

Ministerio de Defensa Nacional

Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa



MinDefensa
Ministerio de Defensa Nacional

Coordinación General:

Ministerio de Defensa Nacional
Juan Carlos Pinzón Bueno

Viceministerio de Defensa para el GSED y Bienestar
General (RA) José Javier Pérez Mejía

Dirección de Bienestar Sectorial y Salud
Mayor General del Aire (RA) Gustavo Adolfo Ocampo Nahar

Grupo Políticas y Metodologías – Dirección Bienestar Sectorial y Salud
Natalia Amaya Cuartas

Asesoría en Salud – Dirección de Bienestar Sectorial y Salud
Capitán de Navío (RA) Orlando Segura Gutierrez

Contribuciones:

Yaneth Giha Tovar
María del Pilar Lozano de Pinzón
Juanita Acosta Giraldo
María José Ospina Fadul

Diseño y Diagramación
Adriana Ruíz
Dirección de Comunicación Sectorial

Impresión
Imprenta Nacional de Colombia

2014

Ministerio de Defensa Nacional

Juan Carlos Pinzón Bueno – Ministro de Defensa Nacional
General (RA) José Javier Pérez Mejía – Viceministro de Defensa para el GSED y Bienestar

Fuerzas Militares

General Juan Pablo Rodríguez Barragán – Comandante General de las Fuerzas Militares
General Javier Alberto Flórez Aristizábal – Jefe de Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Militares
General Jaime Alfonso Lasprilla Villamizar – Comandante Ejército Nacional
Almirante Hernando Wills Vélez – Comandante Armada Nacional
General del Aire Guillermo León León – Comandante Fuerza Aérea Colombiana

Policía Nacional

General Rodolfo Palomino López – Director General Policía Nacional



Tabla de contenido

1.	Presentación.....	8
2.	Introducción.....	11
3.	Principios rectores para la implementación.....	17
3.1.	Dignidad humana y Corresponsabilidad	17
3.2.	Accesibilidad, Igualdad de Oportunidades y no Discriminación	17
3.3.	Visión holística de la discapacidad	18
3.4.	Enfoque diferencial.....	18
3.5.	Interrelación sistémica	18
3.6.	Enfoque en la prevención y previsión	19
3.7.	Adaptabilidad.....	19
3.8.	Planeación y sostenibilidad	19
4.	Ejes Transversales	21
4.1.	Bases de datos, información y seguimiento	21
4.1.1.	Unificación de Conceptos y Variables: Discapacidad.....	22
4.1.2.	Aspectos Cuantitativos.....	23
4.1.3.	Aspectos Cualitativos.....	23
4.1.4.	Facilitadores de Gestión del SGRRI.....	24
4.1.5.	Seguimiento permanente.....	25

4.2.	Investigación y Desarrollo Tecnológico.....	27
4.2.1.	Investigación de los factores del contexto	27
4.2.2.	Participación de la PcD y el Cuidador.....	28
4.2.3.	Retroalimentación para la modificación de políticas y programas	28
4.2.4.	Innovación, Diseño e Investigación dentro del CRI	28
4.2.5.	Innovación, desarrollo tecnológico y transferencia de conocimiento	29
4.3.	Gobernabilidad del Sistema	30
4.3.1.	Organismos de Coordinación	30
4.3.2.	Entidades prestadoras de servicios	33
4.3.3.	Apoyo del Sector Privado y otras entidades del Sector Público	34
4.4.	Aspectos Jurídicos.....	35
4.4.1.	Nuevas leyes y vehículos jurídicos para el SGRRI.....	35
4.4.2.	Definición de la Discapacidad dentro del Sector Seguridad y Defensa.....	35
4.4.3.	Juntas médico laboral, procesos de calificación médico laboral del personal militar y actividad del personal con discapacidad.....	36
4.4.4.	Actualización de normas o diseño de nuevos mecanismos jurídicos para equiparar la condición de soldados regulares e infantes regulares y auxiliares de policía en condición de discapacidad.....	36
4.5.	Recursos	37
4.6.	Infraestructura y accesibilidad	42
4.6.1.	Prestación de servicios médicos: determinación de las necesidades.....	42

4.6.2.	Descentralización y regionalización de la inclusión social	42
4.6.3.	Complejos de Rehabilitación Integral en la red propia	44
4.6.4.	Accesibilidad.....	45
5.	Fases del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral.....	47
5.1.	Fase de previsión, prevención y protección	47
5.1.1.	Previsión.....	47
5.1.2.	Prevención	48
5.1.3.	Protección.....	48
5.2.	Fase de rehabilitación funcional	51
5.2.1.	Atención para el control del daño primario	51
5.2.2.	Atención en niveles de alta complejidad: fase aguda.....	54
5.2.3.	Recuperación, habilitación y rehabilitación	56
5.2.4.	Seguimiento	58
5.3.	Fase de rehabilitación familiar, social y laboral.....	59
5.3.1.	Evaluativo.....	61
5.3.2.	Individual.....	62
5.3.3.	Hacia la inclusión.....	64
ANEXO 1:	Glosario	69
ANEXO 2:	Siglas	74
ANEXO 3:	Entidades que participan en el SGRRI.....	75

Presentación





La gran mayoría de los hombres que sacrificaron parte de su integridad física por defender la seguridad del país, tienen entre 18 y 25 años de edad; jóvenes por los cuales debemos aunar esfuerzos para garantizarles nuevos proyectos de vida que les permitan una inclusión plena en la sociedad. Es una devastadora e innegable realidad que las condiciones del conflicto que hemos y que continuamos viviendo, han llevado a que tengamos anualmente en promedio mil heridos en combate, de los cuales, aproximadamente el 50% quedan con algún grado de discapacidad.

Es así como desde el Ministerio de Defensa Nacional se han realizado enormes esfuerzos en materia de bienestar, siendo la rehabilitación integral uno de sus pilares. Priorizamos la importancia de la inclusión familiar, social y laboral en la calidad de vida del uniformado y su familia. Por ello, en la presente gestión, se han destinado \$1.3 billones de pesos de recursos extraordinarios al Plan Integral de Bienestar. Esta es una cifra histórica. A la fecha \$81.500 millones se destinan a programas, planes e infraestructura para fortalecer la rehabilitación integral de nuestros héroes.

Apostarle al bienestar como un eje principal en la Política de Defensa y Seguridad del país se plasma como una estrategia innovadora a la hora de mantener unas Fuerzas Militares y de Policía sólidas, dispuestas a entregarlo todo por la defensa del país y en el mantenimiento de la seguridad de los colombianos. Una Fuerza Pública con la moral en alto, se traduce en el desarrollo de capacidades para la efectividad en el

cumplimiento de la misión. Ejemplo de ello, el otorgamiento de garantías durante el servicio y en caso de accidente, la debida atención en materia de salud y rehabilitación.

De esta forma, se busca hacer del proceso de rehabilitación, un proceso integral que logre la inclusión plena de la persona en su entorno, a través de una etapa de rehabilitación inclusiva, trascendiendo la fase médico – funcional. En dicho proceso se facilita el desarrollo de capacidades para trabajar en un nuevo proyecto de vida, con el apoyo constante de la familia, un equipo de profesionales y la receptividad de la sociedad en general.

Es de destacar que se incorpora al sistema una fase de previsión, prevención y protección para prevenir accidentes, o en caso de presentarse, reducir las probabilidades de adquirir una discapacidad permanente.

Esta Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa, reúne los esfuerzos de un gran número de actores involucrados en el proceso de rehabilitación de nuestros héroes, invita a la sociedad en general a ser partícipe de dicho proceso.

Desde el Ministerio de Defensa y cada una de las Fuerzas, se han puesto en marcha grandes proyectos, pero estos nunca serán suficientes para reconocerles a nuestros héroes el sacrificio que han hecho por cada uno de nosotros a la hora de defender nuestra nación.

Invito a toda la sociedad colombiana a realzar el valor y la misión que cumplen nuestros uniformados. A ser solidarios en su proceso de inclusión social. Esta Política, será el primer paso de muchos que se tomarán para retribuir la infinita dedicación y valentía de nuestros héroes y sus familias.

Juan Carlos Pinzón Bueno
Ministro de Defensa Nacional

INTRODUCCIÓN

La Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa se encuentra enmarcada dentro del nuevo paradigma de la discapacidad que ha venido evolucionando durante las últimas décadas. Dentro de este nuevo paradigma, y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud¹, la discapacidad se entiende como un término genérico que incluye déficit en las funciones corporales, limitación en la actividad o restricción en la participación, pero que es consecuencia únicamente de la interacción de estas condiciones particulares del individuo con los factores familiares, sociales y laborales que lo rodean. Esta nueva

concepción, que deriva en el Modelo Social de la Discapacidad, ha llevado a que las limitaciones físicas no sean necesariamente asociadas a la discapacidad si el individuo obtiene, en la interacción de sus propias capacidades con el contexto que lo rodea, las condiciones que le permitan participar activa y libremente como ciudadano, como padre, como empleado, etc. En este orden de ideas, es posible superar la discapacidad independientemente de las condiciones físicas del individuo, siempre que el entorno no sea discriminatorio sino inclusivo².

Este nuevo paradigma se ha ido diseminando de manera paralela a la firma de acuerdos, elaboración de informes y desarrollo de metodologías por parte de las organizaciones multilaterales que han buscado ahondar en el conocimiento de la población con discapacidad y profundizar en la garantía de sus derechos orientados bajo principios como la equidad, la accesibilidad y la visión holística del ser humano. Por supuesto, este cambio de paradigma en el concepto de discapacidad ha traído consigo cambios importantes en el concepto de rehabilitación, que se ha adaptado de manera paralela. Esto ha llevado a que las organizaciones multilaterales definan de manera más amplia el término de rehabilitación, incluyendo además de las medidas médicas que buscan garantizar un estado funcional óptimo, medidas de intervención educativas, terapéuticas y psicológicas en el individuo, así como modificaciones al contexto familiar, social y laboral que lo rodea y a los actores que participan en éste, buscando ambientes inclusivos. De hecho, ésta, la visión de intervención simultánea, en el individuo y en el contexto, se presentará a lo largo de esta Política³.

1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, BANCO MUNDIAL, "Informe Mundial sobre la Discapacidad", 2011, consultado en:

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1.

2 Esta posición se diferencia sustancialmente del Modelo Médico Rehabilitador de la discapacidad, el cual tiene un gran énfasis en la condición física de un individuo (y sus correspondientes limitaciones en el funcionamiento) como los únicos factores causantes de la discapacidad, así como una visión completamente individualizada de esta condición. Así, dentro de este Modelo la discapacidad se podría resolver mediante un plan de rehabilitación que únicamente disminuyera las limitaciones inherentes a la persona, haciendo de esta forma que el papel de los factores que lo rodean sea nulo en el proceso de inclusión.

3 En este punto cabe recalcar que esta es una política sectorial (no nacional) y, en esta medida, tiene limitaciones intrínsecas para dar lineamientos que lleven efectivamente a la modificación del contexto público. Por esta razón se busca lograr cambios de manera simultánea en el individuo y en el contexto, pero con un mayor énfasis en el primero: aunque se dan lineamientos para modificar las entidades del Sector Seguridad y Defensa para hacerlas más accesibles a las personas con discapacidad, así como para que ellos mismos sean agentes de cambio del espacio público que busquen generar espacios inclusivos de acuerdo al Modelo Social de la discapacidad, además, se buscará principalmente proveer las herramientas para que las PcD puedan acceder más fácilmente a entornos externos al Sector que no sean naturalmente inclusivos (lo cual podría ser coherente con el modelo rehabilitador), en tanto las políticas públicas relacionadas con la discapacidad tengan efectos concretos sobre los todos y cada uno de los contextos a nivel nacional.

Los avances que se han dado alrededor de la nueva forma de entender la discapacidad y la rehabilitación se han desplegado en forma de leyes, decretos y convenios a nivel nacional, permitiendo que cada día avancemos más en la inclusión social plena de las personas con discapacidad (PcD⁴). En particular, mediante la Ley 1145 de 2007, se organiza el Sistema de Nacional de Discapacidad, el cual se constituye en la evidencia del compromiso nacional para centralizar el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los mecanismos para la participación de las personas con discapacidad a nivel nacional, departamental y municipal.

Adicionalmente, a través de la Ley 1346 de 2009, la cual entró en vigencia en el 2011, se adoptó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada en el año 2008 por las Naciones Unidas, dando así un paso fundamental en la garantía y la proyección de los derechos humanos de esta población y constituyéndose en la mejor hoja de ruta para las entidades públicas, las organizaciones de la sociedad civil, las personas con discapacidad y la sociedad en general.

En concordancia con las leyes mencionadas anteriormente, se encuentra la Ley Estatutaria 1618 de 2013 la cual tiene por objeto “garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad...”. Adicionalmente, se emite el Documento CONPES 166 de 2013 que somete a consideración la política pública de discapacidad establecida en el Documento CONPES 80 de 2004 de manera tal que se incluya el aspecto de inclusión social y “trascienda las políticas de asistencia o protección y se enfoque en políticas de desarrollo humano con un enfoque de derechos.”

Ante este contexto nacional, el Sector Seguridad y Defensa tiene una responsabilidad inherente con nuestros oficiales, suboficiales, miembros del nivel ejecutivo, patrulleros, agentes, soldados e infantes de marina quienes, en cumplimiento de su misión, han adquirido una discapacidad y es por esto que también ha habido avances concretos en este tema para el personal uniformado. Particularmente, y para los objetivos específicos de esta Política, han sido fundamentales los lineamientos formulados por el Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES en el documento 3591 del 2009, el cual se plantea como objetivo central “Crear y desarrollar un Sistema de Rehabilitación Integral sostenible para los miembros de la Fuerza Pública en situación de discapacidad, que proporcione las herramientas necesarias para la autogestión de sus proyectos de vida”⁵.

De la mano con esto, ya se han presentado valiosos avances en el tema de la normatividad que han surgido en parte como respuesta a las tareas impartidas por el Documento CONPES 3591. Específicamente,

⁴ Estas siglas se presentarán a lo largo del documento y siempre harán referencia a Persona con Discapacidad, Personas con Discapacidad o Personal con Discapacidad, dependiendo de la redacción que lo acompañe.

⁵ Este Documento a su vez se encuadra dentro de la Política Pública de Discapacidad aprobada en el CONPES Social 80 de 2004.

se expidió la Ley 1471 de Junio de 2011 “Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional”.

Esta Ley ordena que las unidades ejecutoras del Ministerio de Defensa Nacional presten a las personas con discapacidad de la Fuerza Pública servicios de rehabilitación integral de óptima calidad, a través de la fase de Rehabilitación Funcional y Fase de Inclusión, definiendo la primera como acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación y mantenimiento de la funcionalidad alcanzada, y la segunda como aquella pertinente a la formulación de “(...) estrategias facilitadoras de la relación del sujeto con su medio familiar, laboral y social y comprende el desarrollo de los factores personales y del entorno, mediante la ejecución de los programas de actividad física y movilidad; habilidades sociales; comunicación y cognición, interacción con el entorno y vida activa y productiva”⁶.

El objetivo central de esta Política es, precisamente, desplegar los objetivos del Documento CONPES 3591 y de la Ley 1471 de 2011 en objetivos puntuales para los diferentes actores del Sector Seguridad y Defensa quienes, en su interacción, permitirán minimizar la probabilidad de accidentes o enfermedades que generen discapacidad en los miembros de la Fuerza Pública y, si ella se presenta, disminuir las secuelas físicas y mentales, así como desarrollar en ellos destrezas y capacidades que les permitan estructurar un nuevo proyecto de vida e incluirse sostenible y exitosamente en la sociedad. En concordancia con el Documento CONPES, estos objetivos se alcanzarán mediante la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral– SGRRI⁷ para la Fuerza Pública, el cual pretenderá articular los esfuerzos de las entidades del Sector Seguridad y Defensa así como la coordinación con las entidades externas, para mitigar la deuda social con los miembros de la Fuerza Pública que, en cumplimiento de la función constitucional o como consecuencia de ella, se ven en riesgo de adquirir una discapacidad o efectivamente terminan adquiriéndola: precisamente, en este documento se emiten los lineamientos de política para su diseño y puesta en marcha.

Ahora bien, dentro de los aspectos fundamentales que establece el Documento CONPES 3591, y que se constituyen en la base para diseñar esta Política Sectorial y estructurar el SGRRI, se destacan:

⁶ Ley 1471 de Junio de 2011 “Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la Rehabilitación Integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional”.

⁷ Cabe mencionar que dentro del documento CONPES 3591 de 2009 se hace referencia únicamente al Sistema de Rehabilitación Integral. Sin embargo, y teniendo en cuenta que dentro del mismo documento se hace énfasis en la importancia de incluir acciones de previsión, prevención y protección que inician desde la misma incorporación del individuo a la Fuerza Pública, dentro de esta política se buscará construir el Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral, buscando de esta forma incluir dichas acciones que tendrán lugar antes de la persona adquiera una discapacidad. En este orden de ideas, dentro del contexto de esta política, la gestión de riesgos se limitará a aquellos riesgos relacionados con la previsión, prevención y protección de los tipos de discapacidad (motora, auditiva, visual, mental, cognitiva y múltiple). En esta medida, únicamente se emitirán lineamientos orientados a fortalecer la gestión de riesgos asociados a la discapacidad, no la gestión de todos los demás riesgos ocupacionales o profesionales que ya son responsabilidad del empleador (para este caso, cada una de las Fuerzas, la Policía Nacional y la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional), y a su vez estos lineamientos deberán ser coherentes con los lineamientos emitidos por las respectivas administradoras de riesgos laborales.

