La salud
es de todos

Minsalud

Orientaciones Técnicas para la Rehabilitación Funcional

Lineamientos de la ruta de rehabilitación funcional articulada con la ruta de atención integral MIAS

Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá Marzo 2019

Contenido

01. **Antecedentes**

02. **Análisis situacional de la Rehabilitación.**

03. **Marco Normativo**

04. **Marco conceptual y operativo de la rehabilitación funcional.**

05. **Estructuración de los procesos de rehabilitación funcional en las redes integrales de salud, niveles de atención y niveles de complejidad.**

06. **Componentes de articulación en el proceso de Rehabilitación Funcional de las personas con discapacidad**

07. **Responsabilidades de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en salud**

1. Antecedentes

ANTECEDENTES

El proceso de rehabilitación El interés por la rehabilitación y sus avances a nivel mundial, ha estado determinado por acontecimientos históricos, relacionados con guerras, procesos acelerados de urbanización e industrialización (Pava & Colb, 2016),

Cambio en el perfil epidemiológico (identificación de alteraciones funcionales por los procesos históricos de guerras y otros).

Surgimiento de nuevas profesiones de salud , modelos de intervención y tecnologías.

La rehabilitación en sus inicios buscaba “normalizar” la condición de las personas, se trabajaba un enfoque biológico. En la actualidad la rehabilitación aborda no sólo la alteración funcional sino reconoce la deficiencia e influye de manera positiva o negativa para las la participación o restricción en una actividad.

ANTECEDENTES

En Colombia a partir de la Ley estatutaria 1751 de 2015 el acceso a rehabilitación es un derecho para la totalidad de la población en especial para las Personas con Discapacidad.

Sistema General de Seguridad Social en Salud, se materializa a través de los procesos de rehabilitación funcional, como está provisto y financiado por este Sistema.

En el año 2012 primer referente de orientaciones técnicas en el programa de Minas Antipersonas del MSPS donde se fortalece el sistema de rehabilitación integral de PcD

El Departamento Nacional de Planeación evidenció la necesidad de garantizar que toda la población con discapacidad en Colombia tuviera servicios de salud y rehabilitación de calidad, para que las barreras de acceso a la educación y el trabajo, entre otros, disminuyeran.

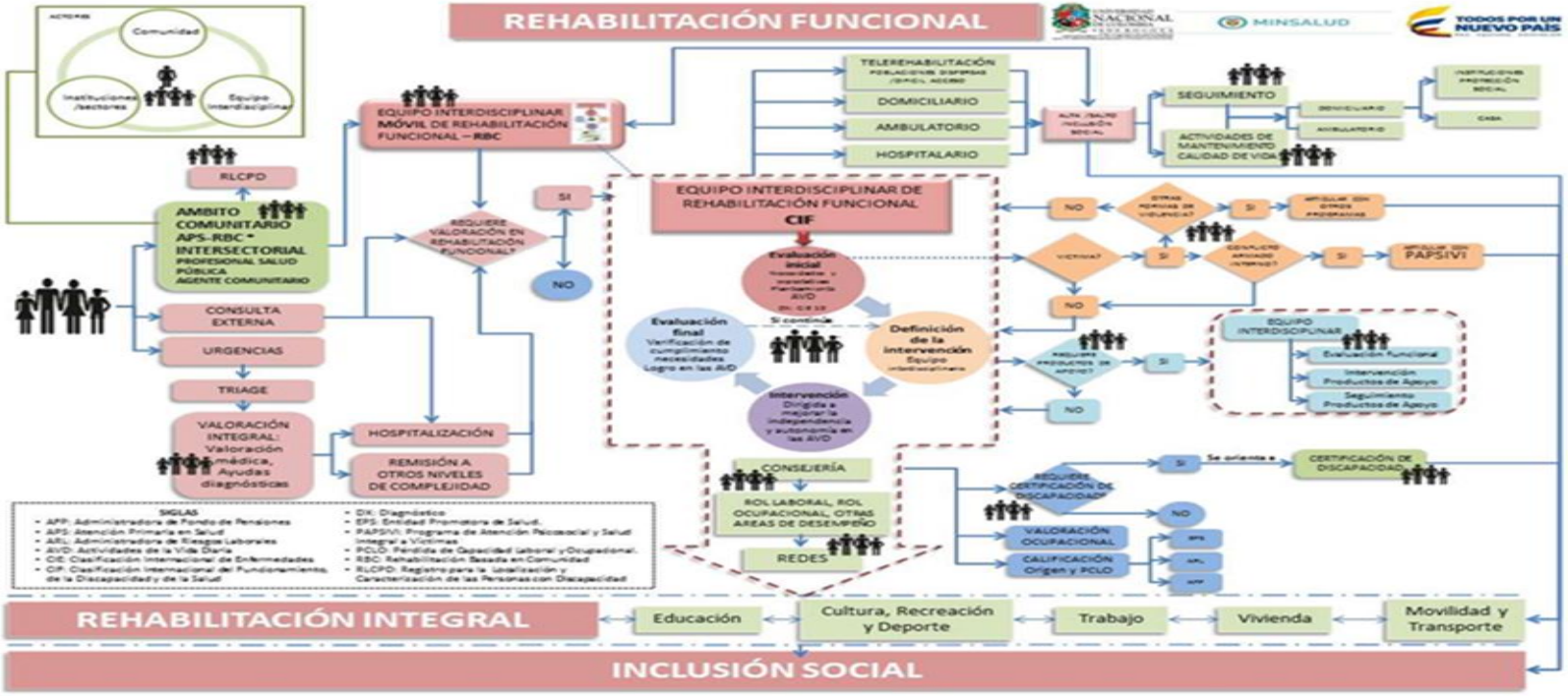
ANTECEDENTES

En MSPS estableció el Convenio Nº 338 de 2013, suscrito con Handicap International Colombia como parte del proceso de construcción de los Lineamientos de Rehabilitación Funcional, elemento fundamental para el logro de la rehabilitación integral

En febrero de 2014, se realizó la primera reunión de la Mesa Nacional de Autismo denominada “Mesa de trabajo en torno a la atención integral en salud de las personas con Trastornos del Espectro Autista – TEA”, de la cual quedó un documento compilado, que fue una fuente de consulta.

En el marco del Convenio interadministrativo 736-2014 establecido entre el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS y la Universidad Nacional de Colombia – U.N, se desarrolló el documento que propuso la “Ruta Crítica de Rehabilitación Funcional con Enfoque Biopsicosocial, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya orientación fue específica para la atención de las personas con discapacidad.

FIGURA 1. Ruta Crítica de rehabilitación Funcional con Enfoque Biopsicosocial en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud



Fuente: Tomado de Documento Ruta Crítica de rehabilitación funcional con enfoque biopsicosocial en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud Convenio Interadministrativo T36-2014 suscrito entre el Ministerio de salud y Protección Social y la Universidad Nacional de Colombia. (2014)

2. Análisis situacional de la rehabilitación

ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA REHABILITACIÓN

Rehabilitación es una necesidad mundial

OMS: Los servicios de RHB aumentarán de acuerdo con los perfiles epidemiológicos por el incremento de enfermedades NO trasmisibles y de envejecimiento

El estado debe garantizar el derecho de RHB de las personas

La situación de la rehabilitación en Colombia

La Resolución 5269 de 2017, “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”, en el Artículo 2°, establece que el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC “(…) es el conjunto de servicios y tecnologías en salud (…), estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas en esta resolución”

Referente Conceptual de la Rehabilitación Funcional

- El modelo de rehabilitación en Colombia no ha trascendido del actual modelo biológico al modelo biopsicosocial. Se siguen asumiendo respuestas individuales, homogéneas, tipificadas, que desconocen el contexto y los determinantes sociales en salud.

- Los programas de rehabilitación no tienen en cuenta la diversidad sociocultural, ni la integralidad de las personas y el reconocimiento de todas sus diferencias.

- Las personas que se benefician de los servicios de rehabilitación aún desconocen su rol activo en el proceso y su participación en la toma de decisiones es poca o nula.

Referente Conceptual de la Rehabilitación Funcional

- Las orientaciones que dirigen las acciones de rehabilitación no tienen en cuenta que el proceso de rehabilitación debe estar centrado en las necesidades, deseos y expectativas de las personas y sus familias, con el fin de mejorar su calidad de vida.

- El proceso de rehabilitación no está fundamentado sobre el eje de independencia, autonomía y vida digna y estos aspectos son desconocidos a lo largo del curso de vida. La participación de la familia y de la comunidad no tiene el peso suficiente en los procesos de rehabilitación.

Organización del sistema de salud y de los servicios de rehabilitación

- No están definidos los niveles de complejidad y niveles de atención en rehabilitación ni la red de prestadores de los servicios, ni sus actores específicos, competencias y roles.
- No hay un desarrollo suficiente de los servicios de rehabilitación de diferente complejidad en los tres niveles de atención, correspondientes con las regiones geográficas del país y la cobertura esperada.

- Existe una concentración de profesionales de la rehabilitación en ciertas zonas del país, en particular en ciudades capitales y un abandono total en otras, especialmente en zonas dispersas,
- Las intervenciones en rehabilitación no son realizadas de manera interdisciplinaria, ni temprana, ni en todas las fases de atención integral en salud, de tal forma que no siempre son efectivas las acciones emprendidas para prevenir y reducir la discapacidad.

