las herramientas relacionadas con la recolección y análisis de datos, interpretación de información y generación de resultados de las condiciones de salud de la población que se encuentran al alcance (Bernal y Forero, 2011).

Bajo ese entendido, la disponibilidad de fuentes de datos aprovechables (Base de Datos Única de Afiliados BDUA, Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, DANE) para el análisis de la situación de la rehabilitación en el territorio, es fundamental en términos de la planeación tanto estratégica como operativa de las acciones que pueden realizarse en el marco del SGSSS (MSPS, 2015c). La planeación integral es uno de los procesos administrativos en salud, a partir del cual se pretende alcanzar un objetivo y generar utilidad tanto social como económica en función del uso óptimo de los recursos. Bajo ese entendido, la administración en salud que se realiza de manera planificada a partir del uso de la información, comprende dentro de sus funciones básicas: la organización, el direccionamiento, el seguimiento y la evaluación (MSPS, 2016b).

Dentro de las acciones de planeación estratégica en rehabilitación a partir del uso de información se cuentan entre otras:

- El estudio de viabilidad financiera con base en los datos de población, necesidades de salud reales y potenciales, necesidades de rehabilitación, servicios del sistema, cobertura, desempeño, poblaciones de alto riesgo, vulnerables o que tiene grandes necesidades de cuidado, asignación de recursos y contratación de profesionales de rehabilitación.

Como parte de las acciones de la planeación operativa se tienen:

- Programación de la agenda,
- Definición de Intervenciones de Rehabilitación a realizar con base en las necesidades de rehabilitación identificadas en la población,

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- Actividades en rehabilitación de tipo individual y colectivo para grupos poblacionales específicos (niños, jóvenes, adultos, mujeres embarazadas) por curso de vida y condición de salud específica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007b).

#### **10.1 Recopilación de datos e información en rehabilitación en los servicios**

Con el propósito de generar información confiable para la rehabilitación en Colombia, se requiere de la observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de las condiciones de salud y sus tendencias en la población. Esto se hace posible al utilizar las herramientas existentes en el marco normativo del sistema de salud, que actualmente son implementadas como parte del seguimiento a la prestación efectiva de las atenciones y adicionalmente constituyen el soporte del proceso de la gestión administrativa en salud.

A este nivel, la importancia sobre el proceso de la recolección y análisis de la información respecto de la situación de rehabilitación se constituye entonces por tres componentes prácticos:

- La recolección sistemática de los datos relacionados con las condiciones de salud prevalentes en la población, el registro y la transmisión de los datos.
- La comparación e interpretación de los datos respecto de las necesidades prioritarias de rehabilitación con el fin de generar información sobre las intervenciones a implementar.
- La identificación de los resultados obtenidos en la población a partir del desarrollo de intervenciones tanto individuales como colectivas de rehabilitación (Ministerio de la protección Social, 2006).

#### **10.2 Utilización de datos e información disponible para identificar prioridades**

Al mejorar la utilización local de datos del sistema de información para la gestión en salud, se logra el mejoramiento en la prestación de servicios y la reducción de costos derivados de la facilidad de acceso a la información por parte de los profesionales de la salud y los ciudadanos.

La Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) establece la responsabilidad del Ministerio de Protección Social respecto del establecimiento de un sistema de información para todos los actores. Adicionalmente, establece que el sistema de información debe estar integrado por los sistemas del Ministerio de Protección Social, Registraduría Nacional del Estado Civil, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Dirección de Aduanas e Impuestos Nacionales, el SISBEN y las EPS (Congreso de Colombia, 2011).

Es así como el análisis de información para la situación de rehabilitación se encuentra disponible en Colombia a través de la consulta de fuentes de información que tienen como insumo para su construcción el sistema de información en salud conocido como SISPRO. A continuación, se enuncian las principales fuentes que pueden ser consultadas para el análisis de información de las necesidades en rehabilitación en el territorio (Bernal y Forero, 2011):

- **ASIS:** es una metodología para el Análisis de Situación de Salud que facilita la identificación y la explicación de las condiciones de salud y de enfermedad, generando información pertinente para la formulación de políticas y la planificación en salud. Las entidades territoriales (ET) departamentales en Colombia lo implementan anualmente, siguiendo los lineamientos que ha establecido el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) desde el año 2013 para su construcción y divulgación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). Su uso como fuente de información permite mejorar las capacidades territoriales desde una perspectiva de identificación de los determinantes sociales de la salud (DSS).



Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

- **RIPS:** los Registros Individuales de Prestación de Servicios – RIPS – corresponden a los datos de las atenciones realizadas en los servicios de salud por parte de los prestadores de servicios. Su uso como fuente de información permite evidenciar:
  - Las condiciones de salud de la población a partir de los motivos de consulta y relacionar las posibles necesidades de rehabilitación de la población a partir de la clasificación por grandes causas: *Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT), Enfermedades y/o Trastornos asociados a la Salud Mental, Enfermedades Transmisibles (ET), Lesiones de Causa Externa.*
  - Los resultados de las intervenciones de rehabilitación en la población usuaria de los servicios de salud en términos de su efectividad.
  - La estadística de la prestación, uso y financiación de los servicios de rehabilitación (Ministerio de la Protección Social, 2002).
- **REPS:** el Registro Especial de Prestadores de Servicios registra la información de los prestadores habilitados para la prestación de servicio y es responsabilidad de los entes territoriales. Su uso como fuente de información permite evidenciar la disponibilidad de los servicios de rehabilitación en el territorio dentro de la Red de Prestadores de Servicios de Salud y la habilitación de los servicios de rehabilitación que se encuentren en funcionamiento a nivel municipal y departamental en el territorio nacional (MSPS,2016d).
- **BDUA:** la Base de Datos Única de Afiliados "es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Regímenes de Excepción y Especiales y entidades prestadoras de Planes Voluntarios de Salud). Esta se rige bajo el marco normativo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 4622 de 2016, por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social" (ADRES, 2021). Su uso como fuente de información permite evidenciar la condición de aseguramiento en salud de la población e identificar su régimen de afiliación al SGSSS (Bernal y Forero, 2011).
- **RLCPD:** el Registro de personas con discapacidad es una base de datos en la que se encuentran registradas las personas con algún tipo de discapacidad que son reportadas por las gobernaciones. Su uso como fuente de información permite identificar la población de alto riesgo, vulnerables o que tiene grandes necesidades de cuidado y rehabilitación dentro del territorio.
- **SIVIGILA:** El Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública. Los eventos en salud son el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad (enfermedad, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes).

Otras importantes fuentes de información son los Censos y encuestas y el registro de estadísticas vitales manejados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-.

### 10.3. Implementación de estudios sobre necesidades de rehabilitación en el Territorio

Esta modalidad orientada a la toma de decisiones y el fortalecimiento de la rehabilitación requiere un esfuerzo mayor, así como la disponibilidad de recursos (técnicos y financieros) para el levantamiento de la información de las condiciones de salud y las necesidades de

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

rehabilitación en la población habitante del territorio bajo una metodología de tipo censal que incluye grosso modo las siguientes actividades:

1. <b>Determinación del ámbito del estudio</b>	Caracterización de necesidades de rehabilitación de la población
2. <b>Determinación de los objetivos del estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Caracterización sociodemográfica del territorio</li><li>· Condiciones de salud de la población</li><li>· Sistema General de Seguridad Social</li><li>· Formulación de estrategias para la implementación o fortalecimiento de los servicios de RHB</li></ul>
3. <b>Selección de variables, categorías o indicadores del estudio</b>	<p>Categorías de análisis:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>· Descripción del territorio</li><li>· Descripción sociodemográfica</li><li>· Aseguramiento</li><li>· Red de prestadores</li><li>· Condición de salud</li><li>· Percepción del uso de los servicios de RHB</li><li>· Salud pública</li></ul>
4. <b>Determinación del marco muestral</b>	Definición de metodología y tamaño de muestra
5. <b>Diseño del cuestionario</b>	Construcción y/o validación de instrumentos para registro y toma de información en el territorio
6. <b>Realización de trabajo de campo</b>	Organización del trabajo en campo, teniendo en cuenta contexto del territorio, articulación con actores clave del municipio.
7. <b>Construcción de la base de datos</b>	Contar con un proceso de sistematización de la información, con calidad y veracidad para triangulación de la información
8. <b>Análisis de datos</b>	Triangulación de la información obtenida a través de instrumentos propios y de fuentes secundarias disponibles
9. <b>Redacción del informe final</b>	Informe final con conclusiones y recomendaciones para la implementación y/o seguimiento de los servicios de rehabilitación en el territorio

Su uso como fuente de información permite identificar los determinantes relacionados con las condiciones de salud, condiciones ambientales y los factores personales que se relacionan con las características funcionales de la población habitante en el territorio, además de sus necesidades reales y potenciales de rehabilitación (MSPS, 2013).

Los resultados obtenidos del desarrollo del estudio pueden contribuir a orientar el desarrollo de políticas y servicios de rehabilitación con base en la estimación de las necesidades de rehabilitación de la población según:

- la distribución de condiciones de salud y funcionamiento de las personas,
- información de acceso a los servicios de rehabilitación,
- identificación de barreras ambientales (OMS, 2020a).

10.4 Necesidades para el fortalecimiento del análisis de información sobre la situación de rehabilitación

De manera general se requiere fortalecer las capacidades humanas, económicas y técnicas en los departamentos y municipios para incluir el análisis de las necesidades en rehabilitación como parte de los ASIS; para lo cual se propone continuar mejorando bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud el acceso oportuno y actualizado a la información indispensable desde el sistema de información SISPRO (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Promover el uso de los resultados del análisis de situación en rehabilitación como parte de la planeación territorial y las políticas de salud, a través de la disponibilidad oportuna de sus resultados en la fase de formulación de las decisiones políticas a nivel local.

**11 Monitoreo y Evaluación**

Considerando que, a través del presente Lineamiento, la planeación de acciones para el fortalecimiento de la gestión territorial en rehabilitación, en el sector salud, debe ser parte de los Planes Territoriales de Salud, el monitoreo y evaluación de esta gestión dará cuenta del avance en el cumplimiento de actividades formuladas en el Plan de Acción en Salud, y de la evaluación anual y cuatrienal del desempeño de la gestión integral en salud.

En este sentido, este documento toma como referencia la Guía de acción para la rehabilitación en los servicios de salud de la OMS (OMS, 2020a), dirigida a países con sistemas de salud similares al nuestro y organizada en torno a cuatro fases fundamentales que contribuyen al acceso efectivo de la población a los servicios de rehabilitación; una de ellas está dirigida específicamente al monitoreo, por medio del “Menú de indicadores de Rehabilitación” como instrumento que complementa la Guía y orienta la medición efectiva de los resultados esperados (Organización Mundial de la Salud, 2020b).

Por esto se propone emplear algunos indicadores de este Menú, teniendo en cuenta sus criterios de selección, la versatilidad de aplicación a nuestro sistema y la concepción de la medición, relacionada con el proceso de rehabilitación. Los indicadores se eligieron a partir de criterios que aseguran su medición, así: i) Ajuste a la realidad del sistema de salud; ii) Facilidad en la identificación de las fuentes de información; iii) Favorecimiento en la toma de decisiones; y iv) Mejora continua, que permiten conocer los niveles de responsabilidad de los actores y hacen posible su medición.

Monitoreo y evaluación tienen como meta hacer seguimiento al logro de los objetivos propuestos para los componentes que integran el documento de lineamientos en los niveles nacional, departamental y municipal; asimismo, involucra actores del SGSSS responsables de la prestación de servicio de rehabilitación y la gestión territorial. Dadas las condiciones anteriores, los indicadores se eligieron teniendo en cuenta: i) La inclusión del proceso de rehabilitación en los PTS; ii) Los servicios de rehabilitación en la baja complejidad de los servicios de salud; iii) La oportunidad en los servicios de rehabilitación, como indicador de calidad; y iv) La disponibilidad de talento humano de rehabilitación con herramientas para la atención.