- La discapacidad como un tema de importancia estratégica nacional.
- La articulación e integralidad del Sistema.
- El Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva (MRII)⁸ como punto de partida.

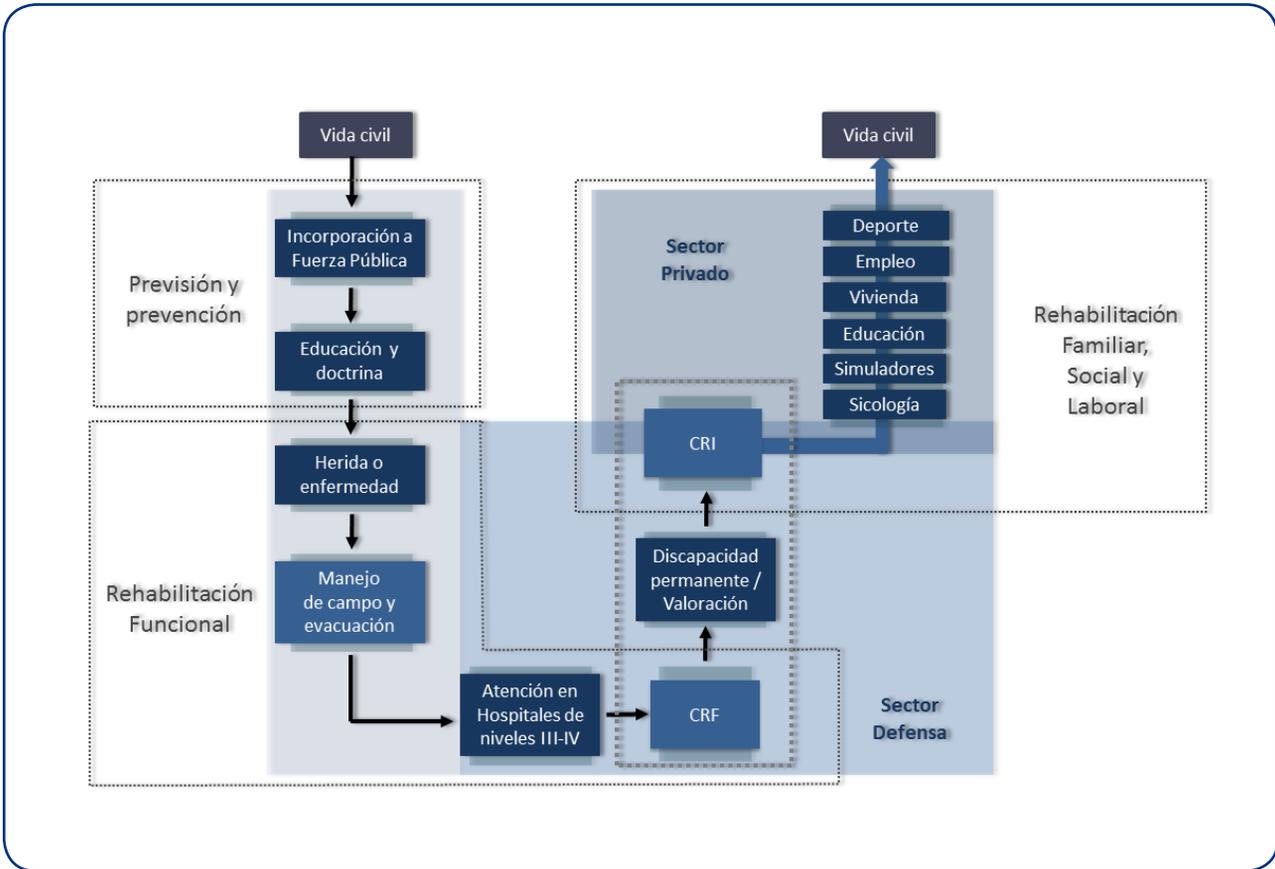
Estos aspectos se consideran como el norte en el diseño de esta Política. Asimismo, con base en la Ley 1471 de 2011, otro de los aspectos puntuales que marcan el diseño de esta política vendrá a ser la diferenciación entre las Fases de Rehabilitación Funcional e Inclusión Social. Estos conceptos, relativamente nuevos para el Sector Seguridad y Defensa, junto con nuestro objetivo de prevenir la discapacidad que surge también como consecuencia del Documento CONPES 3591, son la base para que en la visión que se da a lo largo de esta política, el SGRRI se divida en tres fases que son coherentes con el proceso que atraviesan nuestros uniformados desde la incorporación hasta la inclusión social, en caso de que adquieran una discapacidad:

- i. Fase de Previsión, Prevención y Protección.
- ii. Fase de Rehabilitación Funcional.
- iii. Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral.⁹

⁸ El Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva (MRII), se desprende del Documento CONPES 3591 y tiene como objeto principal, prestar desde el individuo y para el individuo, servicios integrales de rehabilitación de óptima calidad. El modelo busca además, trascender de lo individual e ir al ámbito de lo social, a través de acciones de promoción, prevención y de rehabilitación, enmarcando al individuo dentro de tres dimensiones que involucran lo humano, lo económico y lo social.

⁹ Dentro de la nueva visión de la rehabilitación, la inclusión social se ve como el resultado de la rehabilitación funcional y la rehabilitación familiar, social y laboral, que son dos procesos distintos que no obstante pueden intersectarse. Por esta razón, dentro de esta Política hemos reemplazado el término de inclusión social de la Ley 1471 con el de rehabilitación familiar, social y laboral, el cual coincide con la fase que se explica en dicha ley y que, junto con la rehabilitación funcional y en la interacción con espacios inclusivos, lleva a la inclusión social plena.

Ilustración 1. Las tres fases del SGRI



Vale la pena recalcar que, a pesar de las ventajas que ofrece el dividir el esquema en fases, estas fases pueden intersectarse en varios puntos e incluso pueden no ser totalmente lineales: por ejemplo, una persona puede acceder simultáneamente a servicios de la fase de rehabilitación funcional y rehabilitación familiar, social y laboral. Otro de los motivos para buscar dividir esquemáticamente el SGRI en tres fases es, precisamente, caracterizar la población objetivo que será diferente para cada una de las mismas. Puntualmente, nuestra población objetivo será la siguiente en cada una de las fases:

i. **Fase de Previsión, Prevención y Protección:** Todos los hombres y mujeres que se encuentren en procesos de incorporación y formación, así como aquellos que ya hagan parte de la Fuerza Pública y se encuentren cumpliendo sus funciones en zonas urbanas y rurales.

ii. **Fase de rehabilitación funcional:** Todos los miembros activos de la Fuerza Pública, incluyendo el personal civil que se encuentra bajo el régimen del Decreto ley 1214 de 1990, así como los retirados que sean usuarios del Sistema de Salud Militar y Policial (SSMP).

iii. **Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral:** En concordancia con lo que se determina en la Ley 1471 de 2011, serán las personas con discapacidad que a su vez sean "(...) miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares, y personal no uniformado de la Policía Nacional, vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993 que se encuentre en servicio activo o retirado de la institución."¹⁰.

Ahora bien, por la variedad de entidades que entran a participar en el SGRRI para dar cumplimiento tanto a los objetivos previstos en esta ley como en el CONPES, en este documento se buscará establecer los lineamientos de política y, especialmente, los mecanismos de interacción y coordinación para garantizar la prevención, mitigación y superación de la materialización del riesgo de la discapacidad para los miembros de la Fuerza Pública, para que éstos sean efectivamente desplegados en acciones concretas por cada uno de los actores relevantes.

Para alcanzar los objetivos expuestos, esta Política se organiza en tres capítulos. En primer lugar, se establecen los ocho principios que deberán permear todas las acciones específicas que se tomen en el tema de prevención de la discapacidad y rehabilitación integral en el capítulo de Principios Rectores para la Implementación.

En el siguiente capítulo, de Ejes Transversales, se identifican los lineamientos generales que se perseguirán en las áreas que tendremos que intervenir en más de una o incluso en todas las fases del SGRRI de manera simultánea, entre las que se encuentran la infraestructura, los recursos para el funcionamiento sistema, los aspectos jurídicos que se deben modificar para su puesta en marcha, entre otros. Por último, en el capítulo de Fases del Sistema de Rehabilitación Integral, se dan algunos objetivos específicos para cada una de las tres fases del Sistema que ya han sido identificadas.

¹⁰ Ley 1471 del 30 de Junio de 2011, "Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional". Por supuesto, para realmente delimitar esta población será fundamental la definición del concepto de Discapacidad que adoptemos en el Sector Seguridad y Defensa, por este motivo la población de esta fase estará supeditada por las demás normas que eventualmente reglamenten, deroguen o modifiquen la Ley 1471 de 2011.

PRINCIPIOS RECTORES PARA LA IMPLEMENTACIÓN

Las acciones y estrategias que se desarrollen dentro del marco de la presente Política estarán guiadas por los siguientes principios:

3.1. Dignidad Humana y Corresponsabilidad

Las personas con discapacidad deberán verse como agentes activos, con derechos y deberes, y todas las acciones que se tomen dentro del sector deberán ir encaminadas a fortalecer esta visión. Para los fines de esta Política, el asistencialismo se considera como un principio que va en detrimento de la dignidad humana y, por este motivo, en ningún caso se fomentarán las acciones que puedan promoverlo. Por el contrario, la responsabilidad del Sector Seguridad y Defensa frente a nuestros héroes se concentrará fundamentalmente en proveer las herramientas para que puedan ser individuos independientes con un nuevo proyecto de vida acompañado por sus familias, mientras que, la responsabilidad de nuestro personal se deberá concentrar en aprovechar, de manera eficiente y consecuente, estas herramientas. Esta corresponsabilidad será el requisito para que los programas diseñados para la implementación del Sistema, tengan el impacto deseado sobre la población objetivo¹¹. Este principio se traslada a los individuos activos aun cuando no hayan adquirido una discapacidad, es decir, en la Fase de Previsión, Prevención y Protección serán ellos los principales responsables de adoptar los comportamientos adecuados para evitar adquirir una discapacidad, como sujetos responsables y autónomos.

3.2. Accesibilidad, Igualdad de Oportunidades y no Discriminación

En concordancia con los principios que rigen la ley 1346 de 2009, Por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de

¹¹ De hecho, esto es coherente con el primer principio de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad que en la Ley 1473 de 2009 se describe así como principio rector: “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas”.

la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, para todos y cada uno de los programas que se desarrollen con base en esta Política, la equidad y el cubrimiento de la demanda en los diferentes bienes y servicios ofrecidos por el SGRRI serán objetivos inherentes y superiores. Asimismo, independientemente del grado, género o condición socioeconómica de nuestro PcD, se les deberá garantizar a todos y cada uno la igualdad de oportunidades en el acceso a las herramientas para desarrollar un nuevo proyecto de vida.

3.3. Visión Holística de la Discapacidad

El ser humano se desarrolla en múltiples ámbitos y esferas y por este motivo puede tener tanto limitaciones como ventajas en cada una de ellas. Las acciones que se tomen para la prevención de la discapacidad y para la rehabilitación integral deberán tener en cuenta todas las dimensiones en las que se desenvuelve el ser humano: personal, familiar y social así como el aspecto funcional, psicológico, profesional, etc., de la mano con el nuevo paradigma de la discapacidad.

3.4. Enfoque Diferencial

En el reconocimiento de las múltiples dimensiones de la PcD, y bajo el enfoque de derechos humanos, aunque la Política provea los principios genéricos para la rehabilitación, el proceso será diferente para cada individuo, teniendo en cuenta factores como el origen de su lesión, sus habilidades y capacidades, sus expectativas, su contexto familiar, género, condición socioeconómica, etc. Esto se fortalecerá dentro de la metodología de gestión de caso que se utilizará dentro del SGRRI. Teniendo en cuenta lo anterior, para el desarrollo de la presente Política será vital la coordinación no sólo entre entidades del Sector sino también con entidades externas, familias y comunidades.

3.5. Interrelación Sistémica

Dentro del Sector Seguridad y Defensa hemos iniciado un proceso de transformación que nos llevará a un accionar conjunto y coordinado que nos permita neutralizar de manera eficiente las amenazas actuales y del futuro. Esta mentalidad debe trasladarse al SGRRI. Y esto precisamente porque las condiciones de la guerra son potencialmente perjudiciales para todos y cada uno de los miembros de nuestra Fuerza Pública y, paralelamente, las acciones que debemos tomar para prevenirlas y mitigar su impacto serán desarrolladas por múltiples dependencias dentro de la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa, cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional. En esta medida, ya que el objetivo global del SGRRI es común para todos los actores claves, todas las acciones que se tomen para el fortalecimiento del Sistema deberán tener en cuenta su impacto sobre todas las entidades que participan en él, siempre buscando mantener los demás principios expuestos en esta Política.

3.6. Enfoque en la Prevención y Previsión

Esta Política es evidencia de la importancia que representa para el Sector el disminuir los efectos nocivos de haber adquirido una discapacidad. Sin embargo la principal prioridad será evitar que estos riesgos se materialicen y deriven efectivamente en una discapacidad para alguno de nuestros uniformados. Más allá del cambio de paradigma en el tema de la rehabilitación integral, la prioridad de esta Política será el fortalecimiento de los procesos de prevención, previsión y protección frente a los diferentes riesgos que pueden llevar a la discapacidad para evitar que personal sea afectado y, efectivamente, tenga que atravesar las fases de rehabilitación funcional y rehabilitación familiar, social y laboral.

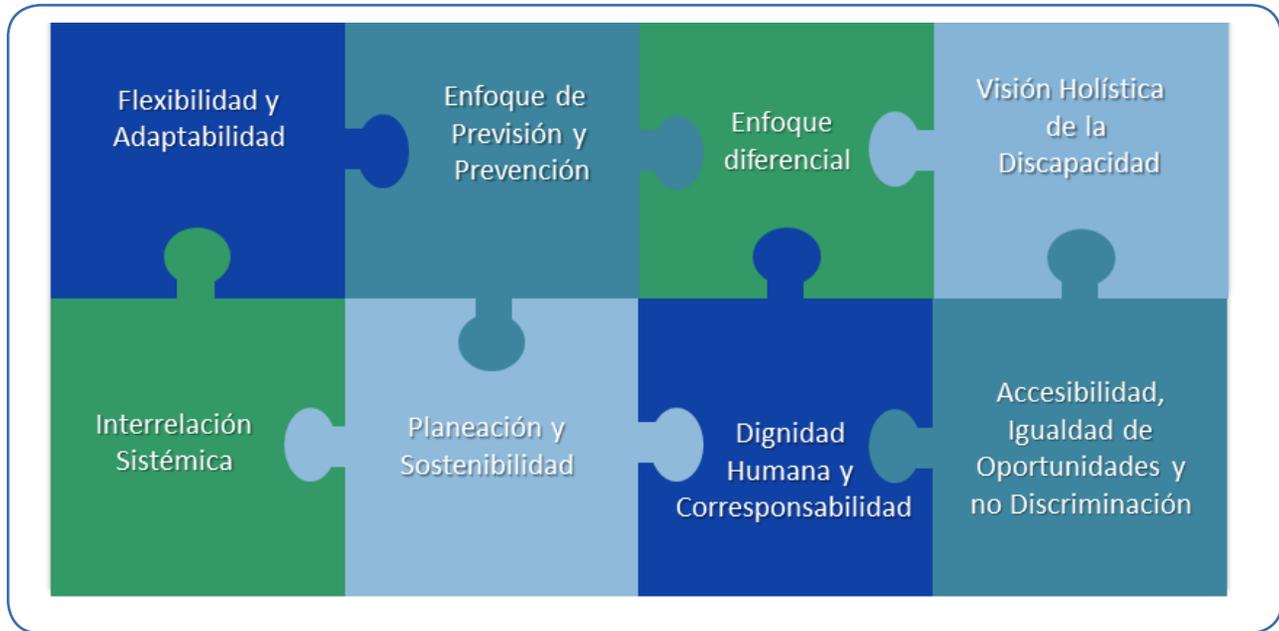
3.7. Adaptabilidad

Las condiciones de la guerra, el contexto tecnológico y los avances nacionales e internacionales en el tema de políticas de discapacidad son algunas de las variables que pueden cambiar de manera dramática en los años por venir y afectar directamente las necesidades y capacidades del SGRRI. El Sistema deberá estar a la vanguardia de cada uno de estos temas para identificar los cambios en el contexto que pueden impactar las necesidades de nuestro personal con discapacidad así como desarrollar únicamente estrategias que cumplan los estándares y necesidades actuales pero que sean ampliamente adaptables frente a dichos cambios.