Organización del sistema de salud y de los servicios de rehabilitación

- Las intervenciones en rehabilitación con mucha frecuencia se prestan de manera fragmentada, una de las razones para que esto suceda es que los servicios prestados responden a una lógica de mercadeo y no a la concepción de un proceso de rehabilitación integrado y centrado en las personas y sus familias, lo cual ha conducido al crecimiento de las inequidades en salud.

- La estructura de los programas de rehabilitación existentes en la mayoría de los casos no ha establecido unos objetivos y metas suficientemente claras, que eviten la permanencia de las personas por periodos prolongados de tiempo en los servicios de rehabilitación funcional, ni tampoco las interacciones con otros sectores corresponsables de la rehabilitación integral.

- No existe una planeada y monitoreada articulación interinstitucional e intersectorial real que logre la participación e inclusión social de las personas con discapacidad, y que garantice el acceso real, oportuno y con calidad a los servicios de rehabilitación.

Organización del sistema de salud y de los servicios de rehabilitación

- El acceso al sistema de salud y a los servicios de rehabilitación es problemático en todas las zonas del país, en especial aquellas zonas urbanas o rurales de difícil acceso o con población dispersa, donde las inequidades se ven exacerbadas por trámites administrativos que restringen el acceso a los servicios de rehabilitación.

- No existen alternativas de rehabilitación diferentes a las presenciales, es decir, a acudir directamente a los centros de rehabilitación y aunque existen esfuerzos aislados de algunas instituciones por prestar servicios no presenciales, estos aún son poco conocidos.

- Los servicios de salud de primer nivel no cuentan con capacidad resolutiva frente a los procesos de rehabilitación funcional, así como la dificultad para proyectar sus alcances hacia los procesos de rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

Capacidad instalada de los recursos humanos de los servicios de rehabilitación

- No hay suficiente formación del personal de todo el sistema de salud, tanto en los primeros niveles de complejidad de la atención, como en todo el itinerario de niveles de complejidad, con respecto a la detección temprana, prevención primaria, secundaria o terciaria que evite el impacto negativo de los generadores de discapacidad.
- Los profesionales de la salud vinculados con los servicios de rehabilitación, no están capacitados para actuar con un enfoque biopsicosocial, que materialice el enfoque de derechos, con una perspectiva diferencial.
- No se ha unificado un lenguaje común dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni en los profesionales de rehabilitación que promueva la diversidad y la garantía de los derechos en salud y rehabilitación.
- No hay una gestión administrativa clara y precisa que facilite los procesos de rehabilitación funcional y se desconoce el impacto del factor oportunidad sobre las metas del trabajo.

Implementación de la Política Pública de Discapacidad

El derecho a la salud y la rehabilitación aún está siendo vulnerado para algunas personas. A pesar de estar consagrado en el Sistema de Salud, aún no se implementa plenamente.

No existe la suficiente divulgación de los derechos en salud, en las personas con discapacidad, sus familias y los funcionarios responsables de garantizarlos.

No existe equidad en la prestación de los servicios de rehabilitación. Está sujeta a la capacidad de pago y de recursos financieros, sociales y geográficos disponibles. Se extraña un abordaje de análisis desde los determinantes sociales en salud, que oriente acciones dirigidas a mitigar las crecientes inequidades.

3. Marco Normativo

Marco Normativo

- Ley Estatutaria 1751 de 2015: Salud como un derecho fundamental.

- Ley 1346 de 2009: la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad“

- Ley Estatutaria 1618 de 2013: Rehabilitación funcional y Rehabilitación Integral.

- Ley 1618 de 2017 en el artículo 9 derecho a la habilitación y Rehabilitación.

Escenario político para la Rehabilitación Funcional.

Resolución 429 de 2016 se adoptó la Política de Atención Integral de Salud - PAIS, cuyo objetivo general es:

"(…) orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud" (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015".

El marco estratégico que se fundamenta en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones y se operacionaliza a través del Modelo Integral de Atención - MIAS

La Política de Atención Integral en Salud busca la transformación de un modelo institucional de la Ley 100 de 1993, hacia el cumplimiento de los objetivos de un Sistema de Salud centrado en la población y sus relaciones a nivel familiar y comunitario

ESTRATEGIAS POLITICAS
DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD - PAIS-

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

Es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema, los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio de los derechos. Una PAS con enfoque de salud familiar y comunitarias que sirve de interfaz entre la necesidad del desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y el equipo interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de su capacidad para dar respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.

EL CUIDADO

Entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del cuidado consigo mismo y con la comunidad. No es posible esperar resultados en salud si el propio individuo y la comunidad no adoptan conductas y prácticas que los protejan frente a los riesgos de salud.

GESTION INTEGRAL DEL RIESGO

Estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de la enfermedad.

ENFOQUE DIFERENCIAL

Comprende la adaptación del modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de los servicios disponibles considerados como factores críticos en el éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS.

El MIAS está asociado a la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, y se centra en la persona. .

Este modelo propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad.

El modelo establece para la definición de los grupos de riesgo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo).

Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS.

El MIAS cuenta con diez componentes dispuestos así:

1) Caracterización de la población

2) Regulación de Rutas Integrales en Salud – RIAS,

3) Implementación de la Gestión Integral del Riesgo - GIRS

4) Delimitación territorial del MIAS

5) Redes integrales de Prestadores de Servicios – RED,

6) Redefinición del Rol del Asegurador

7) Redefinición del esquema de incentivos

8) Requerimientos y procesos del sistema de información

9) Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud

10) Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento

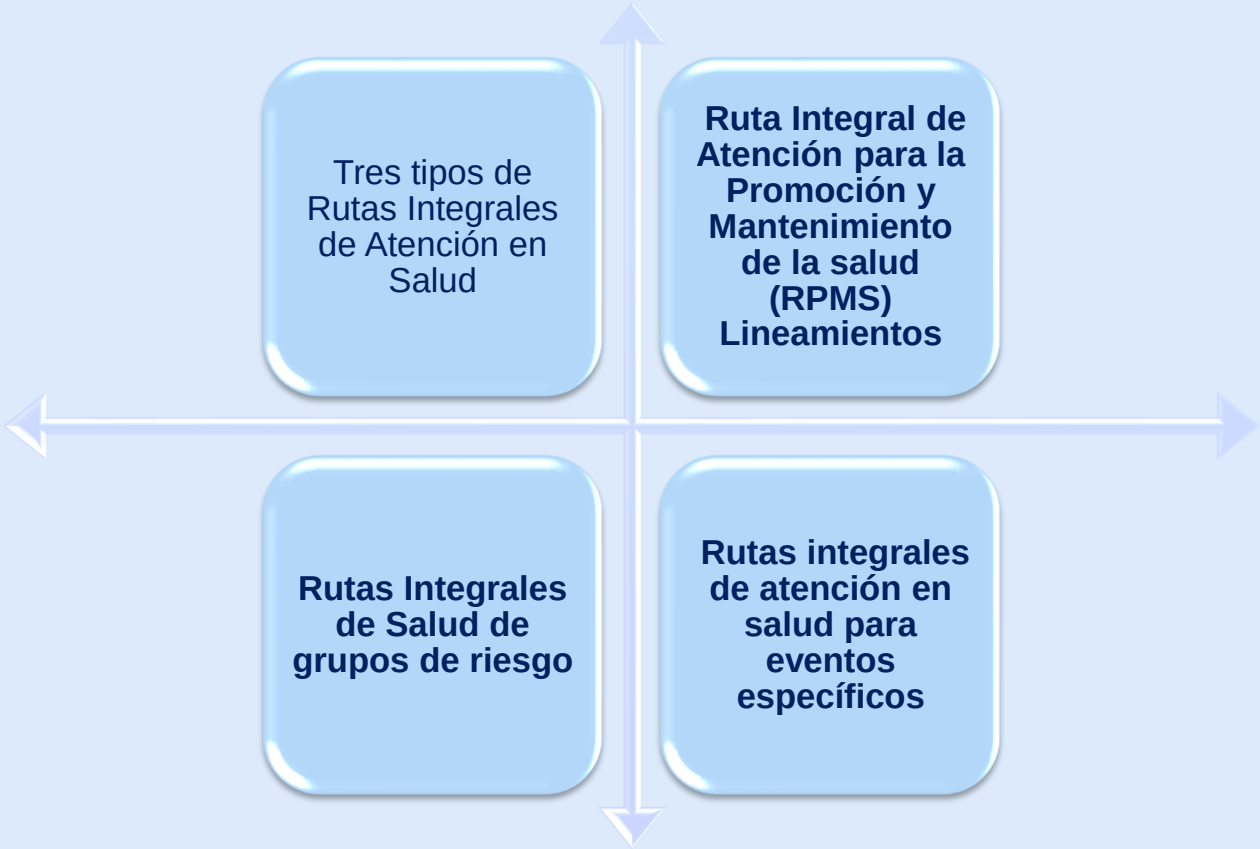
Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

El Modelo propone como uno de sus componentes, las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS. El objetivo de las RIAS, de acuerdo a lo establecido en el artículo 4° de la Resolución 3202 de 2016 es “(…) regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del SGSSS y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad”.