Como complemento al seguimiento de los actores, y teniendo en cuenta el rol que tiene el asegurador en la implementación de los lineamientos, se propone que en el plan de acción se haga seguimiento específico a las EAPB, siguiendo su desempeño en lo referente a: i) La inversión de recursos en la prestación de servicios de rehabilitación y en la entrega de ayudas técnicas incluidas en el PBSUPC y en los presupuestos máximos de las EAPB, y ii) La gestión para la inclusión de los servicios de rehabilitación en las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Dicha información deberá hacer parte de los reportes anuales de gestión de las EAPB.

**11.1 Indicadores**

A continuación, se presenta el conjunto de indicadores para el establecimiento de metas y el reporte de avances, en función de los objetivos trazados para el fortalecimiento de la capacidad de los actores del sector salud, para la implementación del proceso de rehabilitación, como parte integral del continuo de la atención en salud. Los indicadores se fundamentan parcialmente en la propuesta de Rehabilitación en los servicios de salud guía de acción de la OMS 2020 (OMS, 2020a).

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

La siguiente tabla muestra la relación que existe entre actores estratégicos que interactúan en el proceso de rehabilitación y los indicadores con los que se pretende medir la implementación de lineamientos.

Tabla 9. Indicadores para el monitoreo y evaluación de la implementación del proceso de rehabilitación, actores y responsabilidades.

Indicador	Nación	Departamento	Municipio	EAPB	ESE-IPS	Categoría
Proceso de Rehabilitación incorporado en los Planes Territoriales de Salud	-Ofrece línea técnica a los departamentos sobre la incorporación de la rehabilitación en los PTS  - Hace seguimiento a la incorporación del proceso de rehabilitación en los departamentos y distritos  Hace Seguimiento de la caracterización de las EAPB	-Incorpora la rehabilitación en sus PTS departamental  - Ofrece línea técnica a los municipios sobre la incorporación de la rehabilitación en los PTS  -Hace seguimiento a la incorporación del proceso de rehabilitación en los municipios  Ofrece línea técnica a las ESE e IPS (habilitación de servicios, consecución de recursos)	-Incorpora la rehabilitación en sus PTS.	-Contribuye con la caracterización de la población para la construcción de los Planes Territoriales de salud.	Ninguna	Insumo proceso
Actividades de RBC incluidas en los Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)	-Ofrece línea técnica a los departamentos sobre la incorporación de actividades de RBC en los PIC - Hace seguimiento a la incorporación de actividades de RBC en los PIC	-Ofrece línea técnica a los municipios sobre la incorporación de actividades de RBC en los PIC  - Hace seguimiento a la incorporación actividades de RBC en los PIC municipales	Incorpora actividades de RBC en su PIC municipal	Favorece la implementación de las actividades de RBC con su población	-Implementa las acciones de RBC según lo estructurado en el PIC. -Genera reportes para verificar el avance en la implementación de las actividades del PIC	Insumo proceso
Servicios de rehabilitación en hospitales de baja complejidad (SRBC)	-Ofrece línea técnica a los departamentos sobre (SRBC)  - Hace seguimiento a la apertura de (SRBC)	-Ofrece asistencia técnica a ESE e IPS sobre (SRBC)	Ninguna	-Favorece las condiciones para la prestación de servicios de rehabilitación en sus RIPSS en el marco de la garantía de derechos	Habilita y/o fortalece los servicios de rehabilitación en la baja complejidad	Producto
Oportunidad en los servicios de rehabilitación de la mediana y baja complejidad	-Ofrece línea técnica a los departamentos sobre el indicador de oportunidad en los servicios de rehabilitación de la mediana y	-Ofrece asistencia técnica a Municipios, ESE e IPS en los servicios de rehabilitación de la mediana y baja complejidad	-Apoya al departamento en el seguimiento al indicador de oportunidad los servicios de rehabilitación de la mediana y la baja	- Hace seguimiento al indicador de oportunidad a los usuarios que recibieron servicios de rehabilitación	-Presta servicios de rehabilitación con los enfoques propuestos  -Recoge información de los indicadores	Producto

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

	<div>baja complejidad a los departamentos y EAPB</div> <div>- Hace seguimiento al indicador de oportunidad a los servicios de rehabilitación de la mediana y baja complejidad de los departamentos</div>	<div>-Hace seguimiento al indicador de oportunidad en los servicios de Rehabilitación en la mediana y la baja complejidad de las ESE e IPS</div>	<div>complejidad de las ESE e IPS</div>		<div>de oportunidad y reporta a las EAPB y los departamentos</div>	
<div>Satisfacción de los usuarios que recibieron atención en servicios de Rehabilitación en la Mediana y Baja Complejidad</div>	<div>Ofrece línea técnica a los departamentos sobre el indicador de satisfacción en los servicios de rehabilitación a los departamentos y EAPB</div> <div>- Hace seguimiento al indicador de satisfacción en los servicios de rehabilitación a departamentos</div>	<div>-Ofrece asistencia técnica a Municipios, ESE e IPS el indicador de satisfacción en los servicios Rehabilitación en la Mediana y Baja Complejidad</div> <div>-Hace seguimiento al indicador de satisfacción en los servicios Rehabilitación en la Mediana y Baja Complejidad</div>	<div>-Apoya al departamento en el seguimiento al indicador Satisfacción de los usuarios que recibieron atención en servicios de Rehabilitación de la mediana y la baja complejidad de las ESE e IPS</div>	<div>Hace seguimiento al indicador de satisfacción a los usuarios que recibieron servicios de rehabilitación</div>	<div>Presta servicios de rehabilitación con los enfoques propuestos</div> <div>-Recoge información de los indicadores de oportunidad y reporta a las EAPB y los departamentos</div>	<div>Producto</div>
<div>Profesionales y técnicos en rehabilitación que cuentan con formación actualizada en el proceso de rehabilitación.</div>	<div>-Genera los mecanismos que favorezcan los procesos de formación en herramientas para la atención del proceso de rehabilitación con los diferentes enfoques.</div> <div>-Hace seguimiento a la formación de profesionales y técnicos</div>	<div>-Favorece las condiciones para formar a profesionales y técnicos en proceso de rehabilitación con los diferentes enfoques.</div>	<div>-Favorece las condiciones para formar a profesionales y técnicos en proceso de rehabilitación con los diferentes enfoques.</div>	<div>-Exige a su RIPSS que sus profesionales y técnicos tengan las respectivas formaciones sobre el proceso de rehabilitación con los diferentes enfoques.</div>	<div>-Forma a través de los planes de inducción y reinducción a profesionales y técnicos en proceso de rehabilitación con los diferentes enfoques.</div>	<div>Insumo Proceso</div>
<div>Bancos de Ayudas técnicas creados y/o fortalecidos en los territorios</div>	<div>-Ofrece línea técnica a los departamentos sobre la creación, financiamiento y/o Fortalecimiento de los Bancos de</div>	<div>Crea o fortalece su Banco de Ayudas Técnicas departamental</div> <div>-Ofrece línea técnica a los municipios sobre la creación, financiamiento y/o</div>	<div>Crea o fortalece el Banco de Ayudas Técnicas Municipal</div>	<div>Favorece la creación, financiamiento y/o Fortalecimiento de los Bancos de Ayudas Técnicas en los departamentos</div>	<div>Proporciona información sobre usuarios que requieren ayudas técnicas</div>	<div>Insumo proceso</div>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

	Ayudas Técnicas en los Departamentos - Hace seguimiento a la creación y/o fortalecimiento de los Bancos de Ayudas Técnicas a los departamentos -hace seguimiento a las competencias de las EAPB sobre los Bancos de Ayudas Técnicas	Fortalecimiento de los Bancos de Ayudas Técnicas  - Hace seguimiento a la creación, financiamiento y/o Fortalecimiento de los Bancos de Ayudas Técnicas		o municipios de su jurisdicción en salud		
--	---	---	--	--	--	--

A continuación, se describe cada una de las variables para facilitar el reconocimiento de cada ítem y su función en el proceso de monitoreo y seguimiento:

Tabla 10. Descripción de las variables.

VARIABLES	DESCRIPCIÓN
Indicador	Es el nombre del indicador que será medido durante el proceso de seguimiento y monitoreo, aquí se describen los indicadores que se relacionan con los componentes de salud pública, talento humano y prestación de servicios como piezas importantes en la construcción del proceso de rehabilitación.
Nación	Son las actividades que desarrolla la entidad del orden nacional (Ministerio de Salud y Protección Social) en relación con los indicadores de cada uno de los componentes.
Departamento	Son las actividades que desarrollan las entidades departamentales de salud en relación con los indicadores de cada uno de los componentes.
Municipio	Son las actividades que desarrollan las entidades municipales de salud en relación con los indicadores de cada uno de los componentes.
EAPB	Son las actividades que desarrollan las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en relación con los indicadores de cada uno de los componentes.
ESE-IPS	Son las actividades que desarrollan las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud en relación con los indicadores de cada uno de los componentes.
Categorías	Es la clasificación de los indicadores que corresponde a: Insumo/proceso: Mide los recursos y actividades necesarios para emprender una actividad.  Producto: Mide los resultados del insumo/proceso.

Fuente: elaboración propia

11.2 Reporte de información por parte de los actores del sector salud

Los actores del sector salud reportarán anualmente los avances y retos en la implementación del proceso de rehabilitación, como parte integral del continuo de la atención en salud, con base en: los reportes anuales de monitoreo de los PTS; los informes anuales de gestión de las EPS; el Análisis de Situación de Salud ASIS; el Registro Individual

Continuación de la resolución “*Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”

de Prestación de Servicios de Salud —RIPS—; el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud —REPS—; el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud —ReTHUS—; la Base de Datos Unificada de Afiliados —BDUA—; el registro de personas con discapacidad —RLCPD—, y los reportes de historia clínica, entre otros. Dicho reporte se realizará mediante el mecanismo que para tal fin establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, que incluirá las fichas técnicas de los indicadores aquí propuestos.

**11.3 Análisis de datos y publicación de información**

A partir del reporte de los actores del sector salud, el Ministerio de Salud y Protección Social elaborará el consolidado nacional de los indicadores para el monitoreo y evaluación de la implementación del proceso de rehabilitación, cuyos resultados serán insumo para la formulación de planes, programas y proyectos orientados al fortalecimiento del proceso de rehabilitación, así como para la planeación y focalización de la asistencia técnica territorial para el fortalecimiento de la capacidad de los actores del sector salud, y para la implementación del proceso de rehabilitación, como parte integral del continuo de la atención en salud.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

-----

## 12 Bibliografía

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES-. (2021). ¿Qué hacemos en la BDU??. Obtenido de <https://www.adres.gov.co/BDUA/-Que-hace-el-BDUA>

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2015). *Manual para la acreditación de competencias profesionales. de competencias profesionales. Fisioterapeuta*. Obtenido de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/MACP-Fisioterapeuta.pdf> No se encuentra citación, viene de la bibliografía que enviaron en el apartado de Talento Humano

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2012). *Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad*. Obtenido de: [http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud\\_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf)

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2020). *Documento CONPES D.C. 14 Consejo Distrital de Política Económica y Social del Distrito Capital. "Política Pública de Mujeres y Equidad de Género 2020 - 2030"*. Obtenido de <http://www.sdp.gov.co/content/politica-publica-de-mujeres-y-equidad-de-genero-2020-2030>

American Occupational Therapy Association. (2014). *Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process*. 3rd Edition. American Journal of Occupational Therapy. Vol.68. S1-S48.