3.8. Planeación y Sostenibilidad

La rehabilitación integral tiene la particularidad de ser un proceso permanente, en el que la persona puede requerir acceso a diferentes servicios a lo largo de su vida y no únicamente durante un periodo en particular. Por este motivo, el diseño e implementación de las estrategias derivadas de esta Política deberán estar guiados por una adecuada planeación y provisión que contribuya a su sostenibilidad financiera en el mediano y largo plazo. Para ello, será fundamental manejar el conocimiento profundo y compartido de nuestra población objetivo así como de las tendencias que podrán llevar a cambios en la misma. De igual forma, será imprescindible llevar a cabo el análisis costo efectividad para las diferentes posibles combinaciones de recursos para prestar los servicios en cada fase. La importancia de desarrollar estrategias sostenibles radica precisamente en la capacidad del sector de brindar la mejor atención al personal con discapacidad en todos los momentos que ellos lo requieran.

Ilustración 2: Principios Rectores para la Implementación de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa



EJES TRANSVERSALES

Buscando principalmente mantener la armonía de cada una de las entidades que participan en el SGRRI, hemos identificado algunas dimensiones del sistema que afectan las acciones de varias entidades que participan en el mismo, en más de una o incluso en todas las fases, y que deberán regirse bajo los mismos parámetros. Estas dimensiones serán los ejes transversales para los cuales los principales objetivos se enuncian a continuación.

4.1. Bases de datos, información y seguimiento

Para dar cumplimiento a varios de los principios de esta Política, uno de los pasos fundamentales es el conocimiento de nuestra población en todas y cada una de las fases del Sistema, así como en su interacción: quiénes son los beneficiarios de los programas de prevención, quiénes son heridos en combate, quiénes ya han accedido al Centro de Rehabilitación Inclusiva CRI¹² y qué beneficios han podido adquirir, son solamente algunas de las preguntas que cabe formularse para tener un SGRRI eficiente bajo los principios de interrelación sistémica y planeación. A pesar de esto, actualmente existen inconsistencias y falencias en los sistemas de información de la población con discapacidad, lo cual significa que no se evidencian mecanismos de reporte y hay debilidades en la categorización de las diferentes variables.

Adicionalmente se han identificado dificultades para garantizar que el flujo de información sea siempre de doble vía: la información requerida no se limita a nuestro conocimiento de la población con discapacidad. También es importante desarrollar los mecanismos para que ellos, nuestros uniformados, tengan la información sobre el proceso que seguirán. El flujo de información de doble vía podrá facilitar el acceso a los beneficios que ofrece el Sistema.

¹² El Centro de Rehabilitación Inclusiva CRI, parte del SGRRI, en su tercera fase de rehabilitación social, familiar y laboral, es la primera estructura que se construye de este tipo dentro del Sector Seguridad y Defensa para completar la ruta de rehabilitación a la cual es sometida el usuario. Esto con el fin de completar plenamente el proceso de inclusión de cada individuo en los distintos entornos, bajo la estructuración de un nuevo proyecto de vida. Dentro del CRI, se llevarán a cabo 5 programas que propendan por el desarrollo de habilidades y capacidades de la PcD y su inclusión en los distintos entornos: 1. Programa vida activa y productiva; 2. Programa de habilidades sociales; 3. Programa de comunicación y cognición; 4. Programa de interacción con el entorno; 5. Programa de actividad física y movilidad. Siendo éste el primer Centro de este tipo, ubicado en Bogotá DC, con la implementación del SGRRI a nivel nacional, se propenderá por la descentralización del sistema mediante la planeación y proyección de instalaciones en las principales ciudades del país, con el fin de desconcentrar el sistema.

Finalmente, en el tema de la información también será importante desarrollar los indicadores de gestión de cada uno de los actores relevantes para que los procesos que se den dentro del Sistema sean totalmente transparentes.

Con esto en mente, la configuración de bases de datos y la creación e implementación de mecanismos para su actualización, para el tema de previsión, prevención y protección frente a la discapacidad y rehabilitación integral, deberá estar orientada por los objetivos principales que se enuncian a continuación.

4.1.1. Unificación de Conceptos y Variables: Discapacidad

La condición necesaria para dar inicio a un proceso de construcción y actualización de bases de datos en el SGRRI será sin duda la unificación de conceptos y variables relacionadas con el tema de la discapacidad y la rehabilitación. Esto empezará precisamente por la definición del término de discapacidad, que no existe a nivel jurídico en el Sector Seguridad y Defensa¹³. Aunque existe un imaginario común que nos permite acercarnos a un criterio uniforme para definir quién se encuentra con discapacidad, lo cierto es que es indispensable contar con un criterio objetivo y sistematizado¹⁴. Buscando seguir los lineamientos del Ministerio de Salud y las tendencias internacionales, el Sector Seguridad y Defensa, se invita a adoptar la metodología de Calificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF),¹⁵ en todo el SGRRI bajo el liderazgo de las Direcciones de Sanidad y la Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva (DICRI)¹⁶, como criterio objetivo en la definición sobre quién es una persona con discapacidad.

En el periodo de transición hacia la metodología CIF, se propenderá por avanzar el proceso de clasificación del personal retirado en probable situación de discapacidad cuando demanden servicios de salud dentro del Sistema de Salud Militar y Policial. En este orden de ideas, será fundamental capacitar al personal de los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) y de los Establecimientos de Sanidad Policial (ESP) en la aplicación de la metodología CIF. Esta información deberá ser inmediatamente reportada a la Dirección General de Sanidad Militar (DGSM) o a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y la pondrán a disposición de las entidades del Sector Seguridad y Defensa que así lo requieran. Para términos estadísticos en los diagnósticos y en el diseño de programas se invita a desarrollar un modelo que permita estimar el número de personas con discapacidad con base en los datos ya disponibles con metodología CIF y que tenga

¹³ De hecho, la calificación que es dada en las Juntas Médico Laborales de la cual habla el Art. 2 del Decreto 1796/2000, se refiere únicamente a la Disminución de la Capacidad Psicofísica para el servicio y a la Incapacidad permanente parcial y definitiva e invalidez, que según el Art. 28 del mismo decreto vendría a ser la disminución de la capacidad psicofísica del uniformado para la realización de actividades necesarias en el servicio.

¹⁴ Hasta el momento, a falta de una herramienta apropiada, dentro del Sector Seguridad y Defensa se han utilizado aproximaciones para determinar cuantitativamente la población con discapacidad basándose en las herramientas disponibles como, precisamente, la disminución de la capacidad psicofísica en un porcentaje superior al 50%. Sin embargo, esta aproximación no es exacta en la medida en que permite la incorporación de personal que no se encuentra discapacitado de acuerdo a criterios internacionales más avanzados: de acuerdo a los estudios realizados hasta el momento, aproximadamente el 60% del personal pensionado no se considera en condición de discapacidad de acuerdo a la Calificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

¹⁵ Ver Calificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), Organización Mundial de la Salud, 2001.

¹⁶ DICRI, Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva, ver Capítulo 4.3, Gobernabilidad del Sistema.

en cuenta variables adicionales, como la frecuencia de uso de los servicios de sanidad por parte del personal con discapacidad, para arrojar un resultado más cercano a la realidad.

Adicionalmente, una vez implementada la metodología CIF, para acceder a los diferentes programas del SGRRI en caso de ser requerido, las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional y la DICRI (cuando ello aplique), serán responsables de emitir un certificado de discapacidad bajo la metodología CIF, por solicitud del retirado, con base en la ficha médica.

4.1.2. Aspectos Cuantitativos

El número de personas que atendemos en cada una de las fases del SGRRI será el primer determinante de la infraestructura y los recursos que requerimos para su adecuada atención. La población a cuantificar para cada una de las fases será la que se anuncia como población objetivo en la introducción de esta Política¹⁷ y, por supuesto, ésta estará a su vez supeditada por la definición que como Sector adoptamos de la discapacidad.

Adicionalmente, los actores que interconectan cada una de las fases serán los principales responsables por la consolidación y transmisión de la información al siguiente en la cadena o bien a cualquier otra entidad dentro del sector cuando ésta lo solicite. En este orden de ideas, las Jefaturas de Personal serán las responsables de cuantificar la población para la Fase de Previsión, Prevención y Protección; las Direcciones de Sanidad cuantificarán la población en rehabilitación funcional; por último, la responsabilidad de la cuantificación de la población para posteriores procesos de inclusión (en la Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral) recaerá sobre la DICRI y desde la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud se realizará el seguimiento permanente de la cuantificación y actualización de la población en cada fase del sistema.

4.1.3. Aspectos Cualitativos

Evidentemente, para el diseño de programas bajo el principio de planeación y sostenibilidad, la cuantificación de población objetivo será un importante paso inicial pero no será suficiente. De hecho, algunas variables cualitativas de nuestra población objetivo, como el nivel educativo, el tipo de discapacidad, el estrato socioeconómico, el número de beneficiarios, el lugar de origen y el lugar de residencia, serán fundamentales para diseñar programas de impacto y garantizar su acceso a quienes realmente lo necesitan. En concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud, dentro del Sector Seguridad y Defensa se incitará a adoptar las variables contenidas en el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (el cual se establece en la nomenclatura de la metodología CIF) para la caracterización

¹⁷ Ver Introducción

de nuestro personal con discapacidad. Todas las instancias sectoriales que interactúen con nuestro PcD deberán tener en cuenta estas variables para la construcción de sus bases de datos. Adicionalmente, será responsabilidad principal de las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional y de la DICRI definir conjuntamente los significados de las demás variables asociadas a la discapacidad como tipo de discapacidad, origen de la lesión, etc., en un lenguaje acorde con la normatividad internacional y los lineamientos del Ministerio de Salud, y socializarlos con la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud del Ministerio de Defensa Nacional.

4.1.4. Facilitadores de Gestión del SGRRI

El objetivo del SGRRI es precisamente intervenir a su población objetivo a través de elementos de gestión en el acceso a programas, tratamientos y terapias, entre otros. Para garantizar la eficiencia y transparencia en la asignación de beneficios y en el acceso a programas, se debe conocer quiénes han accedido a cada uno de ellos de manera centralizada y con actualizaciones permanentes. Desde la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud, se agrupará toda la información proveniente de una base de datos centralizada y actualizada con la historia médica de los pacientes, construida por las Direcciones de Sanidad, y una base de datos con la información referente a los beneficios en educación, vivienda, deporte y demás actividades de la Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral, construida y actualizada por la Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva, DICRI, en trabajo conjunto con los enlaces dispuestos de entidades como CAPROVIMPO (Caja Promotora de Vivienda Militar de Policía), Corporación Gustavo Matamoros D'Costa, etc.¹⁸A futuro, se exhorta a que este aplicativo que contenga las bases de datos, deberá permitir la interfaz que le permita integrarse con la base de datos del DANE (Departamento Nacional de Estadísticas) del Registro para Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, lo cual permitirá verificar el acceso del personal con discapacidad a los bienes y servicios que provengan no solamente del sector sino de otras entidades públicas y privadas de manera directa.

En cuanto a la oferta de bienes y servicios que está disponible para el personal, también se debe contar con una base de datos geo-referenciada que incluya los convenios, alianzas y programas, entre otros. Esta será una responsabilidad de la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud, y deberá incluir la oferta de bienes y servicios existentes para cada una de las Fases del Sistema: nuevamente, se buscará la integración con el Directorio de Oferta Institucional con variantes a nivel territorial, que se encuentra como una de las prioridades para Consejo Nacional de Discapacidad¹⁹. Es importante anotar que dentro de este portafolio de bienestar, se encontrarán los beneficios dictados en la Ley 1699 de 2013, "por medio de la cual se establecen unos beneficios para los discapacitados, viudas, huérfanos o padres de los miembros de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones."²⁰

¹⁸ Ver más sobre el esquema para los enlaces dispuestos en la DICRI en el Capítulo 5.3.3. Hacia la Inclusión.

¹⁹ Ver Evaluación institucional de la Política Nacional de Discapacidad complementada con una evaluación de resultados cualitativos sobre la población con discapacidad, Informe Final, Noviembre de 2012, Econometría Consultores pp. 39-40.

²⁰ La Ley 1699 de 2013, tiene el objeto de garantizar los derechos económicos, sociales y culturales de los miembros de la Fuerza Pública que quedaron discapacitados en el

4.1.5. Seguimiento permanente

El proceso de inclusión social no establece un término desde el aspecto temporal para su finalización, solamente en el tema de prótesis la persona con discapacidad debe volver repetidas veces a lo largo de su vida a mantenimiento y cambio. Por esta razón, es fundamental diseñar e implementar los mecanismos necesarios para hacer seguimiento permanente a la población con todo tipo de discapacidad del Sector Seguridad y Defensa en los cuatro puntos listados anteriormente, aun cuando ya haya sido retirado y/o haya pasado por la Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Profesional dentro del CRI. La generación de incentivos para garantizar la actualización de datos del personal retirado, va de la mano con la implementación de programas en la fase de inclusión que les ofrezca beneficios claros²¹ en materia de participación en múltiples contextos, actividades de ocio, bienestar emocional, relaciones con el entorno y sociedad, entre otros.

Por esta razón, en esta área se perseguirán tres objetivos principales con la implementación de la Política de Discapacidad, que buscan fortalecer el flujo de información de doble vía entre el Sector y la PcD:

- i. La provisión de un medio de identificación para el personal con discapacidad.
- ii. El establecimiento de un canal de comunicación permanente con la PcD, articulado desde la Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva (DICRI)²².
- iii. Indicadores de seguimiento para el funcionamiento del SGRRI.

cumplimiento de la misión y a los familiares de quienes fallecieron con ocasión del servicio activo, a través de la concesión de beneficios que les procure una mejor calidad de vida y una igualdad material en desarrollo de los principios contenidos en la Constitución Política.

²¹ Evidentemente este proceso será, por lo demás, lento y difícil. Actualmente la poca información que tenemos de nuestro personal retirado no está estandarizada y centralizada, pero a medida que se implementen de forma organizada los diferentes programas de la Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral, será necesario que los mismos beneficiarios, al acercarse para acceder a éstos, se presten para la actualización de sus datos.

²² La Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva DICRI, será una dependencia del Ministerio de Defensa Nacional, con autonomía administrativa y financiera sin personería jurídica. Ver más en Capítulo 4.3, Gobernabilidad del Sistema.

Tabla 1: Áreas de Intervención en bases de datos, información y seguimiento

Tema	Área de Intervención	Objetivos	Responsable
Unificación de Conceptos y Variables: Discapacidad	Cuantificación del PcD para Políticas y Programas	Proyección con base en los datos que se han recogido con metodología CIF.	DGSM y DISAN PONAL.
	Clasificación de los retirados antes de 2014	Propender por la aplicación del CIF en los ESM y ESP a medida que las PcD busquen acceder a servicios médicos en la red interna.	DGSM, DISAN PONAL y DISAN de cada una de las Fuerzas.
	Clasificación de los retirados a partir de la implementación de la Política de Discapacidad	Propender por la emisión del certificado CIF junto con la Junta Médico Laboral.	DGSM y DISAN PONAL.
Aspectos Cuantitativos	Fase de Previsión y Prevención	Cuantificación del personal al que van dirigidos los programas en cada una de las fases.	Jefaturas de Personal de cada una de las Fuerzas y Dirección de Recursos Humanos de la Policía Nacional.
	Fase de rehabilitación funcional		DISAN PONAL y DISAN de cada una de las Fuerzas.
	Fase de rehabilitación social, familiar y laboral		DICRI y los enlaces de las entidades del Sector que proveen beneficios a las PcD en esta fase.
Aspectos Cualitativos	Variables consideradas para la caracterización de nuestro personal objetivo.	Propender por la adopción de las variables contenidas en el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad y otras definidas desde la DBSS, por ejemplo, para la fase de Previsión, Prevención y Protección.	Todas las entidades que participan en el Sistema.
Facilitadores de Gestión del SGRRl	Datos de acceso a servicios médicos	Centralización y actualización permanente de datos de acceso a servicios médicos como cirugías, ayudas técnicas o productos de apoyo.	DISAN PONAL y DISAN de cada una de las Fuerzas.
	Datos de acceso a beneficios en la fase de rehabilitación social, familiar y profesional	Centralización y actualización permanente de datos de acceso a servicios de rehabilitación familiar, social y profesional como vivienda, deporte, etc.	DICRI y los enlaces de las entidades del Sector que proveen beneficios a las PcD en esta fase.
	Centralización del acceso a beneficios del SGRRl	Centralización y actualización de datos sobre el acceso a beneficios que ofrece el SGRRl.	DBSS, que centraliza las bases de datos construidas por las demás entidades del Sistema.

Seguimiento permanente	Identificación del PcD	Diseño y provisión de un medio de identificación para el PcD.	DBSS y DICRI, con el apoyo de las regionales de cada una de las Direcciones de Bienestar y de Comunicaciones Estratégicas del Comando General, de cada una de las Fuerzas y de la Policía Nacional.
	El establecimiento de un canal de comunicación permanente con la PcD	Diseño e implementación de una estrategia de comunicación para la difusión de los beneficios ofrecidos por el SGRRI.	
	Indicadores de seguimiento para el funcionamiento del SGRRI	Diseño y recopilación de datos relacionados con la gestión de cada una de las entidades pertenecientes al Sistema en rehabilitación.	DBSS.