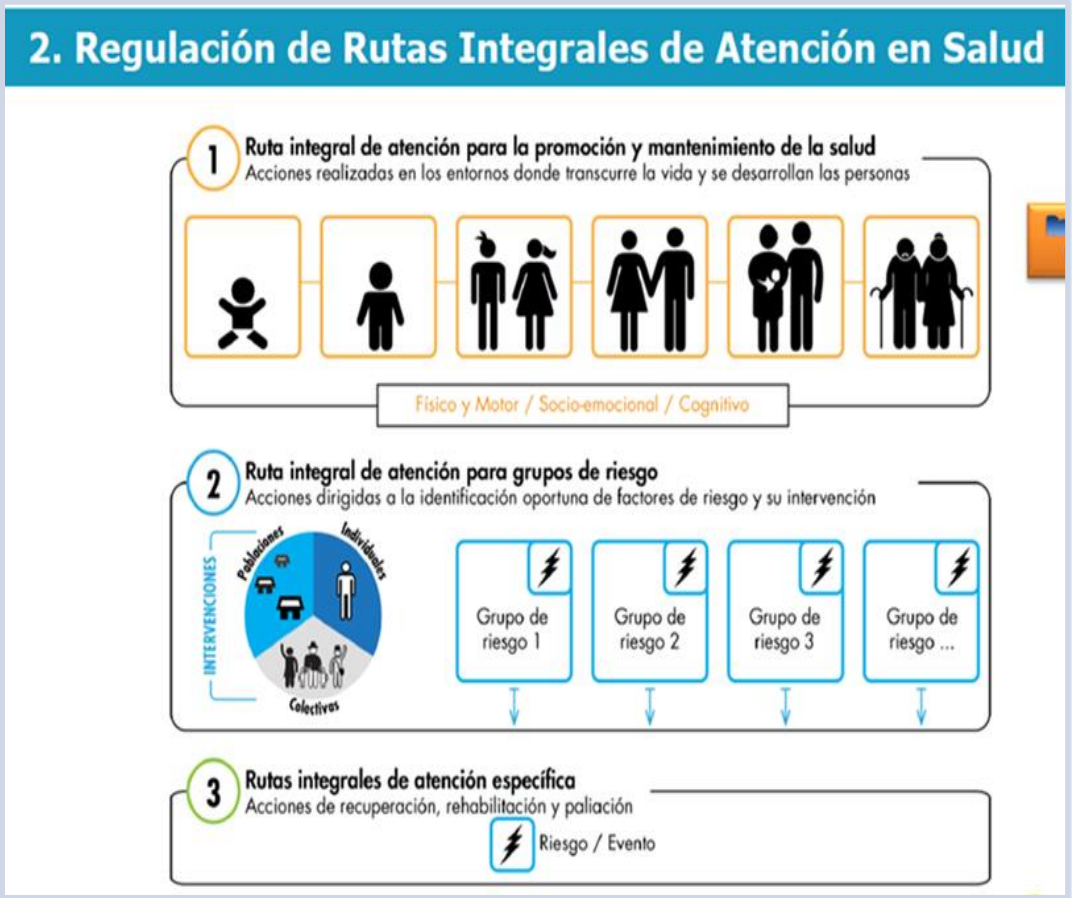
Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS.

Es importante señalar que las RIAS busca:

“(…) brindar las oportunidades para que todas las poblaciones según el curso de vida, pertenencia étnica, condición de discapacidad, identidad de género o sexual, o víctima de conflicto armado- y de acuerdo con sus condiciones geográficas (…), culturales, históricas y sociales, dispongan de los servicios, procedimientos, acciones e intervenciones definidas en las RIAS, en condiciones de aceptabilidad, accesibilidad, calidad y equidad, garantizando el derecho a la salud en concomitancia con los demás derechos establecidos por la Constitución Política de Colombia


Tres tipos de Rutas Integrales de Atención en Salud
Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud (RPMS) Lineamientos
Rutas Integrales de Salud de grupos de riesgo
Rutas integrales de atención en salud para eventos específicos

RIAS


2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud
1
Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud
Acciones realizadas en los entornos donde transcurre la vida y se desarrollan las personas
Físico y Motor / Socio-emocional / Cognitivo
2
Ruta integral de atención para grupos de riesgo
Acciones dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención
INTERVENCIONES
Poblaciones
Individuales
Colectivas
Grupo de riesgo 1
Grupo de riesgo 2
Grupo de riesgo 3
Grupo de riesgo ...
3
Rutas integrales de atención específica
Acciones de recuperación, rehabilitación y paliación
Riesgo / Evento

Dignidad humana. Este principio garantiza las condiciones intrínsecas del ser humano con el respeto por la integridad, el proyecto de vida de cada persona y el reconocimiento de la autonomía y la voluntad, la libertad de tomar decisiones y la independencia de las personas, sin distinción y libre de discriminación.

Principio de oportunidad. Se debe garantizar la actuación pronta, adecuada y responsable de la prestación de los servicios de salud, eliminando barreras (trámites administrativos) incluyendo la salud sexual y salud reproductiva.

Humanización: principio orientador y fundamento esencial del Sistema de Salud. Compromete a todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y centra su accionar en las personas.

Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.

Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua.

Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas

Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente;

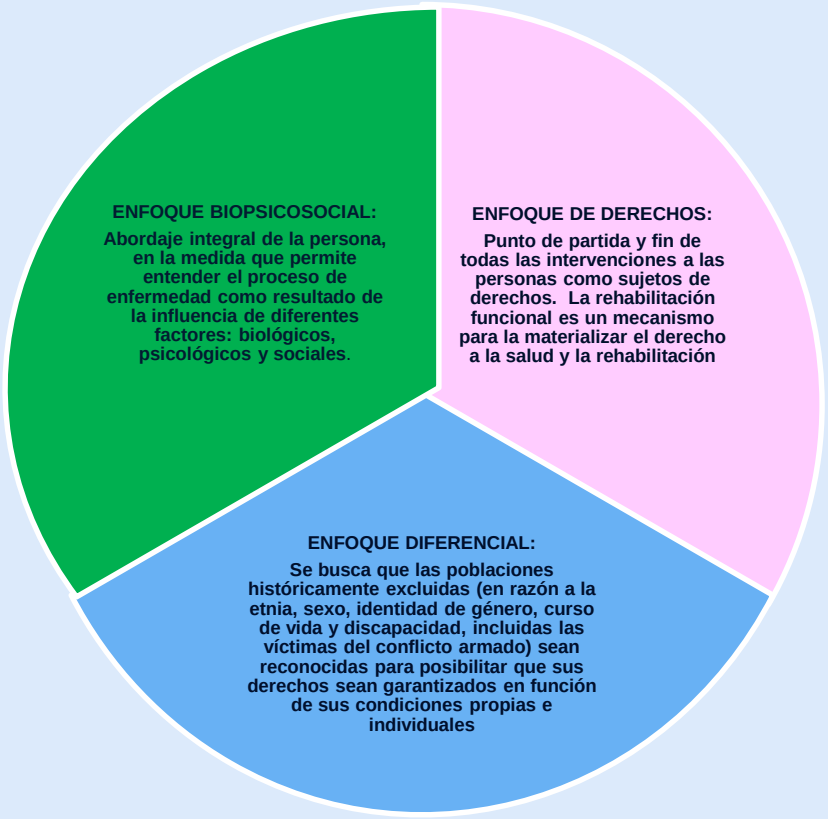
Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. **Marco Conceptual y Operativo de la Rehabilitación Funcional.**

Referentes Conceptuales
Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Referente conceptual y operativo para la Rehabilitación Funcional
Rehabilitación Funcional (definición – características)

Referentes Conceptuales



Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Generalidades

1. Comprensión de la CIF reconocida como herramienta que brinda información sobre el **funcionamiento, la discapacidad y la salud.**

2. El funcionamiento, indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales

3.La Discapacidad, indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales. Es así como, el planteamiento

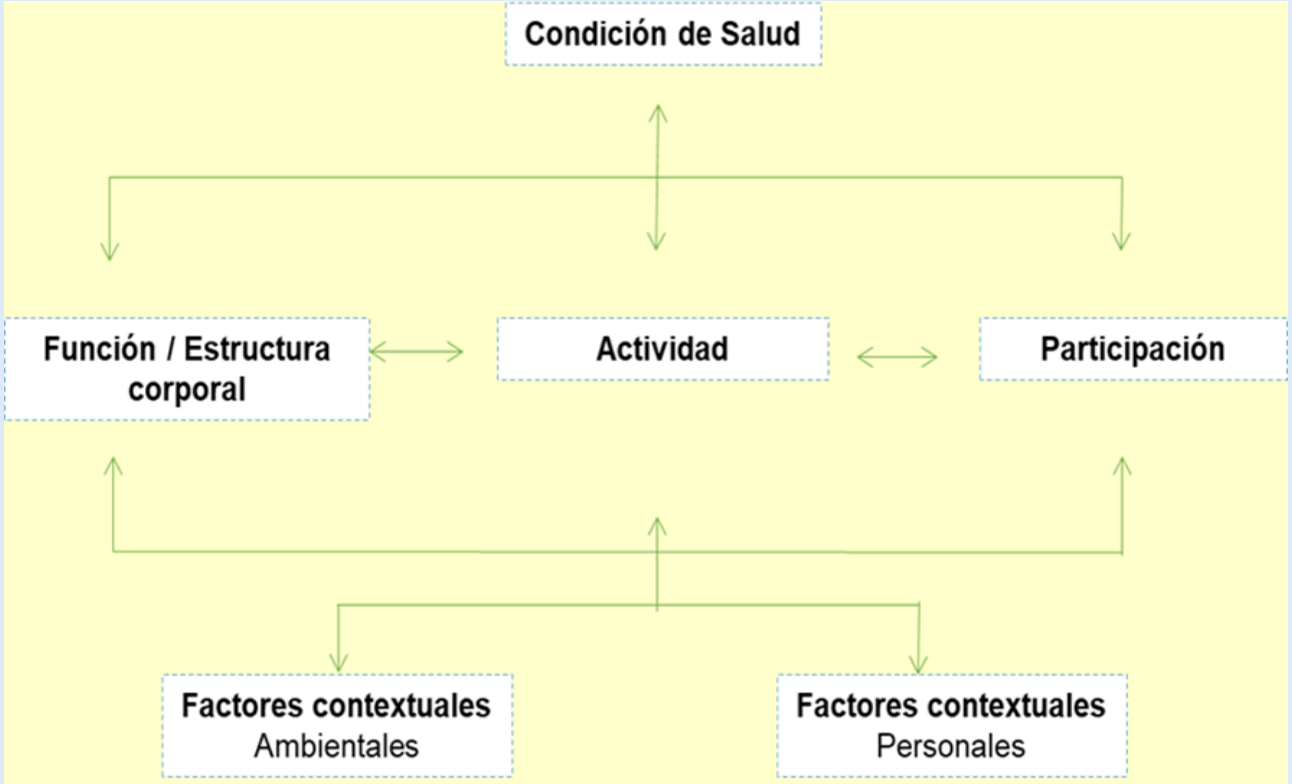
Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Comprensión del Funcionamiento y la Discapacidad desde la CIF.