Asociación Colombiana de Infectología, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2021). *Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARSCoV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud*. Obtenido de <https://www.fisioterapia-colombia.co/capitulo-viii-sindrome-post-covid-19-complicaciones-tardias-y-rehabilitacion/>

Bernal, A.O., & Forero, C.J. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 10 (21): 85-100, julio-diciembre de 2011. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rqps/v10n21/v10n21a06.pdf>

Bonet-Morón, J., & Guzmán-Finol, K. (2015). Un análisis regional de la salud en Colombia. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana; No. 222. Cartagena: Banco de la República. Disponible en [https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/2996/dtser\\_222.pdf](https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/2996/dtser_222.pdf)

Bourbeau, K., Moriarty, T., Ayanniyi, A., & Zuhl, M. (2020). The Combined Effect of Exercise and Behavioral Therapy for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavioral Sciences*, 10(7), 116. doi: [10.3390/bs10070116](https://doi.org/10.3390/bs10070116).

Breitenstein, C., Grewe, T., Flöel, A., Ziegler, W., Springer, L., Martus, P., ... Bamborschke, S. (2017). Intensive speech and language therapy in patients with chronic aphasia after stroke: a randomised, open-label, blinded-endpoint, controlled trial in a health-care setting. *The Lancet*, 389(10078), 1528-1538. doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)30067-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30067-3).

Casas A. y Ramírez C. (2015). Competencias profesionales requeridas en la formación de los fisioterapeutas colombianos. *USTASALUD* 14. ISSN 1692-5106 Impreso, ISSN 2590-7875 Online DOI: <http://dx.doi.org/10.15332/us.v14i1.1904>

Chan, T., Marta, M., Hawkins, C., & Rackstraw, S. (2020). Cognitive and Neurologic Rehabilitation Strategies for Central Nervous System HIV Infection. *Current HIV/AIDS reports*, 17(5), 514–521. <https://doi.org/10.1007/s11904-020-00515-0>.



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Comité Internacional de la Cruz Roja -CIRC-. (2009). Minas antipersonal: reseña. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/misc/mines-fac-cartagena-021109.htm>

Congreso de Colombia. (2007). *Ley 1164 de 2007, “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2010). *Ley 1419 de 2010. “Por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia”*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011. “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2012). *Ley 1530 de 2012. “Por la cual se regula la organización y el funcionamiento del Sistema General de Regalías”*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2013). *Ley 1618 de 2013. “Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751 de 2015. “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*. Bogotá, D.C.

Congreso de Colombia (2020). *Ley 2056 de 2020 “Por la cual se regula la organización y el funcionamiento del Sistema General de Regalías”*. Bogotá, D.C.

Congreso de la República. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/constitucion-1991.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D.C.

Congreso de la Republica de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, D.C.

Delgado, J. R., Orozco, N. F., Gómez, J. C., Castaño, L. F., Díaz, J. A., Muñoz, J. N., y Rodríguez, L. E. (2020). Rehabilitación intrahospitalaria en el paciente con Covid-19. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30(Supl), 41. <https://doi.org/10.28957/rcmfr.v30spa5>.

Demeco, A., Marotta, N., Barletta, M., Pino, I., Marinaro, C., Petraroli, A., . . . Ammedolia, A. (2020). Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. *Journal Int Med Res.*, 1-10. doi:10.1177/0300060520948382

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2019a). *Funcionamiento Humano Resultados Censo Nacional De Población y Vivienda 2018*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/informacion-tecnica/cnpv-2018-presentacion-funcionamiento-humano.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2019b). *Defunciones no fetales año 2019*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales/defunciones-no-fetales-2019>

Díaz, E. L., Talero, P., Faustino, M. Y., Guzmán, O. B., y Rodríguez, F. E. (2020). Lineamientos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para la rehabilitación hospitalaria de usuarios con COVID-19. *Revista Ocupación Humana*, 20(1), 146–162. <https://doi.org/10.25214/25907816.952>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129-136. Obtenido de: <http://links.jstor.org/sici?sici=0036-8075%2819770408%293%3A196%3A4286%3C129%3ATNFANM%3E2.0.CO%3B2-F>

England, N.H.S. (2016). Commissioning guidance for Rehabilitation. (49), 04919. Obtenido de: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/rehabilitation-comms-guid-16-17.pdf>

Descontamina Colombia. (2021). Estadísticas de Asistencia Integral a las Víctimas de MAP y MUSE. Última actualización 30-06-2021. Disponible en <http://www.accioncontraminas.gov.co/Estadisticas/Paginas/Estadisticas-de-Victimas.aspx>

Freburger, J. K., Li, D., & Fraher, E. P. (2018). Community use of physical and occupational therapy after stroke and risk of hospital readmission. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 99(1), 26-34. doi: 10.1016/j.apmr.2017.07.011.

Gómez, J., González, L., Amarante, R., y Torres, Y. (2009). Guía de práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico. *Medisur*, 7(1), 82–91. Obtenido de: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/722/5670>

Gutenbrunner, C., Bickenbach, J., Melvin, J. L., & Lains, J. (2018). Strengthening health-related rehabilitation services at the national level. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 50(4), 317-325. doi: 10.2340/16501977-2217.

Huber, D., Zimmermann, J., & Klug, G. (2017). Change in personality functioning during psychotherapy for depression predicts long-term outcome. *Psychoanalytic Psychology*, 34(4), 434. doi: 10.1037/pap0000129.

Hurtado, L.R., & Arrivillaga, M. (2018). Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44, 100-109.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). *FORENSIS 2018*, Datos para la vida. Bogotá, D.C.

Instituto Nacional de Salud. (2018). Carga de enfermedad ambiental en Colombia. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/resumen-ejecutivo-informe-ons-10.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2019). Boletín Epidemiológico Semanal: Comportamiento epidemiológico de las enfermedades huérfanas. Colombia, 2016 hasta semana epidemiológica 05 de 2019. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019%20Bolet%C3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%205.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2018). INFORME DE EVENTO LESIONES POR MINAS ANTIPERSONAL Y MUNICIONES SIN EXPLOSIONAR, COLOMBIA, 2018. Disponible en [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LESIONES%20POR%20MINAS%20ANTIPERSONAL%20Y%20MUNICIONES%20SIN%20EXPLOSIONAR\\_2018.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LESIONES%20POR%20MINAS%20ANTIPERSONAL%20Y%20MUNICIONES%20SIN%20EXPLOSIONAR_2018.pdf)

Instituto Nacional de Salud. (2019). INFORME DE EVENTO LESIONES POR MINAS ANTIPERSONAL Y MUNICIONES SIN EXPLOSIONAR, COLOMBIA, 2019. Disponible en [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LESIONES%20POR%20MINAS%20ANTIPERSONAL%20Y%20MUNICIONES%20SIN%20EXPLOSIONAR\\_2019.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/LESIONES%20POR%20MINAS%20ANTIPERSONAL%20Y%20MUNICIONES%20SIN%20EXPLOSIONAR_2019.pdf)

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2015). *Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en*

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Colombia.

Obtenido

de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informe-ons-5.pdf>

Jesus, T. S., Landry, M. D., y Hoenig, H. (2019). Global need for physical rehabilitation: systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *International journal of environmental research and public health*, 16(6), 980. doi: [10.3390/ijerph16060980](https://doi.org/10.3390/ijerph16060980)

Kamenov, K., Mills, J. A., Chatterji, S., & Cieza, A. (2019). Needs and unmet needs for rehabilitation services: a scoping review. *Disability and rehabilitation*, 41(10), 1227-1237. doi: [10.1080/09638288.2017.1422036](https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1422036).

Langhammer, B., Becker, F., Sunnerhagen, K., Zhang, T., Du, X., Bushnik, T., . . . Kvalvik Stanghelle, J. (2015). Specialized stroke rehabilitation services in seven countries. Preliminary results from nine rehabilitation centers. *International Journal of Stroke*, 10(8), 1236-1246. doi: [10.1111/ijis.12599](https://doi.org/10.1111/ijis.12599)

Lucas, E., Alonso, B., y Lisakde, E. (2015). Evaluación e indicaciones de la rehabilitación domiciliaria. In F. Montagut, G. Flotats, & E. Lucas (Eds.), *Rehabilitación domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terapéuticos*. Barcelona: Elsevier España.

Madden, R., Glozier, N., Mpofu, E., & Llewellyn, G. (2011). The ICF and the UN Convention: Australian perspectives. *BMC Public Health*, S6. doi: [10.1186/1471-2458-11-S4-S6](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-S4-S6).

Millán, R., y Lasso, C. (2020). Tele-rehabilitación: estrategia para atender personas con discapacidad en zonas dispersas y alta ruralidad. In P. Muñoz (Ed.), *Discapacidad y TIC: estrategias de equidad, participación e inclusión* (pp. 96–120). Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali.

Millán, R., Padilla, N., Lasso, C., y Domínguez, J. (2020). *Telerehabilitación® y Centros Comunitarios de Rehabilitación-CCR*. Modelo de atención para zonas dispersas y de alta ruralidad en Colombia; desde el enfoque de Atención Primaria en Salud-APS. Cali: Fundación IDEAL para la rehabilitación integral “Julio H. Calonje”.

Ministerio de la Protección Social. (2002). *Resolución 951 de 2002*. Por la cual se fijan algunos lineamientos en relación con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS. Bogotá, D.C.

Ministerio de la Protección Social. (2006). *Decreto 3518 de 2006*. Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.

Ministerio de la Protección Social. (2007a). *Decreto 4747 de 2007*. “Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones”. Bogotá, D.C.

Ministerio de la Protección Social. (2007b). *Decreto 3039 de 2007*. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, D.C.

Ministerio de la Protección Social. (2011). *Decreto 2376 de 2010* “Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud”. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf2014>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014a). Lineamientos de Rehabilitación Basada en la Comunidad RBC. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). *Estrategia PASE a la Equidad en Salud: Lineamientos Conceptuales*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Estrategia%20PASE%20A%20LA%20EQUIDAD%20EN%20SALUD%20-%20Guia%20Conceptual.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014c). *Guía metodológica para la construcción del ASIS de las entidades territoriales*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Orientaciones para el desarrollo de Jornadas de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). *Orientaciones para el desarrollo del procedimiento de Canalización en el marco del PIC*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015c). *Resolución 1536 de 2015. “Por la cual se establecen disposiciones sobre el proceso de planeación integral para la salud”*. Bogotá, D.C. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1536-de-2015.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015d). *Resolución 518 de 2015. “Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas–PIC”*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). *Análisis de situación de salud visual en Colombia 2016*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/asis-salud-visual-colombia-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Resolución 429 Política de Atención Integral en Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016c). *Resolución 1441 de 2016. “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016d). *Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016e). *Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-gsp-v.pdf>



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Ministerio de Salud y Protección Social (2016f). *Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016g). *Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016h). Decreto 780 de 2016. “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”. Obtenido de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017a). *Boletín de salud mental Depresión*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017b). *Guía en Aseguramiento en Riesgos Laborales*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/Aseguramiento%20en%20riesgos%20laborales.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Política Nacional de Talento Humano en Salud*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019a). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2019*. Dirección de Epidemiología y Demografía. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019b). *Resolución 2626 de 2019. “Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial -MAITE*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2626-de-2019.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2019c). *Resolución 3100 de 2019. “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social (2019d). *Resolución 2654 de 2019. Por la cual Establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país*. Bogotá, D.C.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Ministerio de Salud y Protección Social (2019e). *Resolución 3512 de 2019. “Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y sus anexos técnicos”*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). *Análisis de Situación de Salud*. Colombia, 2020. Bogotá, Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). *Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad –PCD*. Oficina de Promoción Social I-2020. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-personas-discapacidadI-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). *Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PS/SS01.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2020d). *Resolución 2481 de 2020. “Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y sus tres anexos técnicos”*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020e). *Decreto 521 de 2020 “Por el cual se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo*. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación para las personas con discapacidad, como parte integral del continuo de la atención en salud*. Bogotá: Documento de trabajo.

Ministerio de Salud y Protección Social, Universidad Nacional de Colombia. (2014). *Ruta crítica de rehabilitación funcional con enfoque biopsicosocial, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Documento no publicado.

Molina, N. (2016). Sistema Nacional de Rehabilitación Integral: limitaciones en el concepto, el marco normativo y la formación profesional. *Revista Ocupación Humana*, 16 (1), 91-99.