4.2. Investigación y Desarrollo Tecnológico

Las necesidades de investigación en materia de la discapacidad son múltiples y el camino recorrido es aún corto. Adicionalmente, si bien gran parte de los hallazgos a nivel nacional e internacional en el tema de discapacidad en general pueden ser útiles para el diseño y ejecución de diferentes programas dentro del sistema, lo cierto es que la Fuerza Pública tiene requerimientos específicos adicionales que se relacionan con el contexto psicosocial que rodea a los uniformados y los diferentes imaginarios propios de los militares y policías colombianos, entre otros.

De acuerdo con la recomendación número 15 del CONPES 3591 de 2009, “[...] de manera permanente, el Ministerio de Defensa Nacional, con la colaboración del Ministerio de Protección Social, el SENA y Colciencias, establecerá mecanismos de investigación científica y tecnológica con universidades y centros de excelencia en áreas relacionadas con la Rehabilitación Integral”. Para dar cumplimiento a esta recomendación y buscando que la investigación permita mejorar los procesos de rehabilitación integral en el Sector, se proponen los siguientes principios y ejes de trabajo, involucrando de manera progresiva las escuelas de formación de las Fuerzas Armadas, universidades del sector público o privado, como lo es la Universidad Militar Nueva Granada, empresas del GSED que dispongan espacios para hacerlo, entre otros:

4.2.1. Investigación de los factores del contexto

De acuerdo con la nueva visión de la discapacidad, el objeto de la investigación no debe concentrarse únicamente en el fortalecimiento de las habilidades del individuo o el desarrollo de procedimientos de enseñanza o entrenamiento para la persona con discapacidad, sino también en el estudio de la influencia que determinados cambios contextuales (de sus condiciones de vida, de las conductas de los cuidadores, por ende, su núcleo familiar, de las posibilidades de tomar decisiones o de participar en diferentes procesos sociales, etc.) pueden tener sobre la calidad de vida de esa persona. La investigación deberá analizar la influencia que tienen estos contextos y apoyos sobre los comportamientos del individuo, así como el efecto que trae consigo la discapacidad en un integrante de un núcleo familiar. Los estudios entonces deben incluir

las habilidades de adaptación de la persona y sus familias en diferentes contextos y etapas evolutivas, así como el fortalecimiento de sus condiciones de vida independiente, habilidades sociales y de empleo, además de la preparación del personal del Sistema para lograr la inclusión social. Es así como se apunta a la visión de concebir la PcD como un ser independiente, a través del desarrollo integral de sus capacidades, fortaleciendo su posición como ser activo y partícipe en la sociedad.

4.2.2. Participación de la PcD y el Cuidador

Es importante que la investigación que se desarrolle en este tema tenga en cuenta las visiones particulares y personales de la PcD, sin dejar de lado el punto de vista de los integrantes de su núcleo familiar, quienes actuarán como cuidadores y soporte en el proceso de rehabilitación integral y posterior a éste. No solamente los programas y los servicios deben tener presentes a los propios afectados como participantes directos y agentes de decisión sino, que la investigación debe incorporar también esta perspectiva. Se debe buscar la participación activa del personal con discapacidad y los cuidadores en la formulación de las diferentes investigaciones y, cuando sea posible, facilitar su participación en el desarrollo de las mismas.

4.2.3. Retroalimentación para la modificación de políticas y programas

Es necesario fortalecer la utilización de la información para la toma de decisiones en el tema de la discapacidad y por esta razón el objetivo principal de las investigaciones alrededor del tema de la discapacidad dentro del Sector será este enfoque práctico. Los indicadores de gestión que se diseñen para el SGRRI así como las escalas de evaluación nos permitirán identificar las necesidades del personal con discapacidad, así como proponer nuevos procedimientos y programas para cubrirlas.

4.2.4. Innovación, Diseño e Investigación dentro del CRI

A futuro, los investigadores del CRI con los más altos estándares académicos podrán diseñar proyectos de investigación que se puedan desarrollar de manera directa o mediante convenios con instituciones educativas públicas y privadas. Nuevamente, estas investigaciones deberán orientarse hacia el campo aplicado, en particular hacia la solución de problemas particulares en el proceso de rehabilitación que hayan sido identificados por la Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva (DICRI). Los investigadores, en una primera instancia, se convertirán en el primer enlace con el Observatorio Nacional de Discapacidad y, a través de él, se fomentará la investigación alrededor de temas de especial interés para el personal con discapacidad de la Fuerza Pública. Dentro de este aspecto, entidades del sector público y privado o del mismo Sector Seguridad y Defensa, podrán ser involucradas, de acuerdo al objeto a investigar.

4.2.5. Innovación, desarrollo tecnológico y transferencia de conocimiento

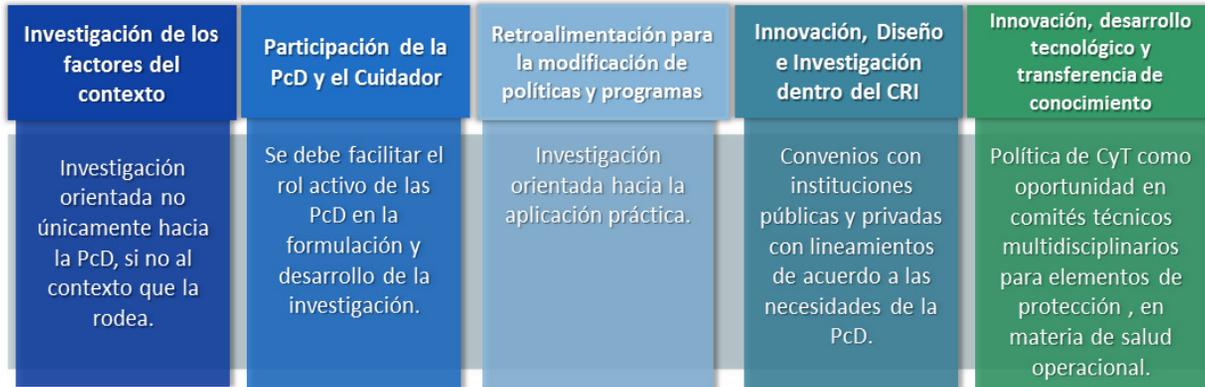
Para la innovación y el desarrollo tecnológico en los equipos necesarios para la protección, en materia de salud operacional, las acciones que se tomen se regirán por los principios expuestos dentro de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el Sector Seguridad y Defensa y Seguridad, en cuanto a sus tres ejes principales: adquisición de material, investigación y desarrollo conjunto en CTel y cooperación industrial – offset–.

En el tema particular de la adquisición de material como ayudas técnicas o productos de apoyo (entre los que se encuentra prótesis y órtesis, sillas de ruedas, etc.) el objetivo principal será la eficiencia en los lugares de producción y adaptación de estos elementos en términos de oportunidad y calidad. Aunque la transferencia de conocimiento será un objetivo importante, siempre será preponderante el garantizar la disponibilidad de los mejores recursos a nivel nacional e internacional para la recuperación, habilitación y rehabilitación, bajo un marco de planeación y sostenibilidad. En esta medida, se buscarán convenios a nivel internacional que aseguren la transferencia de conocimientos a los prestadores del servicio, pero siempre garantizando que el ritmo de transferencia no afecte la provisión y adecuada oportunidad en estos elementos de apoyo para nuestro personal con discapacidad.

En los temas como la prevención y previsión del riesgo, así como la atención inmediata en el área de operaciones, los proyectos de investigación y desarrollo deberán seguir los lineamientos y procedimientos definidos por la Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación del MDN de acuerdo a la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el Sector Seguridad y Defensa y Seguridad, prestando especial atención a la vigilancia tecnológica, para llevar a cabo un análisis costo beneficio de desarrollarlas dentro de nuestro país. De hecho, actualmente varios países deben afrontar amenazas similares, como lo artefactos explosivos improvisados (AEI), y en esta medida ya tienen un desarrollo tecnológico considerable que debemos tener en cuenta, en costos y sostenibilidad, para determinar la viabilidad de desarrollar algunos equipos a nivel nacional. Adicionalmente, las matrices de riesgo que se desarrollarán de acuerdo con el Capítulo 5.1.1.: Previsión de esta Política, permitirán identificar otras áreas en las que las peculiaridades de nuestro contexto justificarían el desarrollo de proyectos de Ciencia, Tecnología e Innovación.

Por último, teniendo en cuenta la variedad de actores e intereses implicados en proyectos para desarrollar elementos como botas antiminas y gafas anti esquirlas, se deberán crear comités técnicos multidisciplinarios para la evaluación de los mismos, de los cuales harán parte cada una de las Direcciones de Ciencia, Tecnología e Innovación de las Fuerzas, de la Policía Nacional y del Ministerio de Defensa, o sus equivalentes. Asimismo, tendrán que incluir la visión de las Direcciones de Sanidad junto con las Jefaturas de Operaciones y las Jefaturas de Educación y Doctrina y serán liderados por la Subdirección de Normas Técnicas del Ministerio de Defensa Nacional.

Ilustración 3: Áreas de Intervención para Investigación y Desarrollo Tecnológico



4.3. Gobernabilidad del Sistema

4.3.1. Organismos de Coordinación

Como hemos podido ver, en el Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral participan múltiples actores que incluyen las Direcciones de Reclutamiento, las Jefaturas de Educación y Doctrina y las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional, entre otros²³. Estas entidades tienen responsabilidades específicas en cada una de las fases pero cumplen a su vez varias tareas adicionales y ya tienen una estructura jerárquica definida. Teniendo en cuenta esto, se vuelve necesaria la creación de los siguientes órganos que facilitarán no sólo la coordinación entre estas entidades del Sector Seguridad y Defensa, sino que también permitirán centralizar y potenciar la cooperación con entidades externas en el tema de prevención de la discapacidad y rehabilitación integral.

²³ Ver listado de entidades del Sector Seguridad y Defensa que hacen parte del SGRI en el Anexo 3.

Como se mencionó, las fases del SGRRI ya cuentan con actores que las coordinan. No obstante, con el presente documento de política, se dictan lineamientos para la creación de actores macro que velen por el funcionamiento articulado de éste en cada una de sus etapas. En primer lugar, se encuentra la fase de Previsión, Prevención y Protección, a cargo de cada una de las Fuerzas, mediante las Jefaturas de Educación y Doctrina y Direcciones de Reclutamiento, entre otras. En segundo lugar, la fase de Rehabilitación Funcional bajo la coordinación de los actores pertenecientes al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y finalmente, la fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral que funcionará mediante la Dirección Centro Rehabilitación Inclusiva (DICRI) a ser creada como dependencia del Ministerio de Defensa Nacional, que adicionalmente, complementará esfuerzos con alianzas del sector privado.

Es así, como se hace evidente la necesidad de contar con organismos de coordinación externos al SGRRI, que propendan por su debido funcionamiento y a su vez, se plasma la necesidad de crear otros, que completen la regulación de la tercera fase que es la Rehabilitación Familiar, Social y Laboral:

i. Dirección de Bienestar Sectorial y Salud - DBSS: como parte del Viceministerio de Defensa para el GSED y Bienestar, la DBSS es creada con la responsabilidad central de promover el bienestar integral de los miembros de la Fuerza Pública, Reservistas de Honor, personal con discapacidad y beneficiarios de los fallecidos en actos del servicio o en combate, a través de la formulación y adopción de políticas, planes, programas y lineamientos sectoriales, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida.

Es por esto, que mediante el Decreto 4890 de 2011 se le otorga a la Dirección las siguientes funciones:

- Elaborar propuestas de política de bienestar de la Fuerza Pública.
- Dirigir la elaboración de propuestas de política y de programas para la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública afectados en cumplimiento de su deber, los programas y políticas de orden social para el mejoramiento de la calidad de vida de los veteranos de la Fuerza Pública, Soldados de las Fuerzas Militares y Auxiliares Bachilleres de Policía.
- Centralizar la información sobre los veteranos de la Fuerza Pública.
- Dirigir la emisión de los lineamientos estratégicos y formular la política para el seguimiento de la inversión en bienestar del personal de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional a fin de garantizar el adecuado flujo de servicios básicos y complementarios, teniendo en cuenta las particularidades del servicio.

- Presentar propuestas de política en materia de salud, para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, Policía Nacional y verificar su cumplimiento.
- Ejercer las demás funciones que le sean asignadas y que correspondan a la naturaleza de la Dependencia.

En este orden de ideas, y con el propósito de velar por el funcionamiento articulado de los distintos actores involucrados en las Fases del SGRRI, se crea mediante la Resolución No.0619 de 2014, el Grupo de Rehabilitación Integral como parte de la DBSS, encargado específicamente de los temas concernientes a la Rehabilitación Integral de los miembros de la Fuerza Pública, mediante la puesta en marcha de los lineamientos estipulados en la presente Política.

a. Grupo de Rehabilitación Integral: Ahora bien, para diseñar políticas, planes y programas del SGRRI y llevar a cabo el seguimiento a cada uno de los procedimientos que conectan neurálgicamente el Sistema, nace un grupo interdisciplinario que no haga parte como tal de ninguna de las entidades involucradas y que pueda tener una visión integral del SGRRI. Para esto, el Grupo de Rehabilitación Integral se crea con motivo de formular las políticas y diseñar programas e indicadores para fortalecer y supervisar la sinergia entre los actores del SGRRI. Asimismo, velará por el desarrollo de las estrategias para cada uno de los objetivos propuestos en esta Política, llevando a cabo la veeduría sobre su coherencia con los principios rectores de la misma.

Adicionalmente, para el desarrollo de los objetivos previstos en cada una de las tres fases de este sistema, bajo el liderazgo de este Grupo se crearán tres comités que funcionarán de manera permanente y trabajarán en el desarrollo de las acciones concretas que se derivan de los principios y objetivos generales de esta política. Estos comités coincidirán con los temas de previsión, prevención y protección, rehabilitación funcional y rehabilitación familiar, social y laboral, respectivamente. Por esta razón deberán contar con la participación de los principales actores responsables de cada una de las fases del SGRRI.

Asimismo, se podrán establecer comités transitorios, bajo su liderazgo, para cubrir los temas relacionados con los ejes transversales del Sistema.

Con motivo de velar por el funcionamiento integral del sistema (SGRRI), de manera coherente y articulada, se recomienda en un futuro la creación de un Consejo de Asesoría y Coordinación, que señale los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento. Con su carácter de órgano rector y coordinador, emitirá directrices para cumplir dentro del sistema, mientras que el Grupo de Rehabilitación, propenderá por la puesta en marcha de éstas.

ii. Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva (DICRI): la cual mediante Acto Administrativo se deberá crear como dependencia del Ministerio de Defensa Nacional, y deberá propender por la rehabilitación inclusiva de los uniformados con discapacidad en el entorno familiar, social y laboral. Dicha Dirección, se crea para completar la gobernabilidad del SGRRI, puesto que, la tercera fase dado su carácter novedoso dentro del Sector Seguridad y Defensa, debe contar con sus propios entes de coordinación que sean idóneos para ello.