Funciones y estructuras corporales	• Se relaciona con las Funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que se comprende como *deficiencias* en las funciones y las estructuras
La Actividad	• Se refiere a la ejecución individual de tareas y las dificultades que tiene una persona para realizarlas, lo que se denomina como *limitaciones*.
La Participación	• Se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que la persona puede experimentar en dicho desenvolvimiento, lo que se constituyen como las *restricciones*.

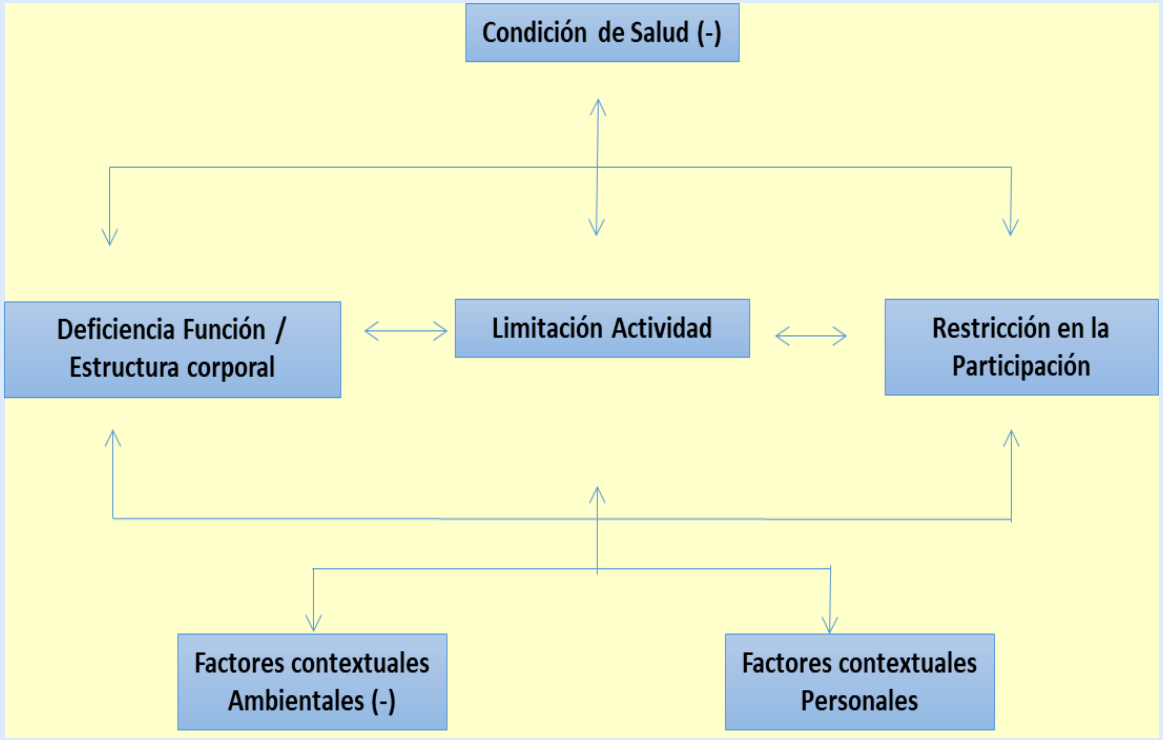
Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Funcionamiento desde la CIF



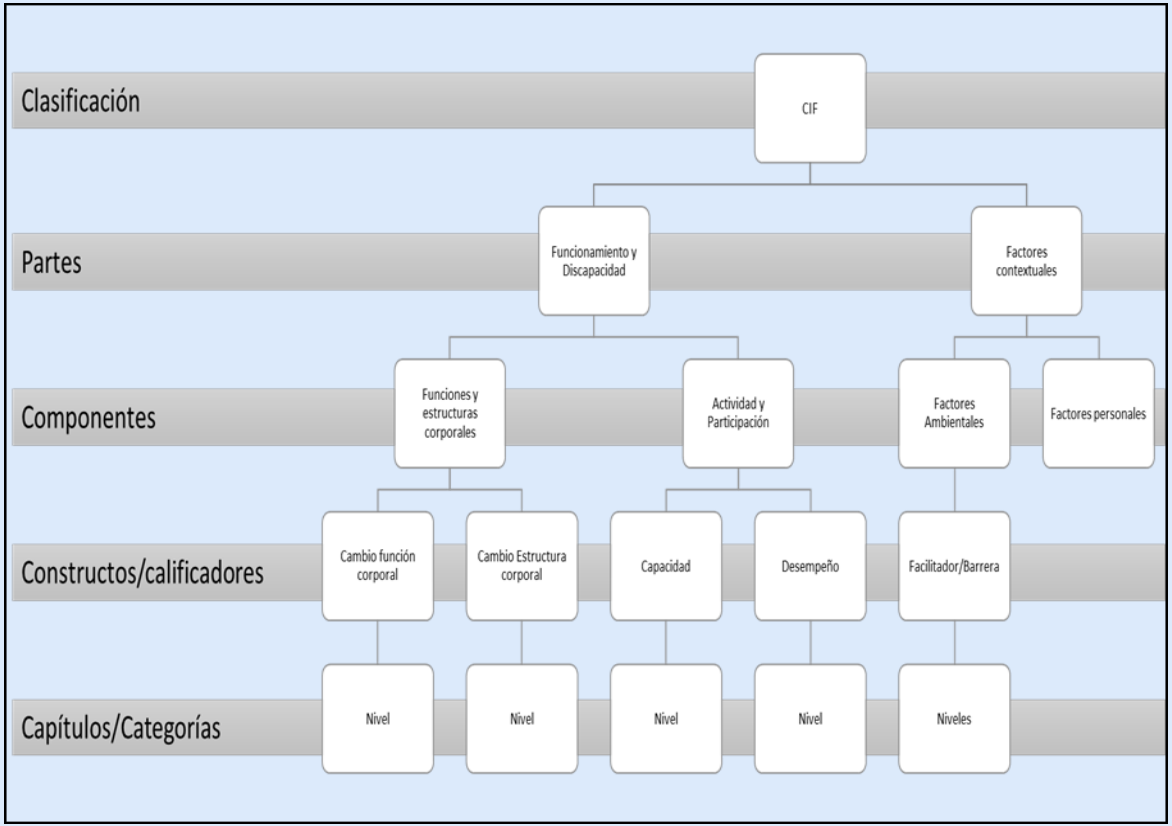
Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Discapacidad desde la CIF



Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Estructura de la CIF



Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Dominios del componente de Actividades y Participación

Dominios		Calificadores	
		Desempeño / Realización	Capacidad
d1	Aprendizaje y aplicación de conocimientos		
d2	Tareas y demandas generales		
d3	Comunicación		
d4	Movilidad		
d5	Autocuidado		
d6	Vida Doméstica		
d7	Interacciones y relaciones interpersonales		
d8	Áreas principales de la vida		
d9	Vida comunitaria, cívica y social		

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Visión de conjunto de la CIF

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad</th><th colspan="2">Parte 2. Factores Contextuales</th></tr>
<tr><th>Componentes</th><th>Funciones y Estructuras Corporales</th><th>Actividades y Participación</th><th>Factores Ambientales</th><th>Factores Personales</th></tr>
<tr><td>Dominios</td><td>Funciones Corporales
Estructuras Corporales</td><td>Áreas vitales (tareas, acciones)</td><td>Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad</td><td>Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad</td></tr>
<tr><td>Constructos</td><td>Cambios en las funciones corporales (fisiológicos)
Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)</td><td>Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme
Desempeño/realización
Realización de tareas en el entorno real</td><td>El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal</td><td>El efecto de los atributos de la persona</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Aspectos Positivos</td><td>Integridad Funcional y Estructural</td><td>Actividades participación</td><td rowspan="2">Facilitadores</td><td rowspan="2">No aplicable</td></tr>
<tr><td colspan="2">Funcionamiento</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Aspectos Negativos</td><td>Deficiencias</td><td>Limitación en la Actividad
Restricción en la Participación</td><td rowspan="2">Barreras</td><td rowspan="2">No aplicable</td></tr>
<tr><td colspan="2">Discapacidad</td></tr>
</table>

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Aplicación de la CIF en los procesos de Rehabilitación Funcional.