Molina-Achury, N., Mogollón-Pérez, A., Balanta-Cobo, P., Moreno-Angarita, M., Hernández-Jaramillo, B., Rojas-Castillo, C.P. (2016). Lógicas dominantes en la formulación de políticas y organización de servicios que inciden en el acceso a la rehabilitación integral. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15 (30), 94-107.

Möller, U. O., Beck, I., Rydén, L., & Malmström, M. (2019). A comprehensive approach to rehabilitation interventions following breast cancer treatment-a systematic review of systematic reviews. *BMC cancer*, 19(1), 1-20. doi: 10.1186/s12885-019-5648-7.

National Specialised Commissioning Group. (2010). *Specialised Rehabilitation Services for Brain Injury and Complex Disability (all ages)-Definition No. 7 (Issue 7)*. Obtenido de: <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/attachments/ssnds-no-7.pdf>

Narvaez, F., Marin, D., Cuenca, M., y Latta, M (2017). Development and implementation of technologies for physical telerehabilitation in Latin America: a systematic review of literature, programs and projects. *Tecnológicas*, 20(40), 155–176.

Observatorio Nacional de Cáncer. (2021). *Boletín No. 02 Día mundial del cáncer*. Publicado el 4 de febrero de 2021. Obtenido de [https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/onc\\_boletin\\_02\\_cancer.aspx](https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncancer/Paginas/onc_boletin_02_cancer.aspx)

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración Alma-Ata 1978*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). 51a Asamblea Mundial de la Salud. WHA51.8 Acción concertada de salud pública contra las minas antipersonal. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/resources/publications/en/WH\\_A518\\_spa.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WH_A518_spa.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Obtenido de <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la Salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra. Obtenido de: [https://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud. (2017) *Rehabilitación 2030: Un llamado a la acción*. Obtenido de [https://www.who.int/disabilities/care/rehab\\_2030\\_cn\\_sp.pdf](https://www.who.int/disabilities/care/rehab_2030_cn_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (s.f. 2017). *Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas*. Obtenido de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Hipertensión*. Publicado el 13 de septiembre de 2019. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Organización Mundial de la Salud. (2020a). *Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción [Rehabilitation in health systems: guide for action]*. Obtenido de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/rehabilitation-in-health-systems-guide-for-action>

Organización Mundial de la Salud. (2020b). *Menú de indicadores de rehabilitación (RIM): una herramienta complementaria al marco para el monitoreo y la evaluación de la rehabilitación*. Obtenido de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331230>

Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad. In Informe Mundial Sobre la discapacidad*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/informe-mundial-discapacidad-oms.pdf>

Organización Panamericana de la salud. (1999). *Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de la situación en salud (ASIS)*. Bogotá, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Obtenido de: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)

Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial para la Salud. (2017). *Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 29.a Conferencia sanitaria panamericana 69.a Sesión del comité regional de la OMS para las Américas Washington, D.C.

Oña, E.D., Sánchez-Herrera, P., Jardón, A., & Balaguer, C. (2019). Review of automated systems for upper limbs functional assessment in neurorehabilitation. *IEEE Access* (7): 32352-32367. doi: 10.1109/ACCESS.2019.2901814

Pasanen, T., Tolvanen, S., Heinonen, A., & Kujala, U. M. (2017). Exercise therapy for functional capacity in chronic diseases: an overview of meta-analyses of randomised

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

controlled trials. *British journal of sports medicine*, 51(20), 1459-1465. doi: 10.1136/bjsports-2016-097132.

Prada-Ríos SI, Pérez-Castaño AM, Rivera-Triviño AF (2017). Clasificación de instituciones prestadores de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Rev Gerenc Polít Salud*, 16 (32): 51-65. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cips>

Prvu, J., Thoumi, A., Marquovich, V., De Groote, W., Rizzo, L., Imamura, M., . . . Stein, J. (2020). COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum. *BMJ Global Health*, 5, 1-7. doi:10.1136/bmjgh-2020-002670.

Rawal, G., Yadav, S., & Kumar, R. (2017). Post-intensive care syndrome: An overview. *Journal of Translational Internal Medicine*, 5(2), 90–92. <https://doi.org/10.1515/jtim-2016-0016>

Restall, G., Leclair, L., & Fricke, M. (2005). Integration of occupational therapy and physiotherapy services in primary health care in Winnipeg. School of Medical Rehabilitation, University of Manitoba. Obtenido de: [https://umanitoba.ca/rehabsciences/media/ot\\_pt\\_phc.pdf](https://umanitoba.ca/rehabsciences/media/ot_pt_phc.pdf)

Rivo, B., Reynosa, Y., Cantillo, E., y Fernández, J. (2019). La rehabilitación temprana del paciente grave. *Revista Información Científica*, 98(5), 673–685.

Rosas Prieto, A. M., Narciso Zarate, V., y Cuba Fuentes, M. S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): Una visión desde la medicina familiar. *Acta médica peruana*, 30(1), 42-47

Saunders, D. H., Sanderson, M., Hayes, S., Kilrane, M., Greig, C. A., Brazzelli, M., & Mead, G. E. (2016). Physical fitness training for stroke patients. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD003316. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003316.pub6>

Savigny, D., Adam, T., Alliance for Health Policy and Systems Research & World Health Organization. (2009). *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud* / editado por Don de Savigny y Taghreed Adam. Ginebra : Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44222>

Sierra, N.A. (2019). *Cambio de responsabilidades en la vacunación extramural entre los actores del sistema de salud y su efecto sobre el presupuesto en salud pública en los municipios de Cundinamarca, 2012 – 2018*, (Tesis de Maestría). Obtenido de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/47219/TESIS%20FINAL%20PDF.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Skempes, D., Stucki, G., & Bickenbach, J. (2015). Health-related rehabilitation and human rights: analyzing states' obligations under the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(1), 163-173. doi: 10.1016/j.apmr.2014.07.410.

Stam, H. J., Stucki, G., & Bickenbach, J. (2020). Covid-19 and post intensive care syndrome: a call for action. *Journal of rehabilitation medicine*, 52, 1-4. doi: 10.2340/16501977-2677.

Stucki, G., & Grimby, G. (2007). Organizing human functioning and rehabilitation research into distinct scientific fields. Part I: Developing a comprehensive structure from the cell to society. *Journal Medical Rehabilitation*, 39(4), 293-8. doi: 10.2340/16501977-0050. PMID: 17468801.

Stucki, G., Cieza, A., & Melvin, J. (2007). The international classification of functioning, disability and health: A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(4), 279-285. doi: 10.2340/16501977-0041.



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Stucki, G., Bickenbach, J., Gutenbrunner, C., & Melvin, J. (2018). Rehabilitation: the health strategy of the 21st century. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(4), 309-316

Tabarquino, R., Pulgarin, D., y Giraldo, A. (2018). Dinámica de una red integral de prestadores de servicios de salud (RIPSS). *Rev Gerenc Polít Salud*. 2018; 17(34): 1-12. doi: [10.11144/Javeriana.rgps17-34.drip](https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.drip)

Terraza, R., Vargas, I., y Vázquez, M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495. Obtenido de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-911112006000600012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-911112006000600012&lng=es&tlng=es).

Universidad del Rosario y Organización Internacional para las Migraciones. (2021). *Informe ejecutivo de resultados de línea de base de la situación de rehabilitación de 11 municipios categoría 5 y 6 pertenecientes a cinco departamentos colombianos*. Bogotá, Colombia.

US Agency for International Development, Organización Internacional para las Migraciones, (2020).

<https://www.servicioscomunitariosderehabilitacion.com/rehabilitaci%C3%B3ndebajacompl ejidad>. Recuperado el 05 de 05 de 2021, de <https://www.servicioscomunitariosderehabilitacion.com/rehabilitaci%C3%B3ndebajacompl ejidad>

Valeta, R., Montagut, F., Pujol, E., Sánchez, J., y Valeta, N. (2015). Entorno estructural de la rehabilitación domiciliaria y la aportación tecnológica. In F. Montagut, G. Flotats, & E. Lucas (Eds.), *Rehabilitación domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terapéuticos*. Barcelona: Elsevier España.

Vásquez, A. & Cáceres, N. (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud*. Organización Panamericana de la Salud, Vol. 1. Obtenido de: [repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/364/CL\\_VazquezBarriosA\\_DeQueHablamosDiscapacidad\\_2008.pdf?sequence=1](https://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/364/CL_VazquezBarriosA_DeQueHablamosDiscapacidad_2008.pdf?sequence=1)

Vivas S. & Fernández R. (2011) Gestión por competencias en instituciones sanitarias: claves de la dirección de recursos humanos en la comunidad valenciana (España). En: *Estudios Gerenciales*, Vol. 27 (120): 41-46.

Vos, T., Lim, S. S., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abbasi, M., Abbasifard, M., ... & Bhutta, Z. A. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1204-1222.

Wade, D. (2015). Rehabilitation - A new approach. Part two: The underlying theories. *Clinical Rehabilitation*, 29(12), 1145–1154. <https://doi.org/10.1177/0269215515601175>

Ward, A., Barnes, M., Stark, S., & Ryan, S. (2009). *Oxford Handbook of Clinical Rehabilitation*. New York: Oxford University Press.

World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health* pag 39. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>

World Health Organization. (2017). *Rehabilitation in Health Systems*. Obtenido de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254506/9789241549974-eng.pdf;jsessionid=2727C5128E5D756E5730F46F61837356?sequence=1>

World Health Organization. (2018). *Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge*. Obtenido de: Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325522>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

World Health Organization. (s.f.a). *Rehabilitation: key for health in the 21st century*.  
Obtenido de: <https://www.who.int/disabilities/care/KeyForHealth21stCentury.pdf>

World Health Organization. (s.f.b). *The need to scale up rehabilitation*. Obtenido de:  
<https://www.who.int/disabilities/care/Need-to-scale-up-rehab-July2018.pdf?ua=1>

World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2018).  
*Declaración de Astaná, Global Conference on Primary Health Care*. Obtenido de  
<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Zech, P., Pérez-Chaparro, C., Schuch, F., Wolfarth, B., Rapp, M., & Heissel, A. (2019).  
Effects of aerobic and resistance exercise on cardiovascular parameters for people living  
with HIV: A meta-analysis. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 30(2), 186-  
205. doi: 10.1097/JNC.0000000000000006.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

**ANEXO TECNICO No. 2**

**MANUAL QUE ESTABLECE LAS BUENAS PRÁCTICAS Y REQUISITOS SANITARIOS PARA LOS ESTABLECIMIENTOS QUE ELABORAN, ENSAMBLAN, ADAPTAN, SUMINISTRAN E IMPORTAN SILLAS DE RUEDAS (SR) SOBRE MEDIDA EN COLOMBIA**

INDICE

<b>1. PRESENTACIÓN.</b>	<b>100</b>
<b>2. GLOSARIO.</b>	<b>100</b>
<b>3. CAPÍTULO I</b>	<b>102</b>
<b>3.1. ASPECTOS REGLAMENTARIOS</b>	<b>102</b>
<b>4. CAPÍTULO II</b>	<b>104</b>
FASES PARA LA ELABORACIÓN, ENSAMBLE, ADAPTACIÓN, SUMINISTRO E IMPORTACIÓN DE SILLAS DE RUEDAS SOBRE MEDIDA	104
<b>4.1. FASE PRE ADAPTACIÓN SILLAS DE RUEDAS (SR) SOBRE MEDIDA</b>	<b>104</b>
<b>4.2. FASE PRODUCCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS (SR) SOBRE MEDIDA.</b>	<b>106</b>
<b>4.3. FASE DE ADAPTACIÓN Y ENTRENAMIENTO.</b>	<b>107</b>
<b>4.4. FASE POS ADAPTACIÓN.</b>	<b>108</b>
<b>5. CAPÍTULO III</b>	<b>109</b>
GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD	109
<b>5.1. Principio de seguridad y funcionamiento.</b>	<b>109</b>
<b>5.2. Sillas sobre medida importadas.</b>	<b>109</b>
<b>5.3. Garantía de la calidad, seguridad y desempeño de las sillas de ruedas (SR) sobre medida.</b>	<b>109</b>
<b>6. CAPÍTULO IV</b>	<b>110</b>
REQUISITOS HIGIÉNICOS SANITARIOS, LOCATIVOS Y DE PERSONAL	110
<b>6.1. Talento Humano.</b>	<b>110</b>
<b>6.2. Capacitación.</b>	<b>111</b>
<b>6.3. Organización.</b>	<b>112</b>
<b>6.4. Saneamiento e higiene.</b>	<b>112</b>
<b>6.5. Maquinas, Equipos, Herramientas, Instrumentos y Mantenimiento.</b>	<b>113</b>
<b>6.6. Instalaciones.</b>	<b>113</b>
<b>6.7. Manejo de materias primas, componentes e insumos.</b>	<b>114</b>
<b>6.8. Documentación y Archivo.</b>	<b>115</b>
<b>6.9. Procedimientos.</b>	<b>115</b>
<b>7. NORMAS TÉCNICAS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS A SILLAS DE RUEDAS (SR) SOBRE MEDIDA</b>	<b>116</b>
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>116</b>

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

-----

## 1. PRESENTACIÓN.

Los dispositivos médicos son considerados tecnologías sanitarias fundamentales para la prestación de servicios de salud, bajo un concepto de integralidad en la atención en salud y rehabilitación funcional. Dada esta connotación, se requiere que estos productos tengan características de seguridad, desempeño y calidad, de modo que para el uso en el usuario se hayan eliminado o minimizado al máximo los riesgos de generar daños.