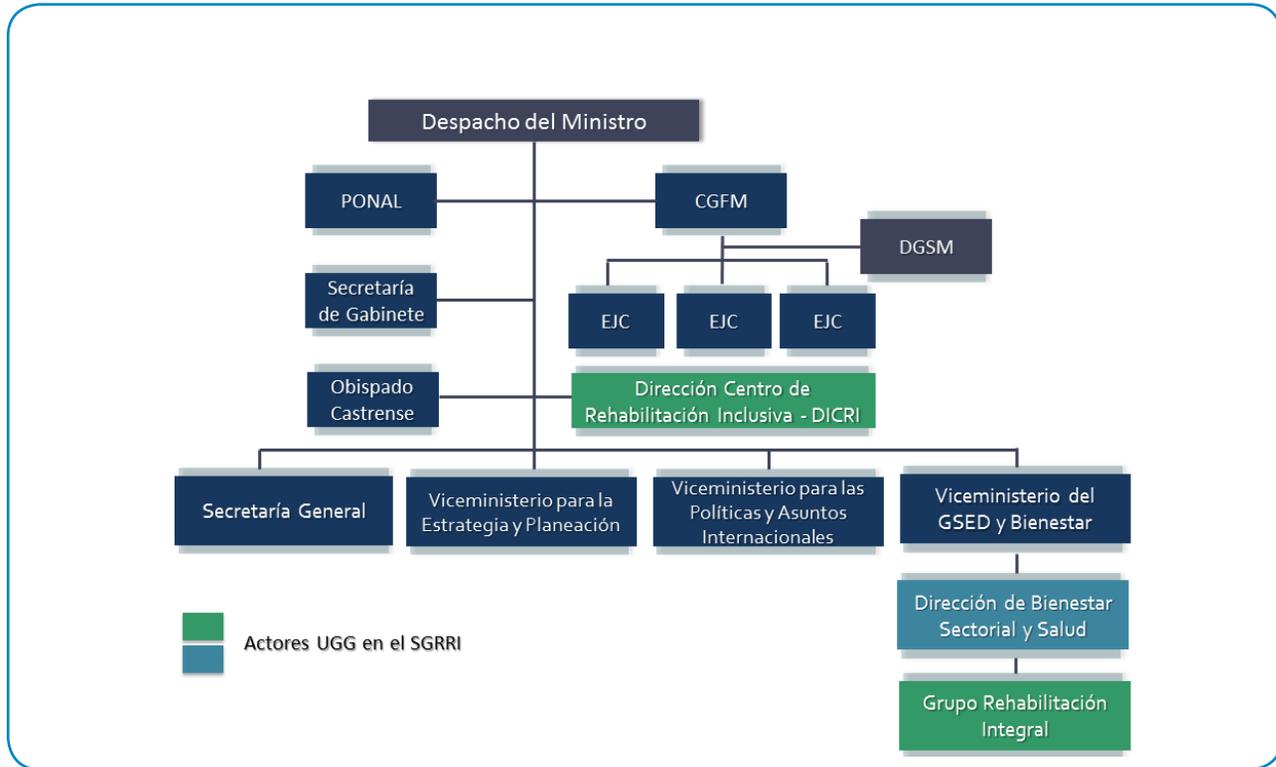
La DICRI, deberá implementar políticas y dirigir la ejecución de planes y programas en materia de rehabilitación inclusiva. De la misma manera, bajo su mandato, se encontrará el Centro de Rehabilitación Inclusiva (CRI), por ende, deberá administrar los bienes y recursos destinados para el funcionamiento de éste, así como la celebración de contratos o convenios que trabajen por su eficaz funcionamiento. En este orden de ideas, la DICRI, tendrá bajo su cargo el desarrollo de la fase de rehabilitación inclusiva de la PcD, bajo la dirección y ejecución de planes y programas desde el CRI, así como los procesos investigativos en torno a ésta, más la administración de este centro. A futuro, se deberá trabajar por la incorporación de otros Centro de Rehabilitación Inclusiva en las principales ciudades del país, con motivo de descongestionar el proceso de atención a la PcD, siempre y cuando las Fuerzas dentro de su planeación lo consideren viable.

4.3.2. Entidades prestadoras de servicios

Si la Fuerza lo considera necesario, es decisión propia de ésta formular proyectos de inversión, que impacten de manera favorable la prestación de los servicios, a través de nuevas entidades, que propendan por la mayor cobertura nacional. Así, por ejemplo, se fortalecerá la fase de rehabilitación funcional mediante la construcción de Centros de Rehabilitación Funcional, cada uno de los cuales dependerá de alguna de las Fuerzas o de la Policía Nacional y administrativamente funcionarán como cualquier establecimiento de sanidad de mediana complejidad. Esfuerzos se han venido adelantando en la desconcentración del sistema, mediante la inversión en el Centro de Rehabilitación Funcional en la Tercera Brigada del Ejército en Cali, el Centro de Rehabilitación Funcional “Héroes de Paramillo” en Medellín y el Centro de Rehabilitación Funcional en Bogotá; uno de ellos en construcción y los otros ya en funcionamiento.

Finalmente, el Centro de Rehabilitación Inclusiva (CRI), que entrará en funcionamiento a partir del año 2015, será como tal una entidad totalmente nueva en términos de misionalidad tanto para las Fuerzas y la Policía Nacional como para la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa y se espera contar a futuro con una expansión de dichos centros a nivel nacional, para garantizar la mayor cobertura y asequibilidad a los usuarios del sistema.

Ilustración 4: Nuevos Organismos Gobernabilidad del SGRRRI



4.3.3. Apoyo del Sector Privado y otras entidades del Sector Público.

Adicionalmente, es claro que la interacción con entidades del sector privado y público, tanto para el recaudo de fondos como para la obtención de servicios específicos y asesoría en general para temas que escapan la misionalidad del Sector Seguridad y Defensa, es fundamental para el adecuado funcionamiento del sistema. Por esta razón, se alientan las alianzas, convenios y demás formas de vinculación con terceros, que tengan la disponibilidad y capacidades para complementar y garantizar la sostenibilidad y continuidad del proceso

de rehabilitación integral de la PcD. Como lo es por ejemplo, el tema de educación, vinculación laboral, rehabilitación a través del deporte, entre otros.

4.4. Aspectos Jurídicos

De manera paralela al desarrollo de esta Política se avanzará en la modificación de parte de la legislación vigente de acuerdo a la nueva visión propuesta en la misma, en las siguientes cuatro dimensiones:

4.4.1. Nuevas leyes y vehículos jurídicos para el SGRI

En primer lugar, y de acuerdo con el CONPES No. 3591 de 2009, se deberán crear los decretos reglamentarios que contengan los vehículos jurídicos que faciliten la operación del sistema. Esto se logrará a través de la creación de las entidades que permitan la implementación necesaria para la dirección y coordinación del sistema, como lo es el Grupo de Rehabilitación Integral de la DBSS y la DICRI como dependencia del Ministerio de Defensa Nacional, así como los vehículos jurídicos que permitan financiarlas en caso de requerirlo, la aprobación de los decretos que reglamenten la interacción entre ellos en los casos en que esto sea necesario, al no ser posible hacerlo a través de un acto administrativo. Para la elaboración de estos decretos, además de las interacciones y principios expuestos en esta Política que serán el objetivo principal de los mismos, se deberán contemplar los siguientes parámetros:

- i. Definición clara y objetiva de la población que tendrá acceso a cada beneficio que se plantee en el SGRI.
- ii. Especificidad en la identificación de Fuentes de Financiación y Responsabilidades para cada programa.
- iii. Socialización con las demás entidades del Sistema, así como actores nacionales relevantes, para evitar duplicidad de esfuerzos.

4.4.2. Definición de la Discapacidad dentro del Sector Seguridad y Defensa

Se ha mencionado que dentro del Sector Seguridad y Defensa no existe actualmente una definición formal de lo que se entiende por personal con discapacidad. Definirla a nivel jurídico, de acuerdo a los parámetros ya expuestos en el Capítulo 4.1.1. Unificación de Conceptos y Variables: Discapacidad, será fundamental para poder desarrollar, dentro de los decretos reglamentarios, quiénes tendrán acceso a cada una de las fases de nuestro Sistema, así como para diseñar criterios de priorización teniendo en cuenta la metodología CIF para la calificación de la discapacidad. Para facilitar este proceso, la Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, además de la DICRI, harán parte del proyecto dirigido por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Universidad Nacional sobre la calificación de

las capacidades de las personas con discapacidad, para adoptarla y aplicarla según las necesidades de la población de la Fuerza Pública.

4.4.3. Juntas médico laboral, procesos de calificación médico laboral del personal militar y actividad del personal con discapacidad

La Junta Médico Laboral permite valorar las secuelas definitivas de una persona con discapacidad, clasificar la incapacidad psicofísica, determinar la aptitud para el servicio, puede recomendar reubicación laboral, determinar la disminución de capacidad psicofísica, calificar el origen de las lesiones o afecciones y fijar los correspondientes índices de lesión. Los decretos 1796 del 2000 y 094 de 1989, son los que regulan en general el tema de la evaluación de la aptitud psicofísica y sus efectos en Juntas y Pensiones, razón por la cual, seguirán siendo la guía a la hora de calificar el grado de pérdida de la capacidad laboral de la PcD. Asimismo, en lo concerniente al tema, las determinaciones en materia regulatoria de salud, serán sujetas a aprobación del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.

4.4.4. Actualización de normas o diseño de nuevos mecanismos jurídicos para equiparar la condición de soldados regulares e infantes regulares y auxiliares de policía con discapacidad

Cada año alrededor de cien soldados e infantes regulares y auxiliares de policía adquieren una discapacidad permanente durante el servicio que prestan a nuestro país²⁴. Sin embargo, la normatividad vigente tiene limitaciones para permitirles el acceso a los mismos beneficios que están dispuestos para nuestros soldados e infantes de marina profesionales. Por este motivo, se deberá avanzar en los mecanismos jurídicos que permitan que, ya sea a través del Sector Seguridad y Defensa o en alianza con otras entidades del sector privado y público, se les dé acceso a beneficios similares en temas como vivienda, educación y vinculación laboral.

²⁴ Este dato corresponde al número promedio de los soldados regulares, campesinos y bachilleres, y sus pares en infantería de marina, que han sufrido una pérdida de más del 50% de su capacidad laboral en los últimos 10 años.

Ilustración 5: Áreas de intervención para los Aspectos Jurídicos



4.5. Recursos

Por las diferentes naturalezas de cada una de las fases del SGRRI las fuentes de recursos para sostenerlo son variadas. En algunos casos, para el desarrollo de la presente Política la obtención de recursos se trata únicamente de reformas o reorganización de los recursos disponibles mientras que en otros casos se trata realmente de inyectar nuevos recursos ya sea para el tema de inversión en infraestructura o para el funcionamiento. Esta diferencia entre los orígenes de los recursos para financiar el SGRRI en cada una de sus fases se evidencia en el siguiente esquema:

Ilustración 6: Origen de los Recursos para la Financiación del SGRRI

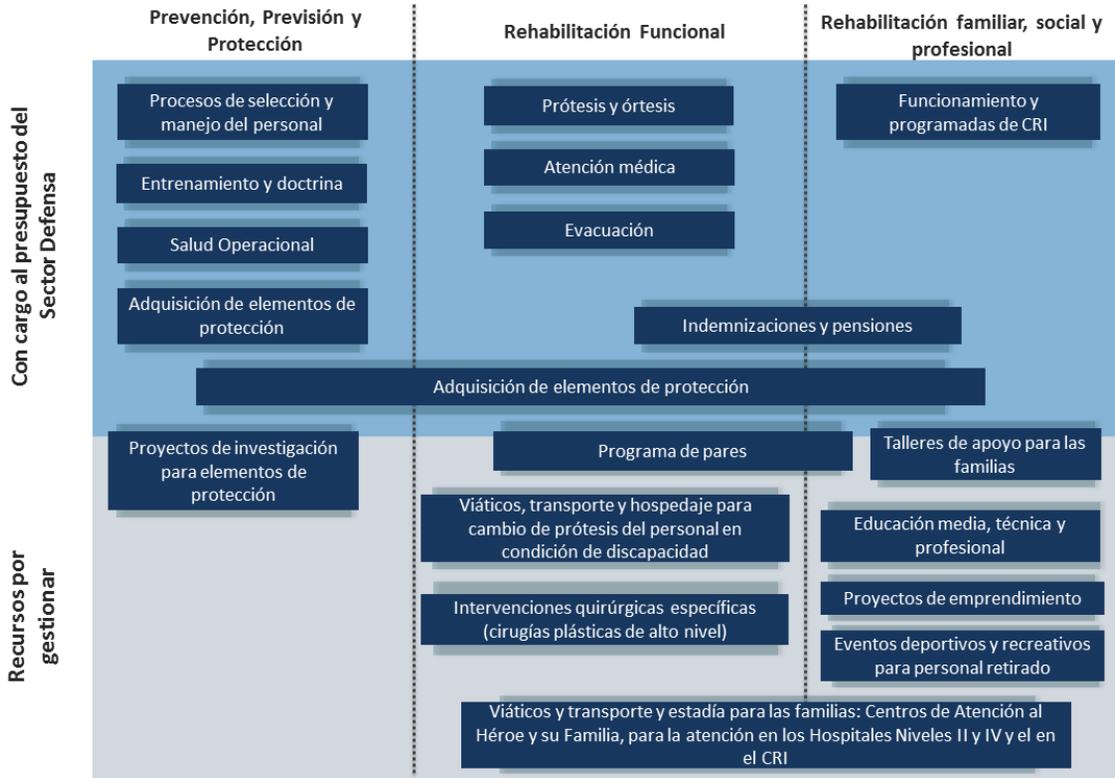
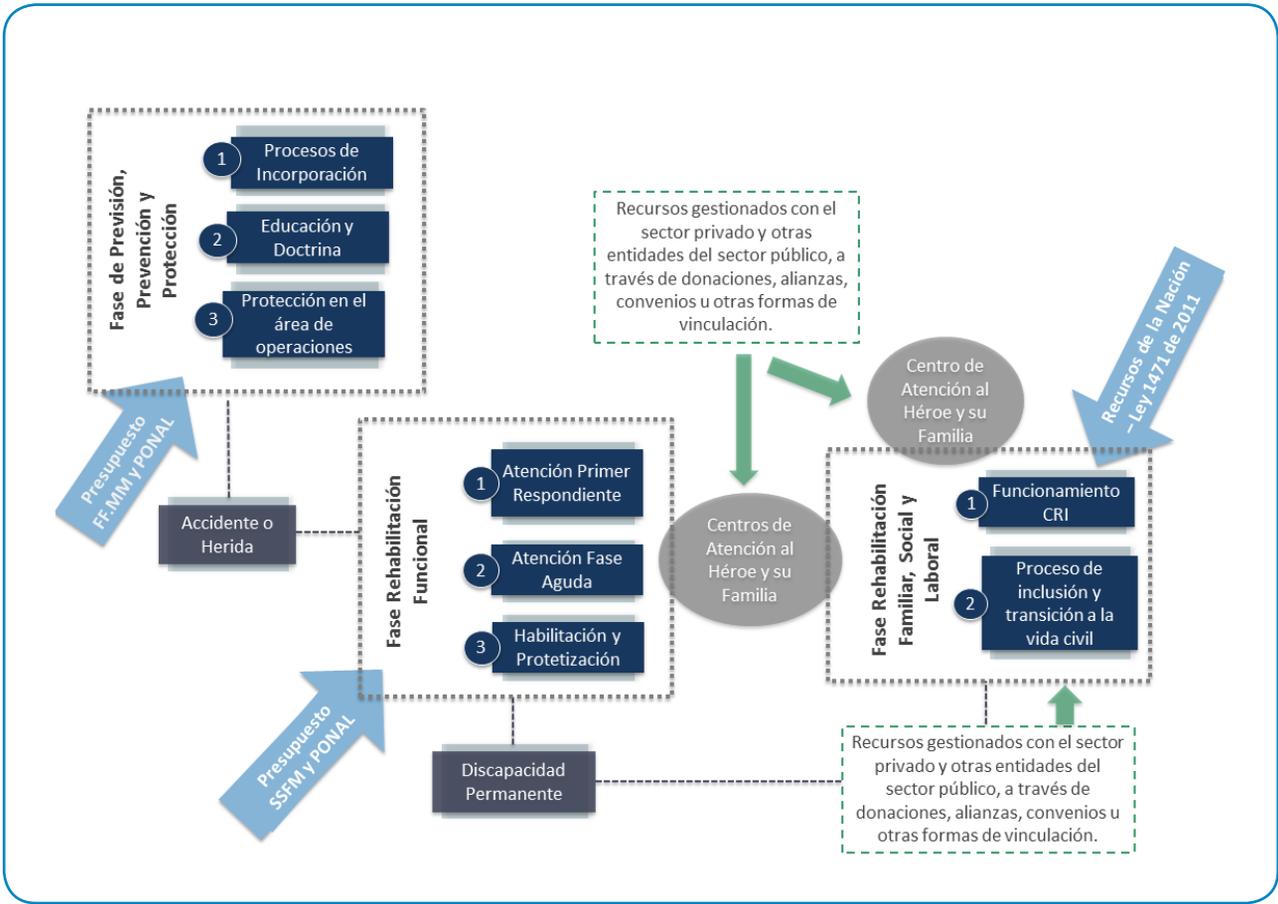


Ilustración 7: Asignación Presupuestal Fases SGRII



En primer lugar, para la fase de previsión y prevención de la discapacidad, que es de por sí una responsabilidad única del Sector Seguridad y Defensa a cargo de cada Fuerza, la gran mayoría de las iniciativas que deriven de esta Política se podrán lograr a través de las reformas institucionales y reorganización de recursos ya disponibles para los diferentes actores clave en esta fase. Para el desarrollo de elementos de protección, la Corporación de Ciencia y Tecnología podrá jugar un papel fundamental en la gestión administrativa y de seguimiento, gestión financiera y de contratación así como en la asesoría jurídica. Por supuesto, para que esto sea posible será importante que los proyectos que se quieran desarrollar contemplen los parámetros establecidos como auto sostenibilidad en el largo plazo. Adicionalmente, la Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación del Ministerio de Defensa podrá gestionar recursos en para financiar estos proyectos, siempre que este tema haga parte de las apuestas sectoriales en Ciencia y Tecnología.