- La CIF puede convertirse en herramienta clínica para orientar los procesos de valoración que describan el funcionamiento de la persona.

- Diseñar los planes de tratamiento y llevar a cabo las intervenciones centradas en la persona, donde los resultados esperados con el proceso de rehabilitación funcional, se establecen con comparaciones hechas con el funcionamiento propio de la persona y no con escalas estandarizadas, desarrolladas con grupos poblacionales comparativos.

- El lenguaje estandarizado y unificado facilita la comunicación entre los profesionales que facilita, la recopilación y registro de los datos en los servicios de salud, así como la definición de indicadores de calidad que permitan la medición de resultados de salud.

- los resultados pueden orientarse a potenciar, mejorar o mantener la capacidad, el desempeño o realización de actividades y la participación de la persona en: el aprendizaje y aplicación de conocimientos, las tareas y demandas generales, la comunicación, la movilidad, el autocuidado, la vida doméstica, las interacciones y relaciones interpersonales, las áreas principales de la vida y la vida comunitaria, cívica y social

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Rehabilitación Funcional. Definición

OMS (2011), la rehabilitación se define como:

“un conjunto de medidas que ayudan a las personas que tienen o probablemente tendrán una discapacidad a conseguir y mantener el funcionamiento óptimo en interacción con su ambiente”. Esta misma organización precisa además, que la rehabilitación incluye múltiples disciplinas que abordan diferentes aspectos del funcionamiento, como la movilidad, la comunicación y las actividades cotidianas, y puede ayudar a personas con trastornos de salud a lo largo de la vida que sufren dificultades en su funcionamiento

En el marco del enfoque biopsicosocial, la rehabilitación se ha definido como un:

- “Conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad escolar, vocacional, laboral y la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en la persona con discapacidad, su entorno, que le permitan la inclusión social y experimentar una buena calidad de vida” (Ministerio de Salud y Protección Social y Mesa Nacional de Autismo 2014).

Desde la Ley Estatutaria 1618 de 2013 y retomando lo establecido anteriormente, la rehabilitación funcional comprende:

- “(…) las acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes” (Ley 1618 de 2013, art. 2).

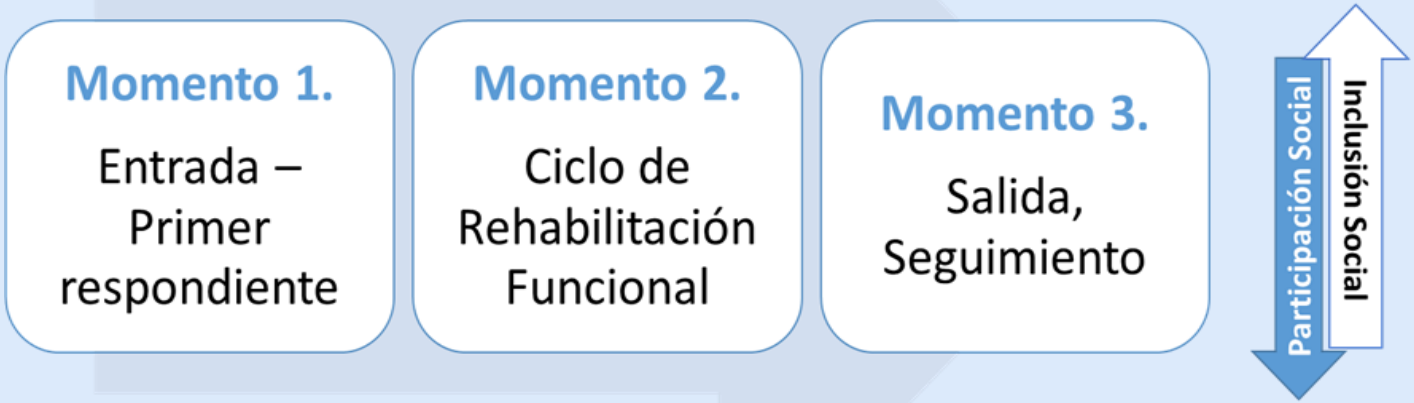
Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Características de la Rehabilitación Funcional

- Desarrollar un proceso de rehabilitación a cargo de un equipo interdisciplinar, cuyas atenciones se orientan desde un enfoque biopsicosocial.
- Orientar durante cualquier momento del ciclo de rehabilitación funcional a la persona con discapacidad, su familia o personas cuidadoras, sobre el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.
- Plantear para las zonas urbanas o rurales de difícil acceso o con población dispersa, estrategias de atención complementarias, basadas en equipos móviles interdisciplinarios de rehabilitación en terreno.
- Considerar que los derechos de las personas prevalecen sobre cualquier obstáculo que pueda impedir el acceso a los procesos de rehabilitación funcional, ya sean obstáculos del propio SGSSS o de cualquier otra índole.
- Las intervenciones desarrolladas en el proceso de rehabilitación funcional deben brindarse de manera integral, evitando la fragmentación en la prestación de los servicios, para lo cual, se requiere que el proceso sea realizado en la misma institución

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Proceso de Rehabilitación Funcional



Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Escenarios de entrada al proceso de Rehabilitación Funcional

Servicios de Salud: Urgencias, hospitalización, consulta externa

Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS

Ámbito comunitario: Estrategias de APS, RBC (trabajadores de salud pública, agentes comunitarios)

Ámbito Institucional, otros sectores (educación, trabajo, cultura, deporte, justicia y los programas sociales del Estado

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Ciclo de rehabilitación funcional.

Se constituye como un proceso integral y continuo en un tiempo de duración definido, el cual requiere ser orientado por un equipo interdisciplinario de rehabilitación funcional, cuyas atenciones se sustentan en el enfoque biopsicosocial; con el fin de alcanzar los objetivos esperados en lo relacionado con promover, mejorar o mantener el máximo nivel de funcionamiento posible de la persona que participa en dicho proceso.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El ciclo de rehabilitación funcional

Evaluación inicial

Definición de la intervención

Intervención

Evaluación final

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Evaluación inicial: comprende la valoración inicial de las funciones y estructuras corporales, así como de la ejecución de las actividades y la participación de la persona, de manera que se pueda establecer su nivel de funcionamiento, así como de los factores contextuales (ambientales y personales).

Definición de la intervención. A partir de los resultados establecidos con la valoración inicial, los profesionales del equipo interdisciplinario deben establecer un plan de rehabilitación funcional a partir de las necesidades, intereses y expectativas de la persona, así como la pertinencia de la atención en salud de acuerdo con el nivel de complejidad requerido para la atención de la persona. Este debe considerar las opciones, así como la toma de decisiones conjunta entre la persona, el equipo de profesionales y en los casos que se requiera, los familiares, personas cuidadoras o personas de apoyo que hagan parte de su círculo de confianza.

Incluye las atenciones en salud desarrolladas por los profesionales que hacen parte del equipo interdisciplinario, de acuerdo al plan de intervención establecido con la persona, dirigido a promover, mejorar o mantener su funcionamiento, independencia y autonomía.

Evaluación final: Verificar el cumplimiento de las necesidades y expectativas de la persona durante el proceso de valoración inicial y dispuestas en el plan de intervención acordado con el equipo interdisciplinario de rehabilitación. Dentro de la evaluación final se debe considerar, la pertinencia de continuar con el proceso de rehabilitación funcional o definir las actividades de mantenimiento, así como de seguimiento ambulatorio o domiciliario, que sean requeridos según el caso

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Productos de Apoyo Estatutaria: 1618 del 27 de febrero de 2013, “por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad”.

Numeral 2:

Inclusión social: Es 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

Numeral 6:

Rehabilitación funcional es un proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes.

Numeral 7:

Rehabilitación integral: Mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Banco de Productos

de apoyo:

Es el conjunto de procesos y procedimientos de adquisición y otorgamiento de productos de apoyo no incluidos en los planes de beneficios, necesarios para que las Personas con Discapacidad desempeñen de manera independiente y autónoma las actividades y puedan interactuar y participar en igualdad de condiciones en los diferentes espacios propios de su desempeño ocupacional.

Tecnología de asistencia.

Es cualquier objeto, pieza de equipo o sistema de productos, ya sea adquirido comercialmente, modificado o adaptado, que se utiliza para aumentar, mantener o mejorar las capacidades funcionales de las personas con discapacidad. La tecnología de asistencia se clasifica de acuerdo con el grado en que los procesos y productos tecnológicos incorporan los avances de la ciencia y la tecnología. Pueden ser:

- **De mínima tecnología**
- **De baja tecnología:**
- **De media Tecnología.**
- **De alta tecnología**

Productos de Apoyo.

Producto de apoyo se define en la norma UNE-EN ISO 9999 V2, como cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a:

- Facilitar la participación;
- Proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades.
- Prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para garantizar los el acceso a los Bancos de Productos de Apoyo_ BPA se debe tener en cuenta la Resolución 5857 de 2018 “por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad por capitación UPC y con lo relacionado a las ayudad técnicas dentro de este plan se financian:

- Prótesis ortopédicas internas (endoprótesis ortopédicas) para los procedimientos quirúrgicos financiados con recursos de la UPC.
- Prótesis ortopédicas externas (exoprótesis) para miembros inferiores y superiores incluyendo su adaptación, así como el recambio por acciones de desgaste normal, crecimiento o modificaciones morfológicas del paciente, cuando así lo determine el profesional tratante.
- Prótesis de otros tipos (válvulas, lentes intraoculares, audífonos, entre otros) para los procedimientos financiados con recursos de la UPC.
- Órtesis ortopédicas (incluye corsés que no tengan finalidad estética)

Parágrafo 1. Están financiados con recursos de la UPC las siguientes estructuras de soporte para caminar: muletas, caminadores y bastones, las cuales se darán en calidad de préstamo en los casos en que se aplique (incluye entrenamiento y uso) con compromiso de devolverlos en buen estado, salvo del deterioro normal. En caso contrario, deberán restituirse en dinero a su valor comercial.