Colombia establece la norma marco de los dispositivos médicos en el Decreto 4725 de 2005, modificado por el Decreto 3275 de 2009, que señala que corresponde al Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, establecer los requisitos que deben cumplir los dispositivos médicos sobre medida para su prescripción (que incluye la evaluación del usuario y el contexto), comercialización, elaboración, adaptación y uso (que puede incluir mantenimiento).

En virtud de dicha normativa, el Ministerio de Salud y Protección Social, expidió la Resolución 2968 de 2015, que establece los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa ubicados en el territorio nacional, no obstante, no fija requisitos específicos para el segmento de sillas de ruedas (SR) sobre medida.

Dado la importancia que las tecnologías en salud sobre medida tienen para los procesos de rehabilitación funcional de la población con discapacidad, los requisitos de estos dispositivos se establecen en concordancia con los artículos 9 y 10 de la Ley 1618 de 2013, que señalan que todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud y a acceder a los procesos de habilitación y rehabilitación integral, en especial, el numeral 8 del artículo 9, sobre la dotación, fabricación, mantenimiento y adaptación de ayudas técnicas, incluyendo la silla de ruedas (SR) sobre medida, según pertinencia médica.

Para garantizar los derechos a población objeto, de acceder a productos y tecnologías, en especial a las sillas de ruedas sobre medida, se hace necesario establecer las buenas prácticas y requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos dedicados a la elaboración, ensamble y adaptación de estos productos. En este sentido, el presente anexo técnico está estructurado en cuatro (4) capítulos, que abordarán los aspectos reglamentarios, las fases para la producción y adaptación de sillas de ruedas sobre medida, la garantía de la calidad y seguridad y los requisitos higiénicos sanitarios, locativos y de personal.

## 2. GLOSARIO.

Para efecto de la aplicación de este anexo se adoptan las siguientes definiciones:

- 2.1. **Adaptación.** Actividad que realiza el profesional de la salud, incluyendo el tecnólogo ortoprotésista, en el logro final del confort y tolerancia del usuario a la silla de ruedas y la funcionalidad de esta en el uso previsto.
- 2.2. **Prueba de ajuste.** Establecimiento de la posición en el espacio de los diversos componentes de la silla de ruedas y con el usuario.
- 2.3. **Almacenamiento.** Actividad mediante la cual las materias primas y los productos terminados son conservados en condiciones óptimas para asegurar la calidad de los productos.
- 2.4. **Aprobado.** Condición de una materia prima o de un producto y de todo material en general, que garantiza que está disponible para su utilización.
- 2.5. **Área.** Espacio separado físicamente, comprendido entre ciertos límites.
- 2.6. **Calidad.** Conjunto de propiedades de la materia prima o dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa que determinan la efectividad y seguridad

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- de uso, así como el conjunto de características inherentes, que cumplen con las necesidades o expectativas establecidas.
- 2.7. **Carpeta del usuario.** Documento principal en el sistema de información del establecimiento que elabora, ensambla y adapta sillas de ruedas sobre medida. Constituye el registro completo de las actividades realizadas con el usuario desde el ingreso hasta la adaptación y entrenamiento de este dispositivo. Este documento también contiene los registros de controles realizados pos-adaptación, mantenimiento preventivo y correctivo, reposición total o de sus partes, repuestos y componentes utilizados.
- 2.8. **Control de calidad.** Conjunto de acciones (análisis, inspecciones, entre otras) destinadas a determinar la calidad de la materia prima o de la silla de ruedas elaborada, y del proceso de suministro.
- 2.9. **Control en proceso.** Verificaciones que se realizan durante la elaboración y adaptación para asegurar que un producto y el proceso que se realiza, están de acuerdo a las especificaciones predeterminadas.
- 2.10. **Diseño de la silla de ruedas.** Definición de las características del dispositivo acorde con el peso, la talla, estructura anatómica y las condiciones de estabilidad y seguridad para la persona y los entornos para los cuales va a ser fabricada.
- 2.11. **Documentación.** Conjunto de procesos, procedimientos, registros, instructivos y especificaciones concernientes a la cadena de producción. También se incluyen aquellos registros que contienen instrucciones para hacer operaciones que no necesariamente están relacionados con la producción de sillas de ruedas sobre medida, tales como el manejo, mantenimiento y limpieza de equipos, limpieza de instalaciones y control ambiental, muestreo e inspección.
- 2.12. **EAPB.** Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.
- 2.13. **Elaboración.** Conjunto de acciones necesarias para la elaboración o ensamble de una silla de ruedas sobre medida.
- 2.14. **Ensamble.** Parte del proceso de fabricación y semielaboración que incluye el alineamiento de componentes o partes de un dispositivo médico.
- 2.15. **Entrenamiento.** Actividades e instrucciones dadas al cuidador o usuario sobre el uso, funcionamiento, limpieza, uso adecuado y mantenimiento de la silla de ruedas sobre medida.
- 2.16. **Equipo interdisciplinario.** Conformado por el médico especialista y profesionales de la salud requeridos de acuerdo a la necesidad del usuario, que interactúan para la prescripción de una silla de ruedas sobre medida. Para efectos de la prescripción, además de los anteriores hará parte de este equipo el tecnólogo ortoprotesista.
- 2.17. **Establecimiento que elabora, ensambla y adapta sillas de ruedas (SR) sobre medida.** Establecimiento que, siguiendo las disposiciones de este manual, diseña, elabora o ensambla y adapta sillas de ruedas. El representante legal será el responsable del producto final en los términos de calidad.
- 2.18. **Incidente adverso.** Daño o potencial riesgo de daño no intencionado al usuario, operador o medio ambiente que ocurre como consecuencia de la utilización de un dispositivo médico.
- 2.19. **Norma técnica de producto.** Documento publicado por un Organismo Regulador nacional o internacional que contiene el proceso para la elaboración de sillas de ruedas sobre medida, la cual puede incluir, entre otros, el proceso de producción, lista y cantidad de materias primas, insumos y componentes a utilizar, procedimientos a seguir, equipos, máquinas y herramientas a utilizar, instrumentos para los controles en los puntos críticos de la fabricación.
- 2.20. **ISPO. Sociedad internacional de prótesis y ortésis.** Término en ingles, “The international Society for Prosthetics Orthotics”.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- 2.21. **Materia prima.** Cualquier sustancia involucrada en la obtención de un producto que termine formando parte del mismo en su forma original o modificada.
- 2.22. **Precauciones.** Medidas de seguridad que se deben cumplir al usar todo dispositivo médico.
- 2.23. **Producto terminado.** Dispositivo médico sobre medida que ha pasado por todas las fases de fabricación.
- 2.24. **Seguridad.** Es la característica de un dispositivo médico, que permite su uso sin mayores probabilidades de causar efectos adversos.
- 2.25. **Sillas de ruedas (SR) sobre medida.** Dispositivo médico sobre medida que se diseña, ensambla y adapta a un usuario en particular, teniendo en cuenta sus condiciones y necesidades.
- 2.26. **Trazabilidad.** Capacidad de hacer seguimiento para localizar e identificar un producto en cualquier etapa de la cadena de abastecimiento desde la producción hasta su distribución y venta.
- 2.27. **Verificación.** Proceso para confirmar que la condición de la silla de ruedas (SR) sobre medida, incluyendo la adaptación, las funciones y apariencia sean satisfactorias para el usuario.
- 2.28. **Zona. Superficie** demarcada y señalizada entre ciertos límites no delimitada físicamente.

3. CAPÍTULO I

3.1. ASPECTOS REGLAMENTARIOS

La elaboración, ensamble, adaptación, suministro e importación de sillas de ruedas (SR) sobre medida, se requiere que las EAPB de los regímenes contributivo, subsidiado y de excepción, como también, las Entidades Territoriales cuando obren como aseguradores, las IPS y los establecimientos que realizan estas actividades cumplan con requisitos reglamentarios y de apertura y funcionamiento, así:

3.1.1. Prestadores de servicios de salud.

Las disposiciones establecidas en este manual, relacionadas con la fase de pre adaptación y pos adaptación de las sillas de ruedas sobre medida para las instituciones prestadoras de servicios de salud, se verificarán en el marco del Sistema Único de Habilitación de acuerdo con la norma vigente sobre la materia, en consecuencia, estará a cargo de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, conforme a los procedimientos implementados por estas entidades. Dichas responsabilidades se encuentran descritas en el Capítulo II numeral 4.1.1 y 4.1.2 del presente manual.

3.1.2. Establecimientos que elaboran o ensamblan y adaptan sillas de ruedas (SR) sobre medida.

Los establecimientos que elaboran o ensamblan y adaptan sillas de ruedas (SR) sobre medida deben estar legalmente constituidos, inscritos y contar con una autorización expedida por el Instituto Nacional de Vigilancia, INVIMA, siguiendo los trámites, procedimientos y cumpliendo con la documentación requerida por esta entidad.

3.1.3. Inscripción de los establecimientos ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA.

La inscripción de establecimientos que elaboran o ensamblan sillas de ruedas (SR) sobre medida, debe realizarse a través de la página web del INVIMA, en el formato que esta entidad disponga, el cual mínimamente debe contener la siguiente información:

- a) Nombre de la persona natural o jurídica;
- b) Representación legal, aportando la prueba de existencia y representación legal, con fecha de expedición no mayor a tres (3) meses;

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- c) Códigos del departamento y del municipio donde está ubicado el establecimiento;
- d) Dirección, teléfono y correo electrónico;
- e) Perfil del talento humano, tipo de sillas de ruedas que elabora, ensambla identificando su nombre y código que adopte el país.
- f) Solicitud adjunta de la visita de verificación de requisitos.

#### **3.1.4. Obtención de la autorización de apertura y funcionamiento.**

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, autoriza la apertura y funcionamiento del establecimiento, posterior a la visita en la cual verifique el cumplimiento de los requisitos establecidos en este manual.

#### **3.1.5. Visitas de Inspección, Vigilancia y Control.**

El INVIMA realiza las visitas a los establecimientos que elaboran, ensamblan, adaptan, suministran e importan sillas de ruedas (SR) sobre medida, para verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en este manual; si es el caso por incumplimiento de estos requisitos, impondrá las medidas sanitarias de seguridad y sanciones a que haya lugar, de acuerdo con lo señalado en el artículo 576 y los siguientes de la Ley 9 de 1979 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

#### **3.1.6. Reporte eventos adversos.**

Es obligación del director técnico o representante legal de establecimiento, notificar al INVIMA, todos los eventos adversos presentados en los usuarios relacionados con las sillas de ruedas sobre medida, en cumplimiento del Programa Nacional de Tecnovigilancia establecido en la Resolución 4816 de 2008 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.