Por otro lado, en cuanto al tema de sanidad, por el régimen exceptuado de la Fuerza Pública, la rehabilitación funcional es también una responsabilidad del Sector Seguridad y Defensa que se financia con cargo al Fondo Cuenta de la Dirección General de Sanidad Militar y al Fondo Cuenta de Sanidad de la Policía Nacional. Los proyectos que se desarrollen en esta área para ampliar el cubrimiento y mejorar la calidad de la red interna podrán también ser financiados con recursos de inversión propios de las Fuerzas o de la Policía Nacional, recursos asignados a los subsistemas y al Hospital Militar Central. Ahora bien, aunque hasta ahora hemos construido dispensarios y centros médicos para cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional es importante resaltar que dentro de esta Política, y pensando precisamente en los principios de planeación y sostenibilidad, los centros de rehabilitación funcional o de rehabilitación inclusiva que entren en funcionamiento prestarán servicios para todos y cada uno de los uniformados que así lo requirieran y que tengan derecho a ello por ley, independientemente de la fuente de recursos que haya sido utilizada para su construcción. En el tema particular de Sanidad, así como funciona en varios ESM y ESP, las Fuerzas y la Policía Nacional deberán diseñar e implementar un procedimiento para subsanar las deudas al interior del subsistema de las FFMM o entre éste y el subsistema de la Policía Nacional, por los gastos de funcionamiento en los que se incurra para la atención de pacientes de otras Fuerzas o de la Policía.

Para el desarrollo de las iniciativas en la Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral, la estrategia para la obtención de recursos se dividirá en dos: por un lado, para garantizar los recursos necesarios para mantener el acceso del personal a los programas de acuerdo con el MR II, se diseñarán e implementarán los vehículos jurídicos que permitan el flujo de recursos por parte del Estado (a través del Sector Seguridad y Defensa) para el sostenimiento del Centro de Rehabilitación Inclusiva para la atención de nuestro personal con discapacidad, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1471 de 2011. En segundo lugar, se buscarán alianzas estratégicas y canalización de recursos privados para financiar otros programas de alto costo para la inclusión social que no están incluidos dentro de los programas del CRI pero que son igualmente acordes con el MR II, como la educación continuada y los programas para deportistas de alto rendimiento, entre otros.

De hecho, uno de los cambios importantes que vendrán con la puesta en funcionamiento del Sistema será la centralización de la gestión de recursos y alianzas estratégicas para la Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral en la DICRI, con el apoyo de los representantes del sector privado y otras entidades del sector público. Paralelo a éste último, se hará un análisis de capacidades y necesidades de las diferentes fundaciones, organizaciones y entidades del Sector Seguridad y Defensa que buscan apoyar la rehabilitación de nuestros uniformados, con el fin de redistribuir las funciones de manera que no haya esfuerzos dobles o cruzados y se centralizará el rol de la gestión de recursos buscando así mantener un mayor poder de gestión y también procurando que los recursos gestionados efectivamente terminen sirviendo las necesidades más apremiantes del Sistema.

Tabla 2: Costos Asociados y Origen de los Recursos para cada una de las Fases del SGRRI

Fase	Costos asociados	Origen de los recursos
Previsión, Prevención y Protección	Proceso de reclutamiento, adquisición de elementos de protección, campañas educativas, etc.	Las entidades de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional de acuerdo a los procesos que tienen a su cargo actualmente. Gestión de recursos a través de la Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación del Ministerio de Defensa siempre que el tema haga parte de las apuestas sectoriales en CyT.
Rehabilitación Funcional	Atención médica, provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo, etc.	Con cargo al fondo cuenta de cada uno de los subsistemas de salud las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.
Rehabilitación Familiar, Social y Laboral	Funcionamiento del CRI.	Con cargo a los recursos de la Nación, de acuerdo con la Ley 1471 de 2011.
	Apoyo para procesos de rehabilitación funcional y social, por ejemplo construcción, administración y mantenimiento de Centros de Atención al Héroe y su Familia.	Gestión de recursos con el sector privado por parte de la DBSS, a través de alianzas, convenios, donaciones u otras formas de vinculación, para los temas que no son financiados por competencia del Sector Seguridad y Defensa y se pueden canalizar a través de fundaciones.
	Apoyo para procesos de inclusión social después del proceso dentro del CRI, por ejemplo programas de deporte, educación, etc.	Gestión de recursos con el sector privado por parte de la DBSS, a través de alianzas, convenios, donaciones u otras formas de vinculación, para los temas que no son financiados por competencia del Sector Seguridad y Defensa y se pueden canalizar a través de fundaciones.

4.6. Infraestructura y accesibilidad

Para la puesta en funcionamiento del sistema se deberán llevar a cabo modificaciones a la infraestructura persiguiendo los siguientes objetivos:

4.6.1. Prestación de servicios médicos: determinación de las necesidades

En la planeación y construcción de nueva infraestructura así como en la adecuación de la infraestructura actual para la atención médica con servicios de rehabilitación funcional, se deberán tener en cuenta la suficiencia de la oferta para la demanda proyectada, la localización que permita una atención oportuna y accesible y las condiciones mínimas habilitantes que aseguren una óptima calidad. Estas consideraciones las deberá tener presentes el Grupo de Rehabilitación Integral de la DBSS, con el objeto de formular metas, de acuerdo a la visión que se tiene con el SGRRI. En la estimación de la demanda real, la información sobre la ubicación actual de nuestro personal con discapacidad jugará un papel fundamental para poder iniciar la planeación de dar acceso local en servicios como promoción y prevención²⁵ y atención interdisciplinaria en salud, así como en temas relacionados con el mantenimiento y cambio de elementos de apoyo, siempre dentro del marco de recursos limitados que nos lleva a buscar garantizar la sostenibilidad y la eficiencia. En la estimación de la oferta, y particularmente para cubrir los servicios de las fase de rehabilitación funcional posteriores a la fase aguda, se deberá ver la red interna y externa como una red conjunta para la prestación pero manteniendo una vigilancia tanto de los costos como de la calidad de los resultados. Es a partir de esta visión que se podrá identificar la necesidad de construir un establecimiento de cualquier nivel de complejidad.

Dada la limitación de recursos, las necesidades adicionales del SSMP y la dispersión de nuestra población, evidentemente no será posible garantizar el acceso a nivel local a todas y cada una de las personas con discapacidad. No obstante, el desarrollo de infraestructura estará apoyado por nuevos mecanismos como equipos móviles y a futuro se estudiará la posibilidad de la gestión de recursos provenientes del sector privado para facilitar viáticos y transporte para el personal que así lo requiera, por la ausencia de establecimientos locales que presten los servicios como, por ejemplo, cambio de prótesis u otros requeridos para los distintos tipos de discapacidad.

4.6.2. Descentralización y regionalización de la inclusión social

A 2015, uno de los avances importantes para fortalecer la Rehabilitación Familiar, Social y Laboral de nuestro personal con discapacidad será la inauguración de un gran Centro de Rehabilitación Inclusiva en Bogotá. No obstante, debemos especificar los parámetros para definir cuándo se debe construir nueva

²⁵ Se ha comprobado que la incidencia de enfermedades prevenibles en personal con discapacidad es considerablemente mayor frente al promedio, esto se debe corregir en particular para evitar que éstas deriven en mayores limitaciones.

infraestructura para la prestación de servicios en inclusión social y cuándo se debe recurrir a la red externa compuesta por organizaciones del sector público y privado que presten estos servicios con los estándares de calidad que se deben cumplir en el MR II. Esto con el fin de garantizar eficiencias operacionales y calidad en la prestación del servicio.

Teniendo en cuenta la importancia de la presencia de la familia, mediante un delegado el cual se denominará como el cuidador, durante el proceso de rehabilitación, particularmente en esta última fase, no sólo por el apoyo psicológico que se presta al paciente sino también porque ellos deben aprender a ser cuidadores del PcD, es fundamental procurar la descentralización de los servicios de rehabilitación inclusiva dentro del marco de la sostenibilidad y la planeación. Adicionalmente, el apoyo de la comunidad en general, y particularmente del sector empresarial, a nivel regional es imprescindible para garantizar que los servicios requeridos en los centros de rehabilitación



inclusiva se traduzcan en impactos reales sobre el nivel de vida de la PcD. Por ejemplo, en los temas de capacitación y educación en nuevas competencias para la inclusión laboral, es importante contar con la participación de los empresarios quienes pueden jugar un papel importante en garantizar impactos sociales reales. Igualmente, el tema de deporte seguirá atrayendo al PcD que lo haya tomado como un proyecto de vida, aún después de que hayan finalizado los 4 meses de atención en el CRI, y será a través de las ligas a nivel local o actores involucrados en la práctica del deporte, que podrán seguir estos objetivos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se deberán identificar las instituciones públicas o privadas que puedan prestar los servicios de la Fase de Inclusión Familiar, Social y Laboral en cada una de las regiones del país, que puedan cumplir los parámetros metodológicos del MR II y los parámetros de calidad que se establecen desde la DICRI. Y se deberá priorizar con éstas la contratación de los programas que tienen un componente importante de coordinación con la comunidad y el sector privado. Esto facilitará el rol activo de empresarios y sector educativo, entre otros, a nivel local y nos permitirá alcanzar economías de escala en la prestación de los servicios específicos que no tienen un componente importante de regionalización.

De hecho, la descentralización de la inclusión social, se ha iniciado mediante iniciativas desde el Centro de Rehabilitación Integral de Cali que se encuentra en fase de construcción, el cual contendrá una serie de programas para fomentar la inclusión social, familiar y laboral.

4.6.3. Complejos de Rehabilitación Integral en la red propia

A pesar de las limitaciones presupuestales, los centros de rehabilitación inclusiva de la red propia que se construyan a futuro deberán seguir los principios básicos por los que se regirá el complejo de rehabilitación que tendremos en funcionamiento a 2015 (ver Esquema No. 3). Estos principios se resumen en los siguientes tres puntos:

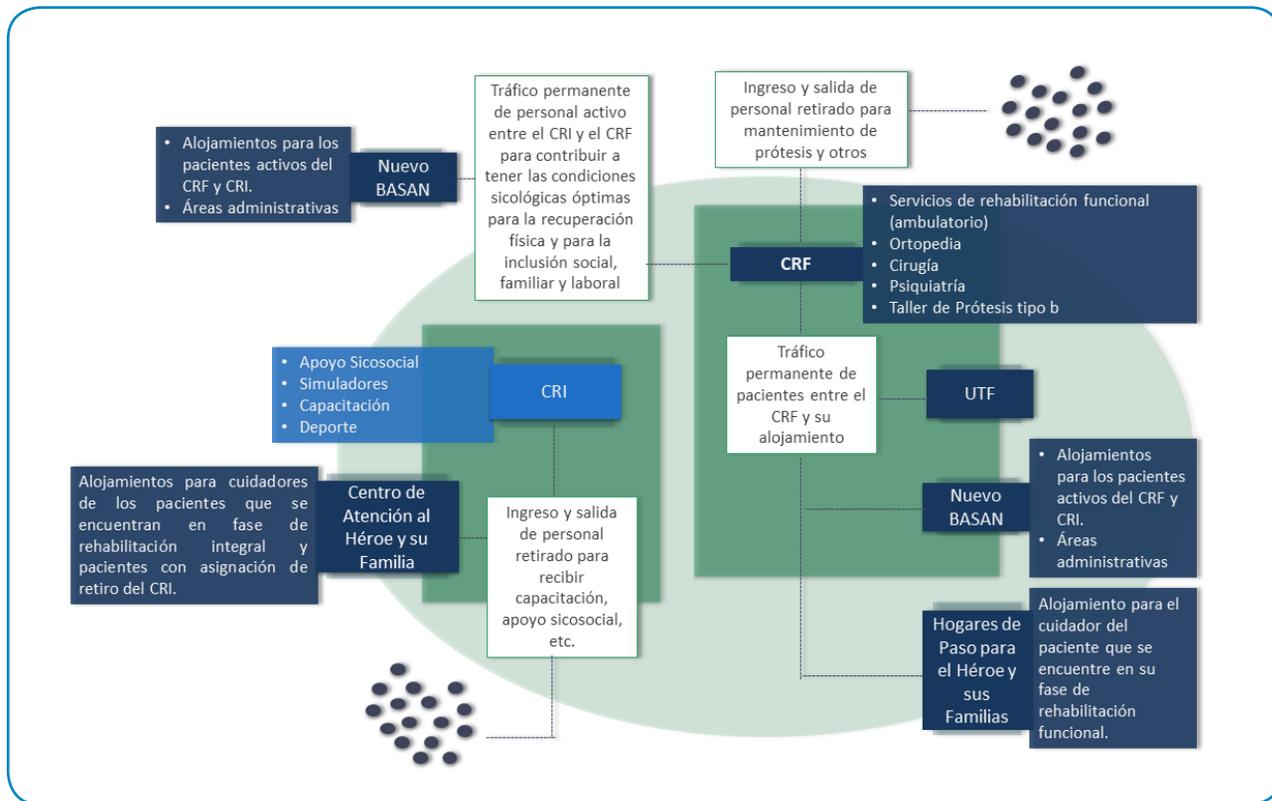
i. Interacción CRI y CRF: Aunque no siempre será posible, es importante que los Centros de Rehabilitación Funcional se encuentren a una mínima distancia de los Centros de Rehabilitación Inclusiva. Esto facilitará la coordinación entre el equipo multidisciplinario del CRF y el del CRI, al tiempo que minimizará los tiempos de desplazamiento (de por sí difíciles para el personal en recuperación) para que obtengan simultáneamente los beneficios de cada una de estas fases.

ii. Alojamiento para el PcD y sus familias: Como ya hemos mencionado, la presencia de las familias durante la Fase de Rehabilitación Familiar, así como en lo Social y Laboral, es un componente fundamental para lograr impactos de largo plazo en nuestro personal con discapacidad en su proceso de recuperación de capacidades y desarrollo de nuevas potencialidades. Entendiendo que no es posible llevar a todas las ciudades del país un Centro de Rehabilitación Inclusiva, se procurará contar con instalaciones que sirvan como alojamiento del cuidador de los pacientes durante el periodo de 4 meses de su tratamiento, denominadas como Centros de Atención al Héroe y su Familia. Teniendo en cuenta que el Ministerio de Defensa no cuenta con un rubro presupuestal para la construcción de estos centros, se espera contar con el aporte del sector privado o la proveniencia de recursos de cooperación internacional.

La administración de estos Centros de Atención al Héroe y su Familia, que recibirán tanto familias de personal que se encuentre en la fase funcional como en la de inclusión, recaerá de manera centralizada en la fundación que se determine desde el Ministerio de Defensa Nacional, con el acompañamiento de la DBSS. Dentro de estos mismos centros se deberá reservar un número limitado de habitaciones para el personal retirado que o bien se encuentre en Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral o que deba desplazarse a la ciudad para acceder a servicios como prótesis y demás servicios médicos.

Finalmente, el alojamiento del personal activo se encontrará en el nuevo Batallón de Sanidad, el cual funcionará como una unidad militar, o en la Unidad de Transición Funcional, en caso de que requiera tratamientos y condiciones de alojamiento especiales por encontrarse en recuperación de la fase aguda. Mientras que el primero continuará funcionando con cargo al presupuesto de la Fuerza, la Unidad de Transición Funcional será un servicio del centro de rehabilitación funcional y será financiado con recursos del Subsistema de Salud de la Fuerzas Militares.

Ilustración 8: Funcionamiento de un Complejo de Rehabilitación



4.6.4. Accesibilidad

De manera adicional a la construcción de nueva infraestructura, las entidades dentro del Sector Seguridad y Defensa que actualmente prestan servicios a nuestro personal con discapacidad deberán presentar los proyectos de habilitación que se requieren para adaptarse al diseño universal, como se determina en la Ley 1346 de 2009²⁶. Siempre que se encuentren en complejos en donde coexisten con otras entidades deberán

²⁶ De acuerdo con el artículo 2º de esta ley: "Por "diseño universal" se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El "diseño universal" no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se necesiten."

considerar la posibilidad de ser trasladados a otra área que cuente con mejores condiciones para la accesibilidad de nuestro personal con discapacidad tanto en términos de diseño universal como de transporte. Asimismo la accesibilidad deberá ser garantizada no únicamente en infraestructura física sino, en concordancia con los artículos 1º y 2º de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas, en la infraestructura de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) como páginas web, atención telefónica, etc., mediante la implementación de sistemas de comunicación que incluyan el braille y la capacitación de funcionarios involucrados en estos procesos en el lenguaje de señas, entre otros. La progresividad de estas modificaciones a la infraestructura existente, tanto física como de TICs, se guiará por el principio de ajustes razonables, entendidos como "las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales"²⁷, la responsabilidad del seguimiento a su cumplimiento recaerá sobre la DBSS.

Adicionalmente, para la nueva infraestructura que se construya para apoyar diferentes procesos que en algún momento se relacionen con las personas con discapacidad, el diseño universal será una condición fundamental para su aprobación.



Fases del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral

5.1. Fase de previsión, prevención y protección

Dentro de la nueva visión que se quiere implantar con esta Política, a pesar de que queremos lograr avances importantes en el tema de la rehabilitación, el objetivo principal será evitar que los uniformados no solamente sufran un siniestro sino que, aun cuando esto suceda, no se derive en una discapacidad, y menos aún que ésta sea permanente. A continuación se enumeran algunas de las acciones y principales líneas de trabajo que tendremos para lograr este objetivo en los aspectos de gestión del riesgo: previsión, prevención y protección.