Parágrafo 2. No se financian con recursos de UPC sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando el Plan de Beneficios en Salud no cubre algún tipo de apoyo, existe el procedimiento de accedo llamado MIPRES que es una como una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios. Este sistema de información "**MIPRES"** elimina el trámite de autorización ante el Comité Técnico Científico, disminuyendo los tiempos de entrega de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, con lo cual se espera que los servicios se brinden con mayor oportunidad a los usuarios.

Actualmente se regula con la Resolución 1885 de 2018, para el régimen contributivo. De igual manera, la Resolución 2438 de 2018 regula la implementación del **MIPRES** en el régimen subsidiado.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez realizada la evaluación, determinarán la necesidad, impacto y el tipo de dispositivo que requiere la persona, para lo cual deberán tener en cuenta lo siguiente:

La toma de decisiones frente al tipo de producto y su selección, debe hacerse con la presencia de la persona, su familia o cuidadores, quienes participarán de manera activa en dichas decisiones.

La selección del producto se hará a partir de: el diagnóstico y pronóstico de la persona

El reporte para la prescripción debe ser realizado por el médico especialista y basado en la nomenclatura que desde el Ministerio de Salud y Protección Social se defina.

No se contemplan dentro de los productos de apoyo, aquellos cuyo fin único es la estética y no cumplen una función frente a la mitigación, eliminación o compensación de una alteración en el funcionamiento o condición de discapacidad.

Una vez obtenido el producto de apoyo, el profesional que lo prescribió debe realizar una valoración funcional de la persona usándolo, para verificar si el producto cumple con el propósito para el cual fue prescrito

El proceso de entrega del producto de apoyo deberá realizarse entre el profesional o técnico a cargo y la persona, en presencia de los familiares o cuidadores quienes se informarán acerca de su uso y adaptación

Todo producto de apoyo requiere de un entrenamient

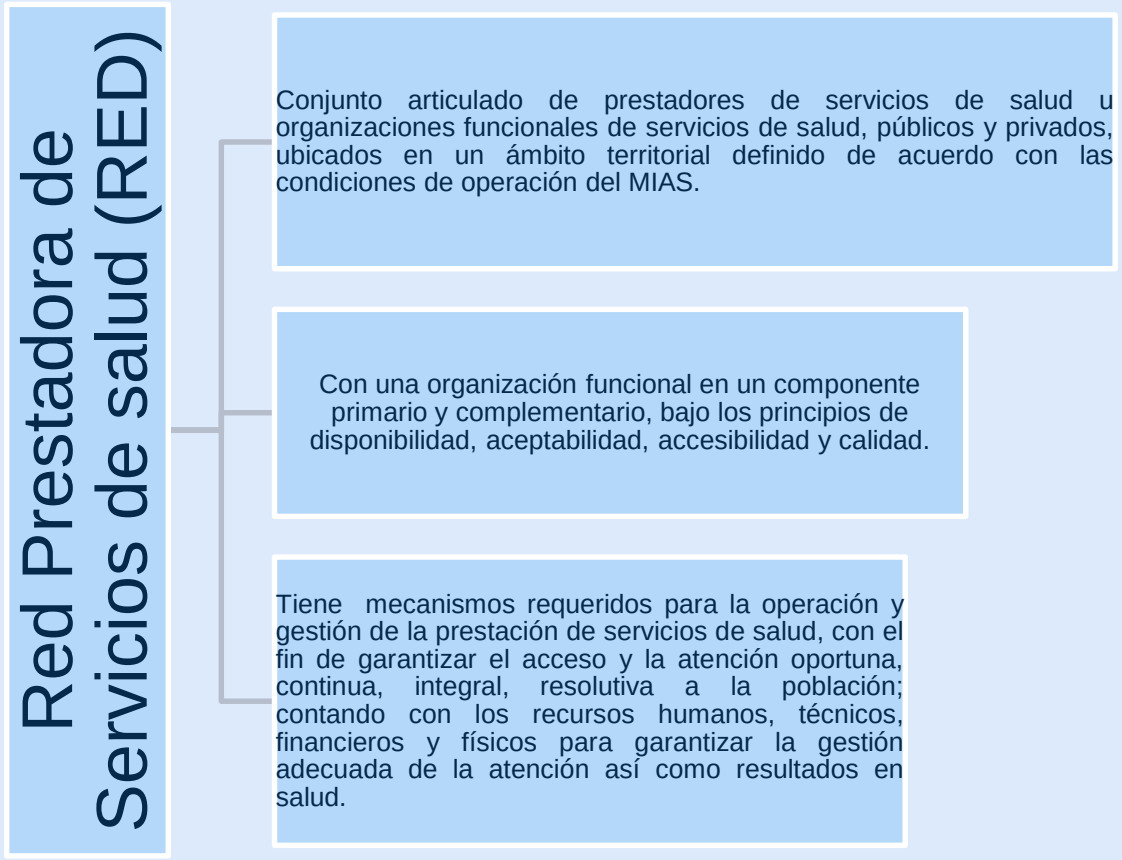
o en su uso, el cual realizarán los profesionales encargados según su área y nivel de especialidad, de acuerdo con lo estipulado en las guías de práctica clínica aplicable en cada caso.

Los seguimientos tendrán la condición de evaluar la funcionalidad del producto de apoyo, hacer los ajustes necesarios, valorar a la persona y su desempeño.

El equipo interdisciplinario evaluará la necesidad de cambiar el tipo de producto de apoyo según las condiciones de la persona.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

5. Estructuración de los procesos de Rehabilitación Funcional en la redes integrales de salud, niveles de atención y niveles de complejidad.



Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

La Red se define a partir de los siguientes elementos:

- Las necesidades de la población ubicada en un ámbito territorial
- La caracterización de riesgo de las aseguradoras para su población afiliada en el respectivo entorno territorial
- Los requerimientos de las Rutas Integrales en Salud
- Los resultados de la definición de grupos poblacionales y grupos de riesgo del territorio donde esté autorizada para operar la red.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cada territorio debe configurar y consolidar la RED de acuerdo a las particularidades de su población, sustentado en los resultados del ASIS del territorio.

La caracterización de las aseguradoras y atendiendo a las prioridades del Plan Territorial de Salud.

“Por esta razón, su proceso de configuración debe incorporar los conceptos del Asegurador en cuanto a los riesgos individuales de la población asegurada, los de la entidad territorial frente a los determinantes y riesgos colectivos de las poblaciones y del conjunto de prestadores en lo concerniente a los procesos de gestión clínica de pacientes, referencia y contra referencia dentro de la propia red”.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Conformación de Red Integral de Prestación de Servicios

Componente primario de prestación.

Es el encargado de la prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS de los eventos más frecuentes, a nivel personal, familiar y comunitario, durante todos los momentos del curso de la vida y en los diferentes entornos, en un ámbito geográfico

Componente complementario de prestación.

Es el encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención. Está dirigido a la atención de aquellos eventos de enfermedad que requieran tecnologías especializadas no disponibles en el componente primario las cuales son garantizadas por prestadores de servicios de salud con servicios habilitados de mediana y alta complejidad.

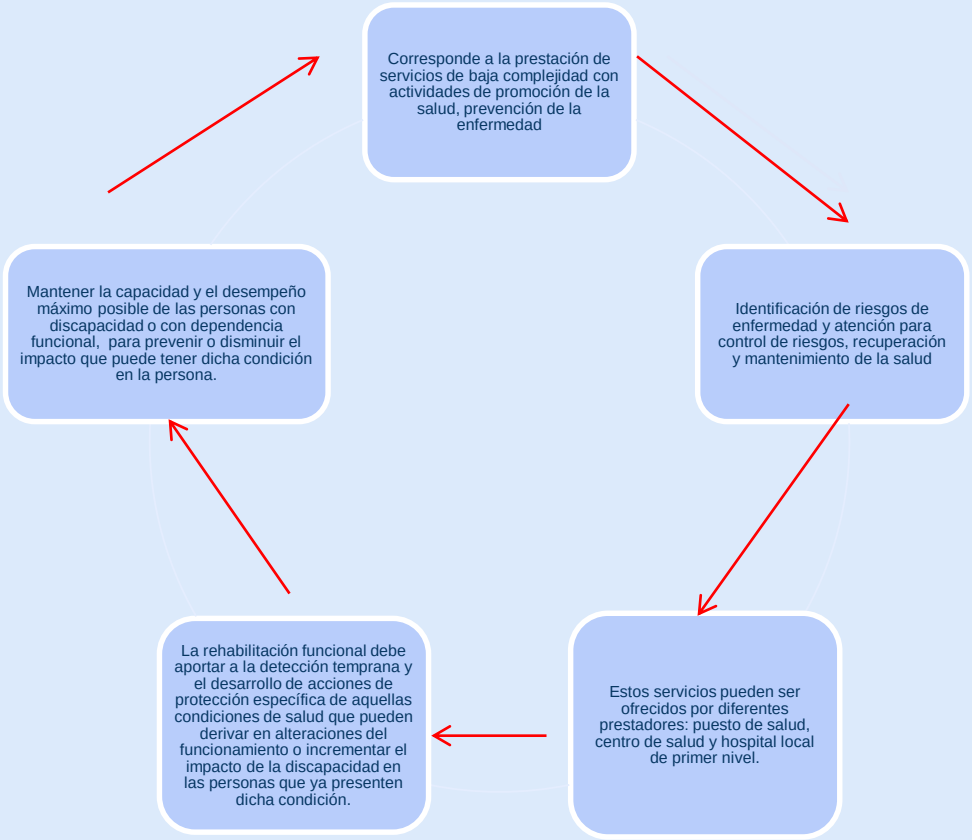
Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Estructuración de los procesos de rehabilitación funcional por niveles de atención y niveles de complejidad

- Identificar y resolver las barreras que existen cuando se quiere transitar de un nivel de atención
- Considerar la prestación de los servicios relacionados con la rehabilitación funcional, (Nivel I, II y III) de atención con diferente nivel de complejidad
- Transversalización de la Estrategia de Atención Primaria en Salud –APS- en concordancia con lo establecido en la Política de Atención Integral de Salud
- Se contempla la participación de otros sectores como el de educación, trabajo, cultura y turismo, planeación, bienestar social, ICBF, Defensoría del Pueblo, recreación y deporte, y ONG

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Nivel de atención I: Servicios de Baja Complejidad.



Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Estrategia de rehabilitación con Enfoque Familiar y Comunitario:

Integra

1) Atenciones individuales para lograr el máximo desempeño de la persona, abordando los factores contextuales que van a promover el funcionamiento
2) Intervenciones colectivas, dirigidas al desarrollo de capacidades para la trasformación de las condiciones sociales determinantes de la salud y de la discapacidad.
3) La planeación del proceso de rehabilitación centrado en la persona, la familia y la comunidad y la formación de redes sociales y comunitarias son las herramientas metodológicas para su empoderamiento en las acciones del cuidado.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Dentro de las acciones contempladas en esta estrategia, se pueden incluir las siguientes, de manera conjunta con la Entidad Territorial:

- Identificar los actores sociales locales y mediante jornadas de información y capacitación, para dar a conocer la estrategia de APS y RBC a la comunidad.
- Establecer un mapa estratégico para identificar redes de apoyo institucionales, organizaciones, ONG, familias y comunidad para trabajar desde un enfoque colaborativo e integrado.
- Establecer los apoyos técnicos y administrativos para promover las iniciativas de APS y RBC.
- Animar y motivar el proceso de organización de la comunidad, con la participación activa de sus integrantes, para identificar las necesidades y motivar la generación de alternativas de solución.
- Promover los servicios de referencia y contrarreferencia, derivando a los diferentes niveles de atención, a las personas con discapacidad que lo requieran.
- Desarrollar procesos de formación de corto, mediano y largo plazo, de cuidadores, promotores y familias capaces de asumir acciones de rehabilitación.
- Promover la participación de la comunidad en acciones de promoción y prevención de salud.
- Asumir un rol de soporte en rehabilitación para realizar acciones directas de evaluación, intervención y reevaluación en la comunidad.
- Sistematizar las prácticas y experiencias realizadas con la comunidad.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Nivel de atención II: Servicios de Mediana Complejidad

Corresponde a los servicios que complementan a la baja complejidad, con desarrollo de la alta complejidad

Tiene en cuenta el perfil de morbi-mortalidad, con servicios especializados y de apoyo diagnóstico, a la red primaria de atención

La complejidad de los servicios ofertados puede variar según lo reportado y habilitado por el respectivo prestador y responderán al componente primario o complementario de la RED, de acuerdo a como esta sea conformada

La atención en habilitación y rehabilitación estará a cargo de profesionales capacitados en rehabilitación funcional, tanto en urgencias, hospitalización y consulta externa.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Nivel de atención III: Servicios de Alta Complejidad

Corresponde típicamente a prestación de servicios de alta complejidad ambulatoria, hospitalaria, clínica y quirúrgica, de medios diagnósticos y de rehabilitación específica

Las actividades e intervenciones que se ofertan en este nivel deben ser de carácter especializado

Brinda respuestas concretas permitiendo la atención, diagnóstico, procedimientos y desempeños funcionales en rehabilitación, terapias, habilitación y seguimiento intrahospitalario por parte de un equipo multidisciplinario.

La atención se centra en las necesidades y expectativas de la persona teniendo como eje transversal de las intervenciones centradas en el funcionamiento de la persona.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Componentes de articulación en el proceso de Rehabilitación Funcional de las personas con discapacidad.

Dado que la Rehabilitación Funcional es importante a para la inclusión social de las personas con discapacidad, es necesario identificar los componentes que se articulan a este.

Con la Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad como el mecanismo para la articulación de las acciones intra e intersectoriales, orientadas hacia la rehabilitación integral de las personas con discapacidad con miras a su inclusión social; y el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD, reconocido como la fuente oficial de consulta para la formulación y direccionamiento de políticas, planes, programas y proyectos dirigidos a la atención de esta población y que fue ampliado y actualizado a través de la Resolución 583 de 2018 “Por la cual se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad”.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Rehabilitación Integral

- La ley Estatutaria de 2013 en la cual se garantiza el pleno ejercicio de los derechos de las Personas con Discapacidad.
- Con la implementación de acciones a nivel general para la red prestadora de servicios de salud, teniendo en cuenta los procesos de inclusión, acciones afirmativas y los ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por la condición de discapacidad

La Estrategia de Rehabilitación Basada en Comunidad. – 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
- Son 5 componentes de la RBC: salud, educación, sustento, movilización social y empoderamiento, es una herramienta dinamizadora que facilita la Rehabilitación Integral de las personas con Discapacidad, con miras a su Inclusión Social, y se articula en doble vía con la Ruta Crítica de Rehabilitación Funcional.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuidado y persona Cuidadora

- Esta atención dentro del sistema de salud debe estar enfocada a mejorar las condiciones de salud del cuidador o cuidadora todo lo relacionado:

- **Promoción de la salud,** aparte de estrategias de educación definidas para mejorar estilos de vida saludable y mantener una adecuada calidad de vida.

- **Prevención de la enfermedad**: facilitación de acciones que actúen en prevención del deterioro de la salud de la persona cuidadora disminuir factores de riesgo en manejo de posturas, manejos de pesos, manejo de procesos de bioseguridad frente a procedimientos de enfermería

- **Cuidador familiar o voluntario:** Es aquella persona que siendo cónyuge, compañero o compañera permanente, pariente hasta el quinto grado de consanguinidad, tercero de afinidad, primero civil o que sin tener ningún tipo de parentesco con la persona con dependencia de cuidado, es apoyo permanente.

- **Persona con dependencia de cuidado:** Persona que sin importar la edad y sexo, demuestre dependencia funcional y/o mental por enfermedad terminal, enfermedad crónica degenerativa, demencia o discapacidad física, mental, cognitiva, sensorial.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

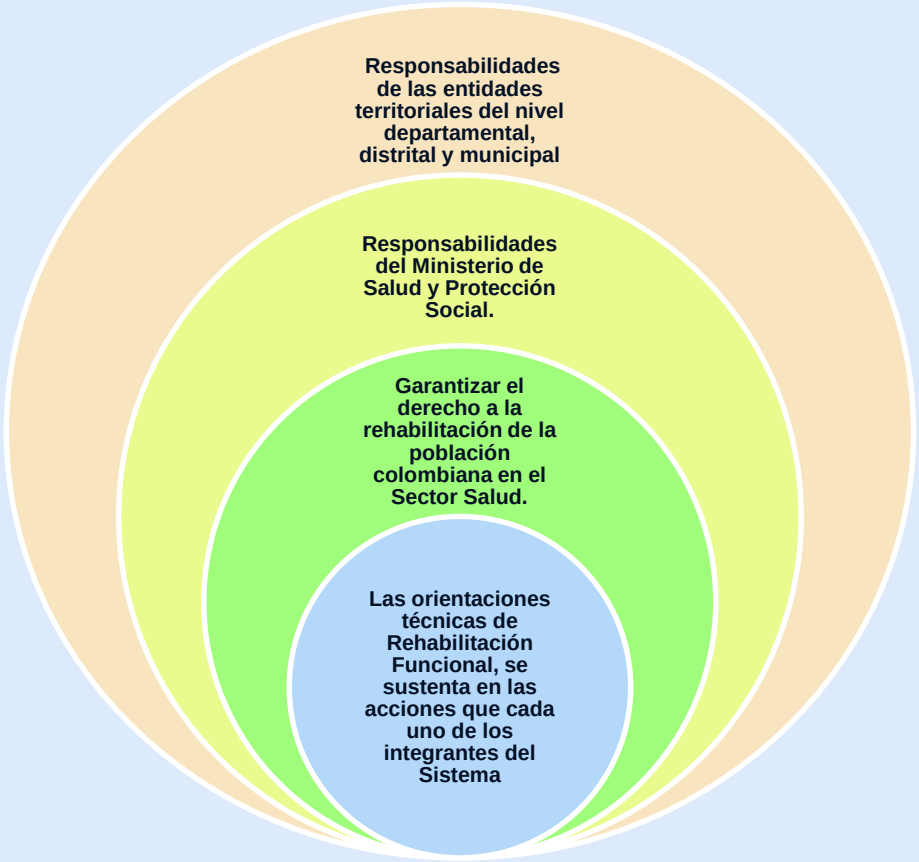
Certificación y Registro para la Localización y Caracterización de las personas con discapacidad.- RLCPD

- La certificación es el procedimiento de valoración clínica multidisciplinaria simultánea, fundamentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, que permite identificar las deficiencias corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona, cuyos resultados se expresan en el correspondiente certificado, y son parte integral del RLCPD.