#### **3.1.7. Responsabilidad de los establecimientos.**

El representante legal del establecimiento que elabora, ensambla, adapta, suministra e importa sillas de ruedas (SR) sobre medida es responsable por el cumplimiento de los requisitos establecidos en manual, excepto de capítulo I, numeral 3.1.1. y del capítulo IV numeral 4.1. relacionados con los prestadores de servicios de salud

**Articulación.** El representante legal del establecimiento debe establecer coordinación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y con las Entidades Territoriales, cuando estas obran como aseguradoras, para la atención del usuario en las fases pre y pos adaptación de la silla de ruedas.

Es obligación de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y de las Entidades Territoriales, cuando estas obren como aseguradoras, dar a conocer a su red de prestación de servicios la lista de establecimientos contratados para elaborar, ensamblar y adaptar estos dispositivos médicos sobre medida.

#### **3.1.8. Cumplimiento de los requisitos del manual.**

Los establecimientos cumplirán con los requisitos establecidos, posterior a 18 meses después de entrar en vigencia la Resolución que adopta este manual.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

#### 4. CAPÍTULO II

##### **FASES PARA LA ELABORACIÓN, ENSAMBLE, ADAPTACIÓN, SUMINISTRO E IMPORTACIÓN DE SILLAS DE RUEDAS SOBRE MEDIDA**

Para elaborar, ensamblar y adaptar, suministrar e importar sillas de ruedas (SR) sobre medida, se deben cumplir con las siguientes fases:

- Fase de pre adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida, corresponde a los requisitos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud a través del equipo interdisciplinario articulado con el establecimiento que elabora, ensambla y adapta, suministra e importa para la prescripción de este dispositivo médico.
- Fase de producción de sillas de ruedas (SR) sobre medida, incluye la elaboración o ensamble bajo responsabilidad de los establecimientos dedicados a estas actividades.
- Fase de adaptación y entrenamiento de las sillas de ruedas (SR) sobre medida al usuario y/o cuidador. Esta fase es responsabilidad de los establecimientos.
- Fase pos adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida, incluye el seguimiento de las sillas de ruedas (SR) sobre medida, a cargo del establecimiento. En esta fase participan activamente los profesionales tratantes, coordinadamente con el establecimiento para evaluar periódicamente la calidad y funcionalidad del dispositivo.

##### **4.1. FASE PRE ADAPTACIÓN SILLAS DE RUEDAS (SR) SOBRE MEDIDA**

Los prestadores de servicios de salud son responsables de las actividades relacionadas en la fase de pre adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida, tales como la expedición de la prescripción médica y la gestión para la autorización ante las EAPB.

##### **4.1.1. Prescripción de sillas de ruedas (SR) sobre medida**

Esta actividad corresponde a la evaluación realizada por el equipo interdisciplinario conformado por el personal de salud que incluya médico especialista según competencia, donde no se cuente con este talento humano, el profesional en medicina, con el profesional de rehabilitación, que atiende al usuario y por el director técnico del establecimiento donde se elaboran, ensamblan, adaptan, suministran e importan estos dispositivos médicos.

##### **4.1.2. Criterios para prescripción de sillas de ruedas (SR) sobre medida.**

Con el fin de que la provisión de las sillas de ruedas (SR) sobre medida responda a las condiciones y necesidades del usuario, la prescripción debe contemplar los siguientes criterios:

- a) Adecuación al usuario: La valoración funcional, debe contemplar, talla, peso, simetría postural del usuario y necesidades clínicas propias de cada persona.
- b) Adecuación al uso: Se deben tener en cuenta las actividades diarias y actividades laborales y económicas de cada persona.
- c) Adecuación al entorno: lugares de uso, transporte, movilidad, interiores y exteriores.
- d) Seguridad: soporte del peso y estabilidad.
- e) Frecuencia de uso: temporal y permanente.
- f) Durabilidad: depende del uso y las condiciones de uso.



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

---

- g) Facilidad de conducción: maniobrabilidad, mecanismos de propulsión y agarre.
- h) Limpieza y mantenimiento básico: sencillos y fáciles.
- i) Accesorios: compatibles y disponibles según características técnicas de cada silla de ruedas.
- j) Documentación: manual de uso, instrucciones y garantía del dispositivo entregadas a la persona durante la fase de pos adaptación.
- k) Fuente de financiación: Las sillas de ruedas deben contar con una fuente de financiación. Cuando las sillas de ruedas no están financiadas con recursos de la salud, luego de ser prescritas por el equipo interdisciplinario de salud, deben ser financiadas por el sector según competencia, tal como sucede con las sillas deportivas, que estarán a cargo del sector de deportes. No obstante, su elaboración o ensamble y adaptación deben cumplir con los requisitos establecidos en este manual.

#### **4.1.3. Requisitos de la prescripción de sillas de ruedas (SR) sobre medida.**

Toda prescripción de sillas de ruedas (SR) sobre medida debe hacerse por escrito, cumpliendo con los siguientes requisitos:

- a) Solo podrá ser elaborada por el médico especialista o médico general, con la participación de los profesionales de rehabilitación y el director técnico del establecimiento.
- b) Debe ser en español, letra clara, legible y contener las especificaciones definidas por el equipo interdisciplinario;
- c) No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos, diferentes a los estipulados en las normas técnicas de producto publicadas a nivel nacional o internacional;
- d) La prescripción del dispositivo médico deber realizarse en formato que contenga como mínimo, los siguientes datos:
  - Nombre del prestador de servicios de salud y profesional en medicina especializada o general, que elabora la prescripción, dirección, número telefónico y dirección electrónica;
  - Lugar y fecha de la prescripción;
  - Nombre del usuario y documento de identificación;
  - Número de la historia clínica;
  - Tipo de aseguramiento del usuario (contributivo, subsidiado, particular, otros);
  - Nombre según los estándares internacionales, tipo de silla de ruedas, características y especificaciones técnicas acordes a la condición de salud de la persona.

#### **4.1.4. Gestión de autorización para provisión de sillas de ruedas (SR) sobre medida.**

Para que el usuario pueda acceder a la silla de ruedas sobre medida, el prestador de servicios de salud debe:

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

Realizar las gestiones ante las Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), o ante las entidades territoriales de salud en su rol de asegurador, para que emitan la autorización de las sillas **de ruedas (SR) sobre medida**.

- a) Enviar autorización por cualquier medio, anexando la prescripción médica al establecimiento y entregar copia al usuario.
- b) Remitir el usuario al establecimiento que elabora, ensambla y adapta **sillas de ruedas (SR) sobre medida**, que se haya contratado por la EAPB, las Entidades Territoriales de Salud o IPS y que se encuentre autorizado por el INVIMA.
- c) Coordinar con los establecimientos y entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB, la remisión del usuario, en las diferentes fases y la autorización para inicio de la rehabilitación funcional y/o integral.

#### **4.2. FASE PRODUCCIÓN DE SILLAS DE RUEDAS (SR) SOBRE MEDIDA.**

Los establecimientos que elaboran, ensamblan, adaptan, suministran e importan sillas de ruedas (SR) sobre medida son responsables del proceso de producción.

##### **4.2.1. Tipo de sillas de ruedas.**

Corresponde al equipo interdisciplinario de salud en el cual participa el Director Técnico del establecimiento, definir el tipo de silla de ruedas según la condición del usuario y sus necesidades, para el efecto se consideran los siguientes:

- a) Sillas de ruedas manuales:
- b) Sillas de ruedas con motorizadas
- c) Sillas de ruedas sillas de ruedas bariátricas, sillas de ruedas activas (sillas livianas o livianas tipo cuidador, acorde con la talla, peso y edad de la persona)
- d) Sillas de ruedas de bipedestación: Manual y eléctrica, para uso en centros de rehabilitación.

##### **4.2.2. Proceso de producción de sillas de ruedas (SR) sobre medida.**

Corresponde al conjunto organizado y sistematizado de las actividades de elaboración o ensamble, las cuales inician con la verificación de la prescripción médica y termina con la intervención directa con el usuario. Para el desarrollo de este proceso el establecimiento que elabora o ensambla y adapta sillas de ruedas (SR) sobre medida, debe:

- a) Realizar comprensión previa de la prescripción médica, por parte del Director Técnico del establecimiento quien debe diseñar las sillas de ruedas (SR) sobre medida.
- b) Verificar la valoración y toma de medidas al usuario según su condición y necesidad.
- c) Expedición por parte del Director Técnico del establecimiento de la orden de producción.
- d) Diseño, elaboración o ensamble de las sillas de ruedas (SR) sobre medida, de acuerdo a:
  - La prescripción médica;
  - La aplicación de Normas Técnicas Nacionales e Internacionales sobre producto en su última versión o actualización, en todas las etapas de producción que definan dichas normas técnicas.
- e) Pruebas en el usuario:

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- de funcionalidad, estabilidad y seguridad.
  - De adaptación, verificación.
- f) Entrenamiento, educación y entrega al usuario o cuidador del producto junto con el manual de uso y documentos de garantía.
- g) Control de calidad de las sillas de ruedas (SR) sobre medida. Se inicia con la prescripción y termina con la adaptación de las sillas de ruedas (SR) sobre medida. Durante todo el proceso de elaboración se debe verificar el diseño, montaje, ensamble, alineación, puntos de apoyo y acolchamiento, tracción y resistencia, función y desempeño, que deben ser verificados, teniendo lo siguiente:
- Definir los puntos críticos de control.
  - Elaborar la matriz de soluciones.
- h) Seguimiento del dispositivo médico
- i) Para la ejecución de las actividades referidas en este capítulo, el establecimiento debe contar con procedimientos documentados y registros que demuestren que el proceso de elaboración o ensamble cumple con las etapas definidas en las normas técnicas de producto nacionales o internacionales.

**4.2.3. Evaluación de la silla de ruedas sobre medida terminada.** Las sillas de ruedas (SR) sobre medida será evaluada en tres (3) momentos, así:

- a) En primer lugar, por el responsable de calidad el establecimiento al terminar la elaboración de las sillas de ruedas (SR) sobre medida, con el fin de garantizar el diseño, montaje, ensamble y su calidad en general.
- b) En segundo lugar, por el Director Técnico del establecimiento en las pruebas para la adaptación de las sillas de ruedas (SR) sobre medida al usuario.
- c) En tercer lugar, por el equipo interdisciplinario en conjunto, para evaluar las características de funcionalidad, desempeño de las sillas de ruedas (SR) sobre medida, el confort y satisfacción de las necesidades del usuario, así como el cumplimiento de la prescripción médica.

Las sillas de ruedas (SR) sobre medida devueltas o que no se ajustan a los criterios de calidad deben ser eliminadas, a menos que se tenga certeza de que su calidad es susceptible de mejora para el mismo usuario, o cuando se trate de ajustes, mantenimiento y reparación durante su vida útil.

**4.2.4. Actividades específicas a realizarse con el usuario.** Los establecimientos que elaboran o ensamblan y adaptan sillas de ruedas (SR) sobre medida, deben realizar con presencia del usuario las actividades específicas establecidas en el numeral

**4.2.5.** literales **b), e)**, y f) dentro de las instalaciones del establecimiento en las áreas destinadas a su atención.