5.1.1. Previsión

En el proceso de incorporación, se deberá reforzar el cumplimiento y criterios de evaluación de las pruebas de aptitud psicofísicas, particularmente para prevenir la incorporación de personas que presenten alguna o varias de las condiciones asociadas a la discapacidad como adicciones y trastornos de personalidad²⁸. Esto no solamente disminuirá la probabilidad de que nuestro personal adquiera una discapacidad, sino que también facilitará aún más el proceso de habilitación y rehabilitación de la persona. Adicionalmente, la implementación de mejoras en las pruebas psicofísicas permitirá desde un principio obtener datos que serán consignados en la carpeta individual (talento humano) y se convertirán una línea base a tener en cuenta, una vez la persona adquiere una condición de discapacidad, para diseñar con más certeza el Plan Individualizado de Trabajo (PIT) que es en últimas la base de la gestión de caso²⁹.

Adicionalmente, en este nivel se hará necesaria la elaboración de mapas de riesgo que permitan identificar las áreas prioritarias para la intervención en los siguientes niveles. En otras palabras, se buscará identificar de manera ordenada los elementos que amenazan la integridad de la persona (como cualquier herida o lesión en el marco de las operaciones militares o en las actividades en apoyo del servicio policial) y los determinantes que lo vuelven más vulnerable en el ejercicio de sus funciones, para poner en consideración todos los parámetros sobre los cuales se deberán ejercer las acciones de prevención y protección.

Por otro lado, es vital que nuestro personal conozca desde un principio los procesos y las diferentes entidades disponibles para su apoyo en caso que adquieran una discapacidad. De hecho, gran parte de

²⁸ Ver Política de Discapacidad, Documento CONPES Social 80 de 2004.

²⁹ Esto se discute con mayor profundidad en el Capítulo 5.3.1: Nivel Evaluativo

nuestros heridos en combate no conocen la ruta institucional que deben seguir para adquirir los beneficios que actualmente les otorga el Ministerio de Defensa Nacional. Esto ha llevado a que varios de ellos hayan atravesado procesos agotantes e innecesarios e incluso en algunos casos han sido víctimas de estafas. Por supuesto, un primer paso para esto será llevar a cabo un mapeo de estos beneficios, teniendo en cuenta la estructura de gobernabilidad propuesta,³⁰ que serán difundidos a través de seminarios que se incluirán en las mallas curriculares de escuelas de formación. Dentro de estos seminarios nuestros hombres y mujeres en formación podrán conocer en un momento previo a la materialización del riesgo, cuando ya son más vulnerables, el esquema institucional dispuesto para ellos en caso de que adquieran una discapacidad.

5.1.2. Prevención

En este nivel de intervención se realizarán todas las acciones educativas (educación en el riesgo y comportamientos seguros) conducentes a minimizar la probabilidad de adquirir una discapacidad como consecuencia de los riesgos a los que está expuesta la persona en el ejercicio de las funciones, así como la identificación de riesgos en individuos que ya estén incorporados a la Fuerza Pública.

En esta parte tendrán que jugar un papel importante las Jefaturas de Educación y Doctrina de cada una de las Fuerzas así como la Dirección Nacional de Escuelas de la Policía Nacional, quienes tendrán que llevar a cabo las modificaciones necesarias a las mallas curriculares en la consolidación de comportamientos seguros dentro de la doctrina para la manipulación de armas, explosivos, etc. En particular, deberán incluir en todos los niveles, módulos de formación en gestión del riesgo en discapacidad. Asimismo, dado que nuestros militares y policías tienen una tasa de accidentalidad mayor que el promedio de colombianos en diferentes situaciones como, por ejemplo, en los accidentes de tránsito, será necesario tipificar los factores asociados a esta cultura del riesgo y los diagnósticos situacionales al respecto para diseñar intervenciones no solamente durante la etapa de formación, sino a lo largo de la carrera militar o policial.

Por último, se deberán fortalecer los programas de salud mental a cargo del SSFM y PONAL. Para ello se deberá partir de un diagnóstico sobre la situación actual de la salud mental de nuestros uniformados y, con base en esto, se deberán identificar oportunidades de mejora particularmente en la capacitación del personal que presta asistencia psicológica así como en el diseño e implementación de protocolos más rígidos para la identificación y manejo del personal que se encuentre en alto riesgo.

5.1.3. Protección

Este nivel de intervención se refiere a los equipos y el material que protege frente la materialización del riesgo: por eso se relaciona con elementos como botas antiminas, gafas antiesquirlas y protectores auditivos

³⁰ Adicionalmente esta es una de las tareas de cada una de las entidades del sector público frente al Consejo Nacional de Discapacidad.

para nuestros uniformados que se encuentren en el área de operaciones en zonas de difícil acceso, así como coderas, rodilleras, cascos y chalecos para aquellos que se encuentran desarrollando sus funciones en zonas urbanas.

En lo que se refiere a la protección frente a la acción directa del enemigo, se deberá fortalecer el acompañamiento de las Direcciones de Sanidad hacia sus respectivas Fuerzas y de la Policía Nacional con el fin de actualizar y determinar los requerimientos específicos en dotación de nuestros uniformados de acuerdo al análisis del área de operaciones. Asimismo, se deberán fortalecer o, en caso de ser inexistentes, crear los nuevos mecanismos para hacer un seguimiento efectivo al cumplimiento de las normas vigentes (así como las que se deriven de esta actualización) relacionadas con la utilización de estos elementos por parte de cada uno de los Comandantes de las Unidades Operativas.

Para el desarrollo de nuevos elementos, nuestras entidades se deberán regir por los principios establecidos en el marco de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el Sector Seguridad y Defensa, así como por los lineamientos específicos para el tema de rehabilitación en el capítulo de Investigación y Desarrollo Tecnológico de esta Política, procurando además darle un rol especial a la educación en comportamientos seguros para la introducción de nuevos elementos de protección. Lo anterior teniendo en cuenta que es probable que la utilización de estos elementos se vea truncada por otras prioridades que tengan nuestros uniformados que están comprometidos en operaciones. Por este motivo será fundamental la participación de expertos en operaciones en los Comités de Desarrollo Tecnológico, quienes podrán aportar una visión real de las restricciones para la utilización de determinados equipos. De la mano con esto, no solamente estos elementos deben ser probados en las condiciones específicas del teatro de operaciones para garantizar que sean tan cómodos para nuestro personal como sea posible sino que su introducción deberá ir acompañada de campañas de concientización sobre los daños que éstas pueden evitar, así como mecanismos de sanción cuando no sean utilizados, con el fin de generar los incentivos adecuados y suficientes para que tengan un impacto real sobre nuestra población objetivo.



Tabla 3: Áreas de Intervención para la Fase de Previsión, Prevención y Protección

Tema	Área de Intervención	Objetivos	Responsable
Previsión	Pruebas de Actitud Psicofísica	Fortalecimiento de estas pruebas para disminuir la probabilidad de incorporación de personas que presenten alguna o varias de las condiciones asociadas a la discapacidad, como adicciones y trastornos de personalidad, y consignación de información que facilite la rehabilitación cuando sea necesario	Jefaturas de Reclutamiento con el apoyo de las direcciones de Sanidad y Direcciones de Personal, del Comando General, cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional
	Elaboración de Mapas de Riesgo	Identificación, de manera ordenada, de los elementos que amenazan la integridad de la persona y de los determinantes que lo vuelven más vulnerable en el ejercicio de sus funciones, para poner en consideración todos los parámetros sobre los cuales se deberán ejercer las acciones en el siguiente nivel	DISAN PONAL y DISAN de cada una de las Fuerzas, con el apoyo de las Jefaturas de Operaciones de cada una de las Fuerzas y de la Dirección de Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército
	Previsión de la Discapacidad	Mapeo de beneficios del SGRRI y estrategia de comunicación dirigida a toda la población activa sobre los pasos que se surtirán en caso de adquirir una discapacidad	Mapeo de Beneficios y diseño de la estrategia de comunicación a cargo de la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud . Difusión a cargo de las Jefaturas de Educación y Doctrina con el apoyo de las oficinas de atención al usuario de la Dirección de Bienestar y las Direcciones de Comunicaciones de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional.
Prevención	Acciones Educativas	Educación en el riesgo y comportamientos seguros, identificación y mitigación de factores asociados a la cultura del riesgo. Inclusión de estos factores en las mallas curriculares de oficiales, suboficiales y soldados.	DISAN PONAL y DISAN de cada una de las Fuerzas, con el apoyo de las Jefaturas de Educación y Doctrina de cada una de las Fuerzas y la Dirección Nacional de Escuelas de la Policía Nacional.
	Prevención de Enfermedades Mentales	Fortalecimiento de la capacitación para el personal que presta asistencia psicológica así como establecimiento de protocolos más rígidos para la identificación y comunicación, dentro de la respectiva Fuerza o de la Policía, sobre el personal que se encuentra en riesgo.	DISAN PONAL y DISAN de cada una de las Fuerzas, con el apoyo de las Direcciones de Bienestar de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional, las Jefaturas de Educación y Doctrina de cada una de las Fuerzas y la Dirección Nacional de Escuelas de la Policía Nacional

Protección	Dotación y Doctrina	Revisión de la doctrina que determina la dotación de nuestros uniformados para las operaciones, dándole mayor fortaleza al rol de la medicina médico militar en la determinación de requerimientos específicos y fortalecimiento de los mecanismos para hacer seguimiento al cumplimiento de estas normas.	Jefaturas de Logística, Direcciones de Sanidad e Inspección de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional.
	Desarrollo de nuevos elementos de Protección	Fortalecimiento de las pruebas de elementos de protección en las condiciones específicas del teatro de operaciones para garantizar que sean tan cómodos para nuestro personal como sea posible y acompañamiento de su introducción con campañas de concientización sobre los daños que éstas pueden evitar. Generación de incentivos adecuados y suficientes para que tengan un impacto real sobre nuestra población objetivo.	Jefaturas de Logística, Direcciones de Sanidad e Inspección de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional.

5.2. Fase de rehabilitación funcional

Para propósitos de esta Política se tomará como fase funcional aquella que va desde la atención del primer respondiente en el teatro de operaciones³¹ hasta el cierre de la atención multidisciplinaria para su rehabilitación funcional: esto implica que dentro de esta fase se encuentran actores tanto del área de sanidad como del área de operaciones de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional. Teniendo en cuenta lo anterior, los dos primeros niveles de atención de este capítulo se refieren exclusivamente a los héroes heridos en el área de operaciones, a partir del momento en que quedan heridos o se lesionan, mientras que los siguientes se refieren a la atención en los centros médicos de niveles de alta, media y baja complejidad. Posteriormente, a la fase de prototización y/o adaptación a elementos de apoyo y, finalmente, el mantenimiento de las condiciones de salud que permiten el cierre de la rehabilitación funcional.

5.2.1. Atención para el control del daño primario

La atención que brinda el primer respondiente al herido así como el tiempo en la extracción del mismo área de operaciones durante el periodo de oro³², son factores fundamentales que permiten no sólo salvar vidas sino que disminuir las complicaciones, las secuelas y las posibilidades de éxito o de fracaso de una

³¹ Evidentemente, un porcentaje considerable de nuestro personal no adquiere una discapacidad en el teatro de operaciones sino en algún otro escenario. Sin embargo, la atención inmediata no difiere de la que recibe cualquier otro beneficiario del Sistema General de Salud en Colombia y por este motivo no tiene por qué regirse por principios particulares.

³² El periodo de oro hace referencia al tiempo que transcurre desde que la persona sufre la lesión o herida y el momento en el que se controla el daño primario. Si la circulación y la oxigenación de los tejidos no se restablece en un periodo corto de tiempo (que usualmente se asocia a una hora pero que puede ser más o menos dependiendo de la gravedad de la herida) la posibilidad de supervivencia del paciente son mínimas. Ver PHTLS Prehospital Trauma Life Support, Military Seventh Edition, Mosby Jems Elsevier, 2011, pp.110-111.

rehabilitación funcional futura³³. Teniendo esto en cuenta, los siguientes objetivos serán los fundamentales para los diferentes actores que interactúan en esta fase.

i. Enfermeros y botiquines: Se fortalecerá la capacitación del primer respondiente para garantizar un cubrimiento por unidades de acuerdo a los estándares internacionales. Para ello será necesario no solamente realizar jornadas de capacitación, las cuales quedarán bajo la responsabilidad de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional, sino que se debe contar con lineamientos para el manejo del talento humano que se cumplan de manera efectiva lo cual mostrará compromiso real con la ubicación de los enfermeros de combate, acorde a las necesidades operacionales. Esto garantizará que las capacitaciones que reciban los uniformados redunden en el bienestar en el área de operaciones. Dentro de esta misma línea, la actualización y renovación permanente de la dotación de botiquines tanto de enfermeros de combate como de los medios aéreos, terrestres y marítimos de evacuación deberá ser asumida por las Fuerzas y la Policía Nacional. Adicionalmente, las Direcciones de Sanidad serán las encargadas de coordinar la disponibilidad permanente de estos insumos para la atención.

ii. Minimización del tiempo y fortalecimiento de la calidad de la evacuación: Cuando el siniestro tenga lugar en el área de operaciones, se deberá concentrar el esfuerzo en disminuir el tiempo promedio de desplazamiento desde el sitio del evento hasta el lugar de atención de daño primario (grupos avanzados de trauma o núcleos de atención móviles), y de su posterior remisión al nivel de complejidad superior. Así mismo, será importante mejorar condiciones de este desplazamiento para evitar que el herido sufra más secuelas al tiempo que se evita que el personal encargado de la evacuación se exponga a riesgos innecesarios. Para lograr esto, es fundamental contar con información objetiva para la trazabilidad y la rendición de cuentas en cada uno de los eslabones de la cadena de evacuación, la cual deberá ser presentada por cada una de las Fuerzas al Ministerio de Defensa Nacional, representando por el Viceministerio del GSED y Bienestar, y la misma Dirección de Bienestar Sectorial y Salud, con la periodicidad necesaria para la toma conjunta de decisiones. Con esta información, se deberá llevar a cabo una evaluación de recursos disponibles para la evacuación en cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional mediante la metodología de planeación por capacidades, con un componente misional importante.

Finalmente, la asignación de recursos, las capacitaciones y entrenamientos del personal dedicado a esta tarea y la estructura organizacional que lo soportará deberá ser coherente con el volumen y el tipo de operaciones que se deben realizar cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional. En todo caso, la creación de nuevas unidades tácticas destinadas a este fin deberá estar guiado por los principios de flexibilidad y modularidad de la misma metodología de planeación por capacidades, facilitando al mismo tiempo la movilidad y el tiempo de respuesta, al tener unidades de personal y equipo especializado que se puedan combinar con los

³³ Por ejemplo, existe una enorme diferencia en términos de rehabilitación entre los pacientes que son desarticulados de cadera por amputación y los que no lo son, y esta diferencia puede ser en muchos casos el producto de una adecuada o inadecuada atención durante la hora de oro del trauma.