- La Ley Estatutaria 1618 de 2013, en el Numeral 5 del Artículo 5°, establece con relación a las acciones que deben hacer las autoridades públicas, que es necesario "… implementar mecanismos para mantener actualizado el Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad, integrados en el Sistema de información de la Protección Social, administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social."

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Responsabilidades de los integrantes del sistema General de Seguridad Social en Salud



Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades del Ministerio de Salud y Protección Social.

- Establecer mecanismos de actualización de las orientaciones técnicas de rehabilitación funcional, y su respectiva divulgación con los Integrantes del Sistema de Salud.

- Vincular los elementos de la rehabilitación funcional, en los lineamientos de política expedidos por el Ministerio que se relaciones con dicho propósito.

- Establecer espacios de diálogo y concertación con Instituciones de Formación Profesional, Tecnológica y Técnica en ciencias de la salud y ciencias sociales para la incorporación en sus currículos, de las temáticas sobre la rehabilitación funcional en el marco del SGSSS.

- Desarrollar capacidades de las organizaciones y del talento humano de la Direcciones Territoriales en Salud a nivel departamental y distrital para implementar las orientaciones de Rehabilitación Funcional.

- Coordinar con otros sectores la implementación de las orientaciones de Rehabilitación Funcional, que apoyen el desarrollo de los procesos de rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal

- Consolidar la RED de acuerdo a las particularidades de su población, sustentado en los resultados del ASIS del territorio, la caracterización de las aseguradoras y atendiendo a las prioridades del Plan Territorial de Salud, teniendo en cuenta allí las necesidades de rehabilitación de su población para la provisión de servicios de salud relacionados con la rehabilitación funcional y en especial la de las personas con discapacidad, por el aporte que tiene en los procesos de rehabilitación integral con miras a su inclusión social.

- Garantizar la inclusión de los procesos de rehabilitación funcional en la implementación de las RIAS priorizadas para su jurisdicción.

- Garantizar que en la red pública de su territorio, se cuente con servicios de rehabilitación funcional en todos los niveles de complejidad y que queden dispuestos en el documento de red, de acuerdo a las necesidades de la población de su jurisdicción.

- Garantizar la provisión de servicios de salud relacionados con la rehabilitación funcional de la población que la entidad territorial tiene asegurada, en la red de prestación de servicios que haya dispuesto para tal fin.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal

- Incluir en el Plan de intervenciones Colectivas- PIC, acciones de detección temprana para la derivación de la población hacia los servicios de rehabilitación requeridos. Así mismo, brindar información sobre el derecho a la salud y la rehabilitación.

- Velar porque en la red prestadora de servicios de salud que opera en su jurisdicción se incorporen procesos de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción del talento humano en salud, con miras a que la rehabilitación funcional se brinde a la población, según lo dispuesto en el presente documento.

- Desarrollar mecanismos de medición de resultados de salud, relacionados con las acciones de rehabilitación funcional provistas en la red de prestación de servicios de su jurisdicción.

- Incorporar en los procesos de vigilancia y control, elementos que permitan realizar el seguimiento a los integrantes del Sistema, sobre la provisión de servicios de salud relacionados con la rehabilitación funcional para la población de su jurisdicción.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de los Aseguradores

- Identificar desde las acciones de gestión del riesgo individual de su población afiliada, las necesidades de rehabilitación, para orientar en su red de prestación de servicios, las atenciones de salud relacionadas con la rehabilitación funcional, priorizando especialmente la provisión de dichos servicios a la población con discapacidad por el impacto que tiene para sus procesos de inclusión social.

- Contar dentro de su red de prestación de servicios con equipos interdisciplinarios de rehabilitación funcional, que aporten a la garantía de la atención integral de salud de su población asegurada. Así mismo, verificar que los equipos interdisciplinarios de rehabilitación funcional dispuestos en su red de prestación de servicios, brinden los procesos de rehabilitación funcional, de acuerdo a las orientaciones contenidas en el presente documento.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de los Aseguradores

- Garantizar la integralidad, accesibilidad y oportunidad de las atenciones, evitando la fragmentación de las mismas, y buscando la eliminación de barreras administrativas que puedan interferir en la continuidad de los procesos de rehabilitación funcional.

- Incluir en los programas de detección temprana y protección específica, la derivación a procesos de rehabilitación funcional, para la atención en condiciones de salud según el curso de vida y demás factores personales que pueden derivar en alteraciones del funcionamiento o condiciones de discapacidad.

- Establecer en los acuerdos de voluntades que establezcan con los prestadores de servicios de rehabilitación funcional, que cuenten con equipos interdisciplinarios formados en el modelo biopsicosocial para desarrollar los procesos de rehabilitación con sus afiliados

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de los Aseguradores

- ❑ Autorizar las atenciones por el equipo interdisciplinario de rehabilitación funcional que esté dispuesto en su red de prestación de servicios, que responda a las necesidades de cada caso y se encuentren dispuestos lo más cercano posible, a su lugar de residencia.

- ❑ Desarrollar un trabajo conjunto con la entidad territorial y prestadores de servicios de salud de su red, para el desarrollo de acciones intersectoriales que articulen los procesos de rehabilitación funcional con las actividades desarrolladas por otros sectores tendientes a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad que tengan afiliadas

- Llevar a cabo el seguimiento a los resultados alcanzados con la rehabilitación funcional de la población afiliada

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud

- ✓ Contar con los profesionales de salud que apoyan los procesos de rehabilitación funcional, formados en el modelo biopsicosocial para garantizar las atenciones en salud requeridas.

- ✓ Conformar los equipos interdisciplinarios de rehabilitación funcional, con profesionales de distintas disciplinas que estén disponibles en el servicio de salud, de acuerdo a las recomendaciones dadas para el caso.

- ✓ Desarrollar los procesos de rehabilitación funcional desde un modelo biopsicosocial, centrado en la persona y que tenga en cuenta , las recomendaciones dadas en las RIAS, las Guías de Práctica Clínica emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y los protocolos de atención que tengan establecidos en dichos servicios la Rutas Integrales de Salud.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud

- ✓ Incorporar en los procesos de capacitación, entrenamiento, inducción y reinducción de su personal, los elementos establecidos en las orientaciones de rehabilitación funcional dispuestas en el presente documento.

- ✓ Establecer espacios individuales con la persona y garantizar la participación de los profesionales de salud requeridos para cada caso, con el fin de llevar a cabo los procedimientos de valoración establecidos en el ciclo de rehabilitación funcional, que le permitan al grupo interdisciplinario establecer el nivel de funcionamiento, los intereses y expectativas de la persona para definir los objetivos que orienten el plan de tratamiento y los resultados esperados.

- ✓ Establecer espacios que permitan el diálogo, planeación y seguimiento por parte de los equipos interdisciplinarios sobre los procesos de rehabilitación funcional que llevan a cabo con cada persona que atienden.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud

- ✓ Garantizar que los equipos de rehabilitación que tenga dispuestos, mantengan un diálogo permanente con la persona, su familia, persona cuidadora o persona de apoyo, cuando sea el caso, para informar y resolver inquietudes sobre los objetivos y plan propuesto, avances, ajustes y recomendaciones que se den durante la valoración, intervención y seguimiento en el proceso de rehabilitación funcional.

- ✓ Contar con las tecnologías, equipos, dispositivos e insumos requeridos para los procedimientos de rehabilitación funcional, de acuerdo al nivel de complejidad en que prestan los servicios de rehabilitación funcional.

- ✓ Establecer dentro de los procedimientos de rehabilitación funcional, adaptaciones para la atención diferencial de personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado, diversidad de género, pertenencia étnica, que respondan a las condiciones específicas de estas poblaciones.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud

- ✓ Velar porque las atenciones brindadas por los profesionales de salud, el personal administrativo y técnico que esté dispuesto en el servicio de salud, se orienten desde el principio de humanización propuesto en el Plan.

- ✓ Llevar a cabo acciones tendientes a la eliminación de barreras físicas, comunicacionales y actitudinales, que puedan interferir con los procedimientos de rehabilitación funcional, cuando estos sean brindados a personas con discapacidad.

- ✓ Incluir dentro de los indicadores de gestión, aquellos que den cuenta de los resultados alcanzados con los procesos de rehabilitación funcional de la población que atienden en sus servicios.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud

- ✓ Establecer mecanismos dentro de los planes de intervención, para garantizar las acciones de articulación de los procesos de rehabilitación funcional, con las acciones desarrolladas por otros sectores, tendientes a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

- ✓ Orientar desde los procesos de rehabilitación funcional a las personas con discapacidad, sus familias, personas cuidadoras o personas de apoyo, hacia la certificación y Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

- ✓ Orientar desde los procesos de rehabilitación funcional a las personas con discapacidad, sus familias, personas cuidadoras o personas de apoyo, hacia la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad, de acuerdo a la oferta que esté dispuesta en el territorio. Así mismo, debe buscarse articular las acciones desarrolladas en el proceso de rehabilitación funcional, con aquellas que estén dispuestas en la Estrategia de RBC y que respondan a las necesidades de la persona con discapacidad.

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

GRACIAS

Esta presentación es propiedad intelectual controlada y producida por el Ministerio de Salud y Protección Social.