### **4.3. FASE DE ADAPTACIÓN Y ENTRENAMIENTO.**

La adaptación de las sillas de ruedas (SR) sobre medida y el entrenamiento del uso de esta, deben permitir evaluar el diseño, montaje, ensamble, resistencia, características funcionales y de desempeño, así como las relacionadas a los elementos de apoyo postural a la medida.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

---

#### **4.3.1. Adaptación de las sillas de ruedas (SR) sobre medida.**

El establecimiento que elabora o ensambla y adapta sillas de ruedas (SR) sobre medida, debe garantizar la adaptación de este dispositivo médico de acuerdo a las condiciones y necesidades del usuario, esto tiene que ver con los requisitos de asiento y apropiado apoyo postural, que incluye:

- a) Tamaño de la silla de ruedas, que puede ser pediátrica o para adultos.
- b) Tipo de asiento, nivelación de ambos costados, ángulo y forma que calcen al cuerpo y peso del usuario.
- c) Tipo de cojín y su capacidad de proporcionar comodidad y alivio a la presión, respondiendo a criterios ergonómicos requeridos por el usuario.
- d) Superficies de contacto corporal del asiento y apoyo postural, especialmente en zonas habituales de sensibilidad.
- e) Juntas o uniones, que ayudan a que el usuario mantenga una postura funcional y cómoda y proporcionan alivio de la presión.
- f) Apoyo postural en espalda baja y alta, apoya brazos y apoya pies que contribuye a una correcta postura y disminuyen la presión.
- g) Ajustabilidad: Capacidad de ajuste de la silla de ruedas, de acuerdo a la estructura anatómica de la persona, para satisfacer las necesidades funcionales.
- h) Factores ergonómicos de la silla de ruedas.

#### **4.3.2. Capacitación, Entrenamiento y manejo de las sillas de ruedas (SR) sobre medida**

El establecimiento que elabora o ensamble y adapta sillas de ruedas (SR) sobre medida, debe garantizar la capacitación, entrenamiento práctico, y manejo de la silla de ruedas dirigida al usuario, la familia y persona cuidadora, sobre:

- a) Manipulación de la silla de ruedas según el tipo y modelo;
- b) Transferencia del usuario a la silla y salir de esta;
- c) Aplicar la técnica apropiada de propulsión;
- d) Giros sobre su propio eje, giro a la derecha y a la izquierda;
- e) Subir y bajar rampas, bordillos y escaleras;
- f) Levantar las ruedas delanteras para navegar obstáculos;
- g) Mantenimiento básico de la silla de ruedas, asiento y el cojín.
- h) Técnicas para el alivio adecuado de presión y como prevenir las lesiones por esta causa

#### **4.4. FASE POS ADAPTACIÓN.**

El establecimiento que elabora o ensamble y adapta sillas de ruedas (SR) sobre medida, en la pos-adaptación del dispositivo médico al usuario, debe:

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- a) Entregar documentación al usuario o cuidador relacionada al dispositivo médico: garantía dos años (2), manual de uso y mantenimiento básico.
- b) Realizar trazabilidad (seguimiento) de la silla de ruedas durante la garantía y a solicitud de los profesionales tratantes, del usuario o cuidador durante la vida útil. Esto permite la evaluación de las condiciones de seguridad, efectividad y desempeño del dispositivo médico dentro del proceso de rehabilitación funcional de la persona.
- c) Mantenimiento preventivo y correctivo. Durante el tiempo de la garantía y a solicitud del usuario o cuidador posterior a este.
- d) Eliminar los componentes y materiales de las sillas de ruedas (SR) sobremedida devueltas o que no se ajusten a los criterios de calidad o sanitarios, dado que no se permite el reúso, a menos que se tenga certeza de que su calidad es susceptible de mejora para el mismo usuario, o cuando se trate de ajustes, mantenimiento y reparación durante la vida útil del dispositivo. Cumpliendo con la normatividad vigentes sobre residuos peligrosos

## 5. CAPÍTULO III

### GARANTÍA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD

#### 5.1. Principio de seguridad y funcionamiento.

Las sillas de ruedas (SR) sobre medida deben elaborarse, ensamblarse y adaptarse de tal forma, que su utilización no comprometa la salud ni la seguridad de los usuarios o de quienes estén en contacto con los mismos, cuando estas se utilicen en las condiciones y con las finalidades previstas.

#### 5.2. Sillas sobre medida importadas.

Los importadores de sillas de ruedas (SR) sobre medida elaboradas en otros países, deben cumplir con los requisitos definidos en este manual, dado que su actividad está contemplada como ensamble o semielaboración.

En el evento en que el importador no cuente con establecimiento, debe contratar con los establecimientos autorizados por el INVIMA, que elaboran o ensamblan y adaptan estos dispositivos médicos.

##### 5.2.1. Autorización de importación de sillas de ruedas (SR) medida

Cuando un usuario desee adquirir una silla de ruedas (SR) sobre medida elaborado en el exterior, deberá solicitar una autorización al Invima, anexando la siguiente documentación:

1. Fórmula médica con firma, registro médico y prescripción del médico tratante de la Institución Prestadora de Salud o del profesional independiente.
2. Especificaciones técnicas del dispositivo correspondientes con el diagnóstico emitido.
3. Número de documento de identidad del paciente.

**Parágrafo.** El procedimiento para la autorización de importación será definido por el Invima dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición del presente manual.

#### 5.3. Garantía de la calidad, seguridad y desempeño de las sillas de ruedas (SR) sobre medida.

Para garantizar la seguridad y entrenamiento al usuario, así como el desempeño y calidad de la **sillas de ruedas (SR) sobre medida** fabricada nacionalmente o en otro país, además de su seguimiento (trazabilidad) pos adaptación, se establece que en ningún caso debe

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

adaptarse una **sillas de ruedas (SR) sobre medida** a un usuario, sin el cumplimiento de lo establecido en este manual.

## 6. CAPÍTULO IV

### REQUISITOS HIGIÉNICOS SANITARIOS, LOCATIVOS Y DE PERSONAL

Los establecimientos que elaboran, ensamblan y adaptan sillas de ruedas (SR) sobre medida), deben cumplir con los siguientes requisitos higiénico-sanitarios, locativos y de personal:

#### 6.1. Talento Humano.

Los establecimientos que elaboren, ensamblen y adapten sillas de ruedas (SR) sobre medida, deben contar con un director técnico y personal técnico.

##### 6.1.1. Director Técnico.

Quien debe contar como mínimo con formación en tecnología ortopédica igual al nivel Tecnólogo (equivalente ISPO Categoría II), o con formación en ramas de la ingeniería, que hayan realizado capacitación en elaboración, ensamble y adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida.

##### 6.1.1.1. Responsabilidades del Director Técnico.

El Director Técnico hará parte del grupo interdisciplinario que evalúa al, usuario con el fin de apoyar en la prescripción de las sillas de ruedas (SR) sobre medida. Además tiene las siguientes internacionales, tipouanto al diseño, elaboración o ensamble y adaptación de este dispositivo médico:

- a) Diseñar las sillas de ruedas (SR) sobre medida, teniendo en cuenta la prescripción médica y las normas técnicas nacionales o internacionales.
- b) Supervisar directamente las actividades de elaboración de la sillas de ruedas (SR) sobre medida.
- c) Entregar al cuidador o usuario la información sobre el uso y cuidados de, como también la garantía y precauciones especiales.
- d) Elaborar y cumplir los diferentes procesos y procedimientos de trabajo aprobados en el establecimiento.
- e) Garantizar que los equipos se encuentren en buen estado, se utilicen de manera adecuada y que sobre ellos se realicen los procedimientos de mantenimiento y calibración requeridos.
- f) Garantizar el correcto almacenamiento de las sillas de ruedas (SR) sobre medida, y materias primas.
- g) Evaluar y registrar los problemas detectados en la calidad de las sillas de ruedas (SR) sobre medida elaboradas e informar al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA o a la autoridad sanitaria competente.
- h) Responder por que la documentación técnica generada sea válida y completa.
- i) Seleccionar y aprobar las materias primas, insumos, componentes.
- j) Realizar la toma de medidas, según la norma técnica de producto para que el diseño, elaboración y medición sean correctas. Garantizar la alineación entre el usuario y las sillas de ruedas (SR) sobre medida.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- k) Garantizar el entrenamiento al cuidador o usuario de la sillas de ruedas (SR) sobre medida.
- l) Garantizar la articulación con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.

Las demás propias de su actividad y que garanticen la calidad en el diseño, elaboración y adaptación de las sillas de ruedas (SR) sobre medida.

#### **6.1.2. Personal técnico.**

Quien debe tener permanencia en el establecimiento y contar mínimo con certificación de técnico laboral, o certificado de competencias laborales de tecnología ortopédica o en las ramas técnicas de las ingenierías, con capacitación en elaboración, ensamble y adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida, otorgada por una institución autorizada en el territorio nacional.

##### **6.1.2.1. Responsabilidades del personal técnico.**

El personal técnico es responsable de:

- a) Realizar operación de elaboración, ensamble y terminación de las sillas de ruedas (SR) sobre medida, incluyendo el uso de máquinas, equipos, herramientas e instrumentos.
- b) Reportar al Director Técnico información relevante durante la elaboración y de la silla de ruedas (SR) sobre medida terminada.
- c) Hacer parte en los procedimientos de seguimiento pos adaptación de la sillas de ruedas (SR) sobre medida, con el objetivo de evaluar necesidades de mantenimiento, reparación y reposición cuando sea necesario.
- d) Responder por el cuidado y uso racional de materias primas, cuidado de máquinas, equipos, herramientas e instrumentos dados para realizar su labor.
- e) Informar al Director Técnico oportunamente acerca de los desperfectos de máquinas, equipos, herramientas e instrumentos.

Las demás propias de su actividad y que garanticen la calidad en la elaboración del dispositivo médico.

#### **6.2. Capacitación.**

El establecimiento debe contar con un programa de capacitación permanente para todo el personal según las necesidades, con el fin de garantizar la ejecución de los procedimientos de elaboración y adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida, dicho programa debe:

- a) Establecer períodos de inducción al personal nuevo del establecimiento y a quienes se les han asignado nuevas funciones.
- b) Documentar, registrar y evaluar de forma periódica.
- c) Incluir entrenamiento y capacitación en el manejo de las máquinas y las herramientas, enfatizando en la importancia del mantenimiento y limpieza.
- d) Capacitar a todo el personal en el sistema de gestión, seguridad y salud en el trabajo.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

- e) Capacitar al personal sobre las recomendaciones dadas por el fabricante para el manejo de materias primas, máquinas y equipos con el fin de minimizar los riesgos de accidentes y enfermedad profesional.
- f) Capacitar al personal sobre nuevas tecnologías en sillas de ruedas (SR) sobre medida, sean importadas o fabricadas en el país.

### **6.3. Organización.**

Cuando el establecimiento tenga más de 10 empleados debe contar con estructura organizacional, a efectos de comprender las responsabilidades y funcionamiento del mismo, en aras a garantizar su permanencia en el tiempo, para lo cual es necesario:

- a) Contar con recursos apropiados en cuanto a personal, instalaciones, equipos, maquinarias y herramientas.
- b) Contar con un responsable del control de calidad que será independiente en sus competencias del personal de producción.
- c) Contar con manual de calidad donde se contemple la misión, visión, política de calidad, objetivos de calidad, procesos y procedimientos.
- d) Contar con manual de funciones por cargo, según lo establecido en el presente manual.

Los establecimientos con personal inferior a lo establecido en este numeral cumplirán únicamente con el literal a).

### **6.4. Saneamiento e higiene.**

Los establecimientos que elaboran o ensamblan y adaptan sillas de ruedas (SR) sobre medida) deben mantener los ambientes, equipos, máquinas e instrumentos, materias primas, componentes y sillas de ruedas (SR) sobre medida terminadas, en condiciones de higiene, orden y aseo. Además, deben:

- a) Implementar y desarrollar el sistema de gestión, seguridad y salud en el trabajo.
- b) Dotar de vestuario de trabajo y elementos de protección a sus empleados de acuerdo con la actividad que estos desempeñen.
- c) Contar con un botiquín que contenga elementos necesarios para la administración de primeros auxilios.
- d) Prevenir el agua estancada, polvo en la atmósfera y evitar la presencia de insectos u otros animales.
- e) Contar con un procedimiento para control de plagas, que defina entre otros la periodicidad, cronograma y registro de realización del mismo.
- f) Prohibir mantener plantas, medicamentos, alimentos y bebidas. Asimismo, fumar, comer y beber en las áreas de taller, evaluación de sillas de ruedas (SR) sobre medida terminadas, almacenamiento de materias primas y sillas de ruedas (SR) sobre medida terminadas y toma de medidas.
- g) Verificar el mantenimiento de las fuentes de los distintos tipos de agua, electricidad y gas e instruir a los trabajadores sobre el uso seguro de estas fuentes para prevenir accidentes.
- h) Cumplir la normatividad vigente sobre manejo y disposición de residuos sólidos.



Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

---

- i) Contar con equipos para prevención de incendios claramente identificados y dispuestos en lugar visibles.

#### **6.5. Maquinas, Equipos, Herramientas, Instrumentos y Mantenimiento.**

El mantenimiento preventivo puede ser propio o contratado con terceros, este debe contener procedimientos escritos incluyendo forma, periodicidad, trabajos realizados y arreglos eventuales de los equipos o máquinas. Las máquinas, equipos, herramientas e instrumentos utilizados para elaborar o ensamblar sillas de ruedas (SR) sobre medida, deben:

- a) Ser sometidos de manera periódica a mantenimiento preventivo y calibración si fuere el caso, estableciendo procedimientos y cronogramas para su realización la cual debe quedar registrada.
- b) Instalarse en las áreas y zonas donde se utilizan, de manera que permitan el flujo de las personas y materias primas.
- c) Contar con registros de limpieza y mantenimiento de equipos y máquinas, fechados y firmados por los responsables y formarán parte de la documentación.
- d) Adoptar medidas de prevención cuando las máquinas originen ruido o calor excesivo, que garanticen la salud del personal. Las máquinas defectuosas o en desuso deben ser retiradas del establecimiento.
- e) Calibrar los equipos e instrumentos de medición para el funcionamiento confiable.

#### **6.6. Instalaciones.**

Deben ser construidas, adaptadas y mantenidas de manera que facilite el desempeño de las actividades propias de elaboración o ensamble y adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida y minimizar los riesgos potenciales.

##### **6.6.1. Requisitos generales de las instalaciones.**

- a) Pisos, paredes y techo de fácil limpieza y mantenimiento.
- b) Los drenajes deben estar conectados a los ductos de desagüe general público, con diámetro que impida el retrosifonaje y permita un rápido escurrimiento.
- a) Para garantizar el adecuado manejo de los residuos líquidos, los establecimientos deben contar con las correspondientes autorizaciones o permisos que se requieran, expedidos por la autoridad ambiental competente.
- b) Para el manejo y disposición de residuos sólidos se debe dar cumplimiento a la legislación sanitaria vigente, Decreto 351 de 2014 y Resolución 1164 de 2002, o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan.
- c) Las unidades sanitarias en general deben estar dotados de elementos para el lavado y secado de las manos.
- d) Dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 14 de la Ley 1618 de 2013, relacionado con la accesibilidad física al establecimiento, la comunicativa y actitudinal entre el usuario de silla de ruedas y el talento humano del establecimiento.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

---

### **6.6.2. Áreas y zonas.**

Estas instalaciones deben contar como mínimo con las siguientes áreas y zonas:

- a) Para atención al usuario: Toma de medidas, adaptación de la silla de ruedas sobre medida al usuario y su entrenamiento. Esta área, debe permitir evaluar de manera activa, la alineación de la silla, las modificaciones, posicionamiento del usuario y adaptación; así mismo, debe permitir al usuario, el entrenamiento en las habilidades básicas, giros sobre su propio eje, giro a la derecha y a la izquierda, subir y bajar rampas, bordillos y escaleras;
- b) Para la producción: Taller, almacenamiento de materias primas y productos terminados y control de calidad.
- c) Dentro del taller se dispondrá de zonas para: trabajo con materiales críticos como laminación, metalmecánica, soldadura, para procesos mecanizados, ensamble, montaje y alineación. También debe contar con zonas para talabartería y cojinería
- d) Dentro del almacenamiento se debe contar con zonas para: la recepción, inspección, productos no aprobados y almacenamiento de materias primas, componentes e insumos.
- e) Zonas accesorias: Administrativas, baños, vestieres, lavado y almacenamiento de elementos de aseo y disposición de residuos sólidos.
- f) Las áreas de atención al usuario y unidades sanitarias del establecimiento deben cumplir con normas de accesibilidad de las personas en condición de discapacidad funcional en concordancia con la Ley 1618 de 2013 y el Decreto 1660 de 2003 o la norma que la modifique, adicione o sustituya).
- g) En las áreas destinadas a actividades que producen gases, calor deben instalarse extractores de buen caudal o de sistemas que permitan una rápida renovación de aire y regulación de la temperatura.
- h) Las áreas y zonas de trabajo deben contar con niveles de iluminación, temperatura y ventilación adecuados.

### **6.7. Manejo de materias primas, componentes e insumos.**

Las materias primas, componentes e insumos, que se utilizan en la elaboración o ensamble de sillas de ruedas sobre medida, deben contar cuando aplique con certificados de análisis/fichas técnicas, entregados por el proveedor, además debe cumplirse con los siguiente:

- a) Las materias primas, componentes e insumos objeto de devoluciones, rechazos y en cuarentena deben mantenerse aislados, hasta tanto el director técnico defina su destino, dejando registro del estado de calidad.
- b) Para la recepción técnica materias primas, componentes e insumos se requiere llevar un registro que contenga como mínimo la siguiente información:
  - Fecha de ingreso al establecimiento;
  - Nombre con que ha sido designado por el fabricante la materia prima, el componente o el insumo y código de referencia cuando aplique;
  - Número de lote asignado por el fabricante cuando aplique.
  - Fecha de caducidad cuando aplique.

Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”

---

- Identificación y domicilio del proveedor.
- Registro Sanitario cuando aplique.

Las materias primas, componentes e insumos deben almacenarse sobre el palé o estanterías evitando el contacto con el piso y de acuerdo a las condiciones establecidas por el fabricante.

#### **6.8. Documentación y Archivo.**

La documentación es esencial para la trazabilidad del dispositivo médico durante su vida útil y debe estar relacionada con todos los procesos: de producción, adaptación y atención del usuario.

Está permitido registrar la información por medio de sistemas electrónicos de procesamiento de datos, o sistemas fotográficos u otros medios aprobados, siempre y cuando la información este protegida de posibles modificaciones por personal no autorizado.

#### **6.9. Procedimientos.**

El establecimiento que elabora o ensambla sillas de ruedas (SR) sobre medida debe contar como mínimo con los siguientes procedimientos, los cuales deben ser implementados y supervisados por el Director Técnico y registrados por quienes los aplican:

- a) Procedimiento general de recepción, aprobación o rechazo y salida de materias primas, componentes e insumos.
- b) Procedimiento referido al almacenamiento de materias primas, componentes, insumos y producto terminado.
- c) Procedimiento referido al control de calidad.
- d) Procedimiento de elaboración y adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida.
- e) Procedimiento de ensamble y adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida.
- f) Procedimiento relacionado con la seguridad del usuario en el establecimiento y durante las intervenciones directas realizadas con el mismo, tales como: toma de medidas, pruebas, adaptación y entrenamiento.
- g) Procedimiento que garantice que la silla de ruedas (SR) sobre medida terminada, está elaborada o ensamblada de acuerdo con la prescripción y en cumplimiento de las normas técnicas de producto nacionales o internacionales.
- h) Procedimiento que garantice el registro e información para realizar la trazabilidad de las sillas de ruedas (SR) sobre medida.
- i) Procedimiento relacionado con la capacitación del personal.
- j) Procedimiento relacionado con aseo y limpieza del establecimiento.
- k) Procedimiento relacionado con mantenimiento de máquinas, equipos y herramientas.
- l) Procedimiento relacionado con el tratamiento a quejas, reclamos y notificaciones de eventos adversos.

Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"

## **7. NORMAS TÉCNICAS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS A SILLAS DE RUEDAS (SR) SOBRE MEDIDA**

El presente manual sugiere las siguientes normas técnicas nacionales e internacionales para elaboración o ensamble y adaptación de sillas de ruedas (SR) sobre medida:

- NTC 4265: 1997 SILLAS DE RUEDAS. DETERMINACIÓN DE LA ESTABILIDAD.
- NTC 4266: 1997 SILLAS DE RUEDAS. DETERMINACIÓN DE LOS FRENOS.
- NTC 4267: 1997 SILLAS DE RUEDAS TIPO. DETERMINACIÓN DE LAS DIMENSIONES TOTALES MÁXIMAS.
- NTC 4268: 1997 SILLA DE RUEDAS. CLASIFICACIÓN POR TIPO, CON BASE EN CARACTERÍSTICAS DE ASPECTO.
- NT ISO 7176 2014. SERIE PART 1: DETERMINATION OF STATIC STABILITY — PART 2: DETERMINATION OF DYNAMIC STABILITY OF ELECTRIC WHEELCHAIRS — PART 3: DETERMINATION OF EFFECTIVENESS OF BRAKES — PART 4: ENERGY CONSUMPTION OF ELECTRIC WHEELCHAIRS.
- PAUTAS PARA EL SUMINISTRO DE SILLAS DE RUEDAS MANUALES EN ENTORNOS DE MENORES RECURSOS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) 2008.
- PROTOCOLO INFORMADO EN EVIDENCIAS PARA LAS INDICACIONES TÉCNICAS DE PRESCRIPCIÓN Y USO DE SILLAS DE RUEDAS MANUALES Y ELÉCTRICAS. INSTITUTO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD (IETS) 2019

## **8. BIBLIOGRAFIA**

Decreto 4725 de 2005 Por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano.

Decreto 3275 de 2009 Por el cual se modifica el artículo 1° y se adiciona un párrafo al artículo 18 del Decreto 4725 de 2005".

Resolución 2968 de 2015 Por la cual se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa ubicados en el territorio nacional.

Ley 1618 de 2013 Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.

Ley 9 de 1979 Por la cual se dictan normas sanitarias.

Resolución 4816 de 2008 Por la cual se reglamenta el Programa Nacional de Tecnovigilancia.

NTC 4265: 1997 Sillas de ruedas. Determinación de la estabilidad.

NTC 4266: 1997 Sillas de ruedas. Determinación de los frenos.

NTC 4267: 1997 Sillas de ruedas tipo. Determinación de las dimensiones totales máximas.

NTC 4268: 1997 Silla de ruedas. Clasificación por tipo, con base en características de aspecto.

NT ISO 7176 2014. Serie part 1: determination of static stability — part 2: determination of dynamic stability of electric wheelchairs — part 3: determination of effectiveness of brakes — part 4: energy consumption of electric wheelchairs.

Continuación de la resolución *“Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la implementación del proceso de rehabilitación, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*

---

Pautas para el suministro de sillas de ruedas manuales en entornos de menores recursos. Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008.

Protocolo informado en evidencias para las indicaciones técnicas de prescripción y uso de sillas de ruedas manuales y eléctricas. Instituto de Evaluación de Tecnologías en salud (IETS) 2019.

Un Panorama de Mercado y un Enfoque Estratégico para Incrementar el Acceso a Sillas de Ruedas y Servicios Relacionados, en Países de Bajos y Medianos Ingresos. Revisar para incluir, Narrativa de sillas de ruedas, desafíos del mercado y posibles soluciones.  
[https://static1.squarespace.com/static/5b3f6ff1710699a7ebb64495/t/5db2c2ee92f5c03a7ff355d6/1571996401012/ATscale\\_PN-Wheelchairs\\_0819\\_ESP-web.pdf](https://static1.squarespace.com/static/5b3f6ff1710699a7ebb64495/t/5db2c2ee92f5c03a7ff355d6/1571996401012/ATscale_PN-Wheelchairs_0819_ESP-web.pdf)