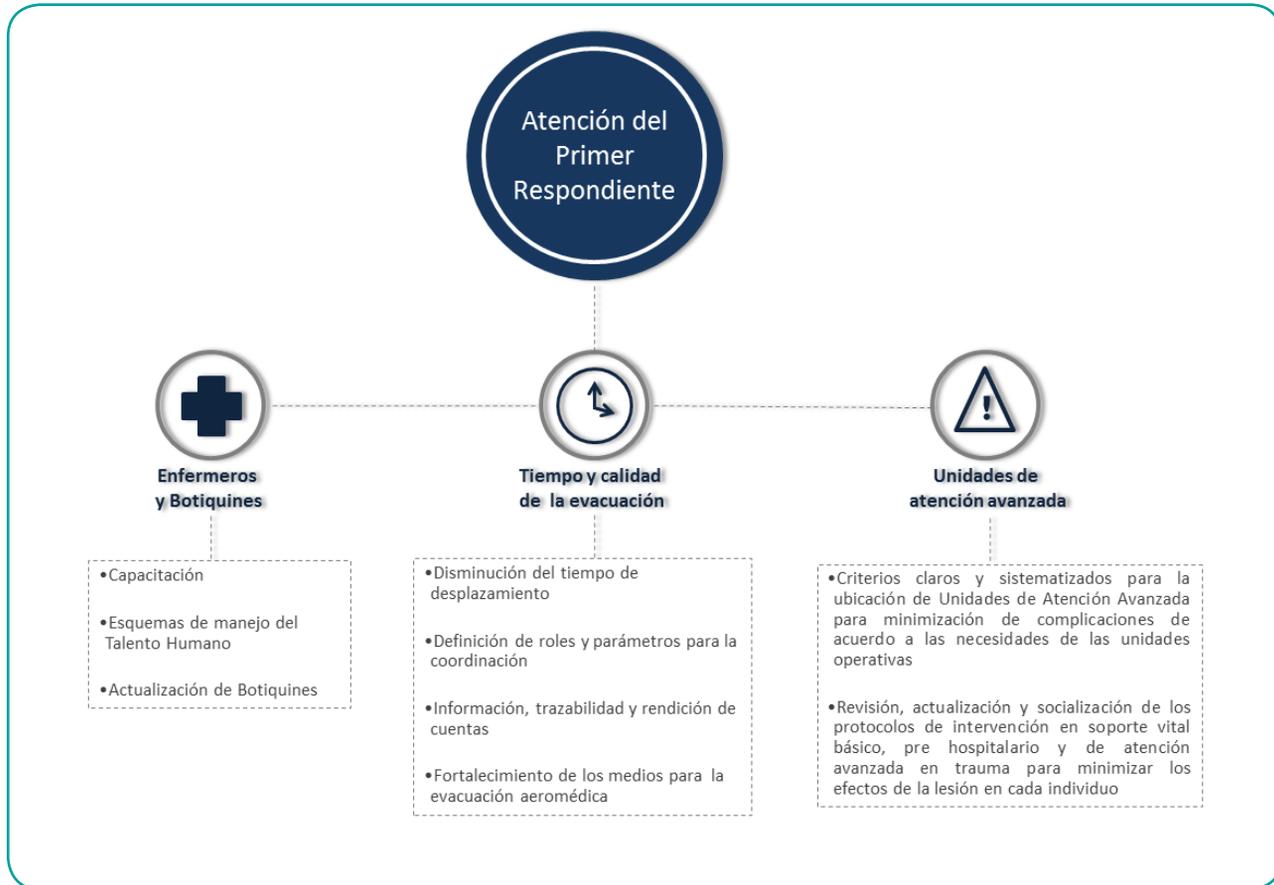
diferentes medios de evacuación que se encuentren disponibles. Adicionalmente, para garantizar que haya unidad en los criterios médicos para la evacuación, las Sanidades de cada una de las Fuerzas y de la Policía Nacional deberán disponer de un médico para la principal unidad encargada de la evacuación, con el fin de que preste el apoyo profesional en la elaboración y actualización de protocolos de evacuación, manejo de cadáveres, etc. Estos protocolos deberán ser aprobados posteriormente por el CSSMP. Asimismo, será importante fortalecer la disponibilidad de medios para la evacuación aeromédica que se requiere en los casos en los que se debe trasladar al herido, después de la estabilización en un establecimiento cercano de operaciones, a un establecimiento de mayor complejidad, buscando distribuirlos y mantenerlos cerca de las unidades altamente operativas que no tengan un establecimiento de alta complejidad a corta distancia.

iii. Unidades de Atención Avanzada: Se establecerán criterios claros y sistematizados para la ubicación de Unidades de Atención Avanzada para la estabilización, control de las lesiones y minimización de complicaciones y secuelas tardías, de acuerdo a las necesidades de las unidades operativas. Para esto será de vital importancia, como insumo, la información provista por las Fuerzas y la Policía Nacional en la georeferenciación de sus necesidades operacionales pues permitirá determinar la demanda real que tendrán que cubrir estas Unidades.

Adicionalmente, las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas e igualmente la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, realizarán la revisión y actualización de los protocolos de intervención en soporte vital básico, pre hospitalario y de atención avanzada en trauma para minimizar los efectos de la lesión en cada individuo, y desarrollarán programas de sensibilización y socialización de dichos protocolos permitiendo así la certificación del personal en los mismos.



Ilustración 9: Áreas de intervención en la Atención para el Control del Daño Primario



5.2.2. Atención en niveles de alta complejidad: fase aguda

Una vez los uniformados son trasladados a un establecimiento de alta complejidad para su atención se introducirán los primeros elementos que faciliten el cambio hacia un paradigma en el que la rehabilitación ya no se ve como un problema puramente funcional sino que, por el contrario, tenga en cuenta las diferentes dimensiones de la persona en la formulación de un nuevo proyecto de vida integral. Para ello se implementarán tres nuevas estrategias en esta fase:

i. Programa de Pares: El Programa de Pares será introducido desde el momento mismo en el que el herido recibe la atención médica en su fase aguda. A través de este programa el paciente recibirá información sobre el proceso que atravesará por parte de otro uniformado con discapacidad que ha tenido una rehabilitación integral exitosa y quien estará en capacidad de apadrinar el proceso de otros compañeros que inician este camino. El objetivo final de este programa será que el herido sepa de primera mano que no es el fin de su vida productiva sino que, por el contrario, surge la oportunidad de reformular su proyecto de vida. Cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional será responsable de llevar a cabo las gestiones para conformar este equipo de personas con discapacidad, que podrán seguir activas en su respectiva Fuerza, o ser personal en comisión del Ministerio de Defensa. Para desempeñarse óptimamente en su cargo, los Pares tendrán acceso a formación especializada en el SENA y serán PcD activo de las Fuerzas.

ii. Equipos de Rehabilitación: En los diferentes momentos de la atención médica y quirúrgica se deben tomar decisiones importantes que puedan tener impacto en el futuro proyecto de vida de la PcD. Por este motivo, se buscará que éstas sean consideradas por el paciente con la asesoría de su Par y del Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación que se le asigne, el cual contará con personal idóneo tanto en el tema de salud como en terapia ocupacional, además de la participación del familiar que cumpla el rol de cuidador. Teniendo en cuenta que los Equipos de Rehabilitación se encuentran en nuestros establecimientos de sanidad de mediana complejidad, a pesar de que la velocidad en la atención inmediata es la prioridad, una vez los uniformados hayan recibido un tratamiento de estabilización de signos vitales la prioridad será trasladarlos en cuanto sea posible a uno de estos establecimientos. Cuando esto no sea posible por un periodo largo de tiempo, los Equipos de Rehabilitación deberán trasladarse al lugar donde se encuentre el paciente para llevar a cabo la primera valoración y dar lineamiento en las decisiones importantes que se deban tomar.

iii. Apoyo de las familias: Asimismo, la participación de la familia es valiosa desde esta fase, apoyando las decisiones que se tomen y previendo las responsabilidades que tendrán como cuidadores. El cuidador debe asumir un rol horizontal donde mantenga constante articulación con el equipo de profesionales y pares a la hora de tomar decisiones con el propósito de obtener el mayor beneficio para la PcD. En este sentido, cuando sea posible para un familiar de la PcD ausentarse por un periodo de tiempo de sus actividades comunes, se propenderá por gestionar recursos con las entidades del sector privado, una vez los apoyos gestionados por los enlaces de cada Brigada junto con las Jefaturas de Desarrollo Humano o sus equivalentes sean agotados, para contribuir a su desplazamiento hacia el Establecimiento de Alta Complejidad en donde se encuentre la PcD, así como para apoyar la construcción y administración de los Centros de Atención al Héroe y su Familia que servirán como alojamiento para el cuidador.

iv. Planeación y sostenibilidad: Se deberán articular las acciones y los convenios interinstitucionales con diferentes entidades o contratos con la red externa que permitan disponer de una oferta asistencial mínima necesaria acorde a la demanda en salud esperada de las operaciones militares.

5.2.3. Recuperación, habilitación y rehabilitación

Una vez se encuentre finalizada la fase de atención médica y la persona con discapacidad es remitida por el Hospital de Alta Complejidad, al alojamiento militar respectivo o, en dado caso en que requiera cuidados médicos especiales durante su rehabilitación, a la Unidad de Transición Funcional del Centro de Rehabilitación Funcional- CRF, se inicia la fase de recuperación, habilitación y rehabilitación, la cual necesariamente requiere una intervención integral de las personas y de su entorno social y familiar, y una articulación del trabajo en equipo interdisciplinario frente al enfoque únicamente médico.

Este proceso de rehabilitación funcional en el CRF comenzará con la evaluación inicial, individual e integral de la persona con discapacidad, realizada por un grupo multidisciplinario conformado por un Fisiatra, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Trabajadora Social y Psicóloga³⁴. Este grupo multidisciplinario acompañará de manera permanente a la persona con discapacidad (tanto en ésta como en la siguiente fase) y se complementará, según el tipo de discapacidad a evaluar, con las siguientes especialidades: Tiflólogo, Fonoaudióloga o Psiquiatra³⁵. En esta evaluación se identificarán las necesidades de la persona así como las de su familia o cuidador y, puntualmente, deberá contener los objetivos a alcanzar, los resultados de impacto a lograr, tanto en la persona, como en los sistemas en que interactúa.

Con base en esta evaluación se diseñará el Plan Individualizado de Trabajo (PIT), que se constituirá en la hoja de ruta para el proceso de rehabilitación integral de la persona. El PIT deberá contener principalmente los objetivos y entrenamiento correspondiente en las Actividades de la Vida Diaria, las cuales se pueden clasificar, así:

- i. **Actividades Básicas de la Vida Diaria:** están relacionadas con el autocuidado, que incluye higiene personal, vestido y desvestido, alimentación, traslado de cama a silla y viceversa, control de esfínteres, y desplazamiento.
- ii. **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria:** se refieren a aquellas pertinentes a la capacidad de la persona con discapacidad para vivir con autosuficiencia en su entorno habitual, tales como: realizar quehaceres de la casa, uso del teléfono, manejo del dinero, uso de la tecnología, entre otros.
- iii. **Actividades Avanzadas de la Vida Diaria:** están relacionadas con el estilo de vida de la persona, y son actividades que le permiten a dichas personas desarrollar sus papeles de ocio y tiempo libre, participación en grupos, contactos sociales, viajes, deportes.

³⁴ Los últimos 4 profesionales de este grupo deberán hacer de la planta orgánica del Centro de Rehabilitación Inclusiva mientras que los fisiatras, fisioterapeutas y demás especialistas médicos que se requieran de acuerdo al tipo de discapacidad, serán orgánicos de SSMP.

³⁵ Adicionalmente, será este grupo multidisciplinario, que incluye tanto personal de las DISANES de las Fuerzas Militares y PONAL como de la DICRI, el que dará la calificación funcional a la persona con discapacidad, con el fin de que continúe su proceso hacia el Centro de Rehabilitación Inclusiva – CRI, cuando determine que el paciente está listo.

Aunque todas estas actividades harán parte de un mismo PIT, las actividades básicas e instrumentales de la Vida Diaria serán el objetivo fundamental de la fase de rehabilitación funcional, mientras que las actividades avanzadas de la vida diaria serán el objetivo principal de la fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral. En todo caso el PIT se constituirá en la base fundamental de la metodología de gestión de caso, que permeará tanto ésta como la siguiente fase y será a partir de éste que se podrá realizar un seguimiento permanente e individual, al avance de la persona con discapacidad en el proceso y al impacto de los resultados en dichas personas y en los sistemas que lo rodean.

Asimismo, en el caso de los pacientes amputados, aunque es una actividad asistencial y netamente funcional, el proceso de protetización, pre y postprotésica deberá estar incluido dentro del PIT, de acuerdo con la evaluación previa del equipo multidisciplinario³⁶. En todo caso, la visión del proceso de protetización deberá estar regido por información real para ambas partes: por un lado, será necesario conocer las necesidades reales de la persona para determinar el tipo de prótesis más adecuado y, por el otro, la persona deberá conocer los lapsos de tiempo y los resultados esperados del proceso de una forma totalmente transparente. Lo anterior con el fin de garantizar que el proceso de protetización no sea frustrante, sino que parta del conocimiento del trabajo y responsabilidad que debe asumir un paciente para poder adaptarse a una prótesis que le genere mayor movilidad. Dentro de la misma línea, el principal objetivo no será hacer un proceso de protetización rápido (de hecho, es esta expectativa la que muchas veces lleva a la frustración) sino un proceso dividido en etapas, con avances paulatinos y con pequeñas victorias para motivar al paciente y evaluando en cada una de estas fases los escenarios a los que se pueda enfrentar el paciente en términos de tiempo y de movilidad.

Sin embargo, en lo que sí se deberá tener en cuenta la rapidez y oportunidad es en todo el proceso logístico para la provisión de prótesis y demás elementos de apoyo, especialmente en la disponibilidad de los insumos y componentes de las mismas, que es en muchos casos lo que pone un freno a la adaptación de éstas. Igualmente será de vital importancia el fortalecimiento de la capacitación del personal dedicado a la elaboración de prótesis o, en dado caso, la tercerización de este servicio con compañías idóneas. Se deberá hacer un estudio que evalúe la relación costo-beneficio (frente a un escenario tercerizado) bajo estándares de calidad mínimos establecidos y monitoreados por el CSSMP.

Por último, cabe resaltar la corresponsabilidad en el proceso y gestión de la rehabilitación funcional, así como el éxito de la rehabilitación funcional, el autocuidado y el logro de la independencia funcional. Estos procesos deben ser compartidos entre la persona con discapacidad, su familia, la comunidad y las instituciones que prestan los servicios de rehabilitación funcional. Por este motivo, se debe fundamentar en el respeto, la sensibilización y concientización sobre el tema de discapacidad, solidaridad, conocimiento

³⁶ En este procedimiento en particular, será necesario el acompañamiento de un nutricionista que evite mayores dificultades en la adaptación a la prótesis que se pueden presentar por los cambios de peso que se presentan con frecuencia en nuestro personal con discapacidad física.

de derechos y deberes, colaboración permanente y compromiso con los fines y objetivos propuestos. Por este motivo, será fundamental diseñar e implementar planes de capacitación del personal de los centros de rehabilitación funcional en los temas de rehabilitación integral y gestión de caso, aun cuando éste no haga parte de los equipos multidisciplinarios de evaluación.

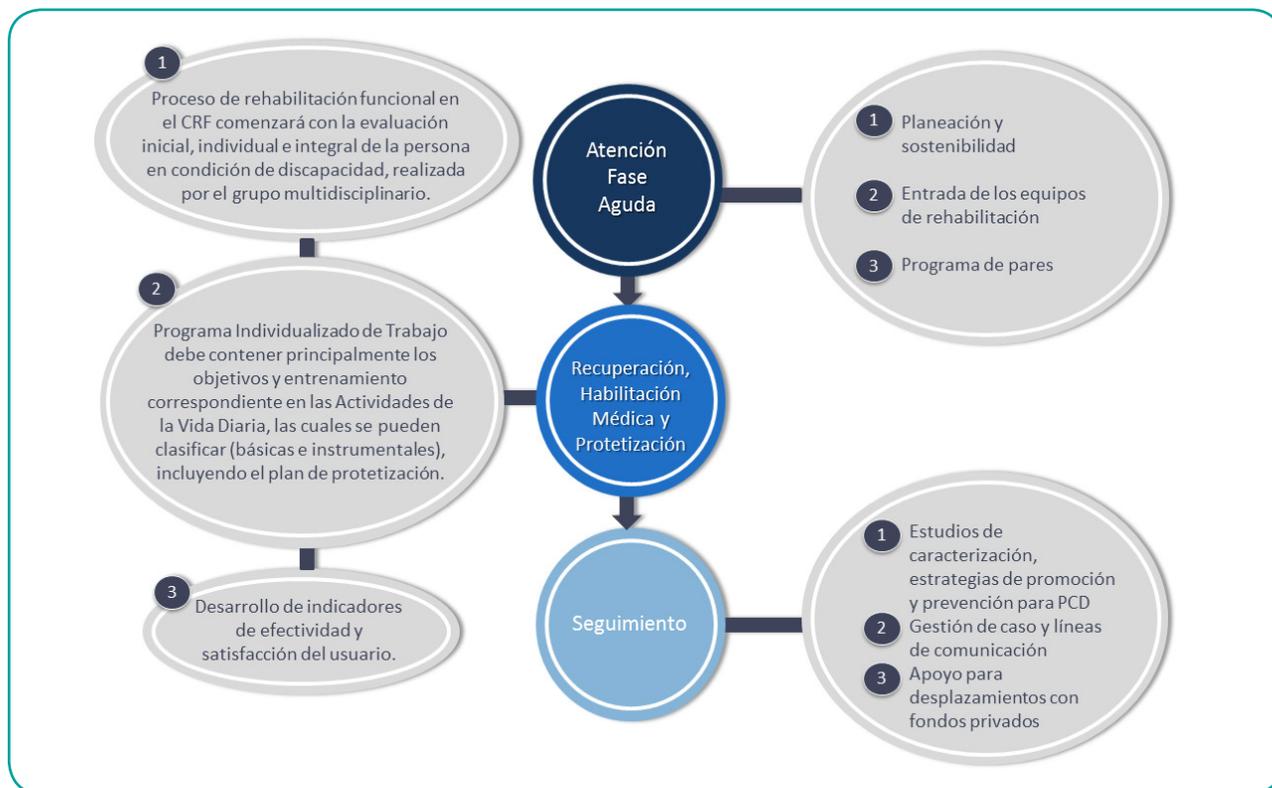
5.2.4. Seguimiento

Una vez la persona con discapacidad haya pasado por las fases de Rehabilitación Funcional y Rehabilitación Familiar, Social y Laboral, volverá periódicamente a los establecimientos de sanidad militar y policial a nivel nacional para acceder a diferentes servicios de salud que incluirán diferentes especialidades como ortopedia, otorrino, oftalmología, nutrición y manejo del dolor, entre otros en cuanto a su discapacidad se refiere.

Para mejorar el servicio que el Sistema de Salud le ofrece a este personal, se debe avanzar en los siguientes puntos fundamentales:

- i. Se deberán desarrollar estudios de focalización y caracterización de nuestro personal con discapacidad, para identificar sus necesidades reales en términos de servicios de salud, y desarrollar estrategias de promoción y prevención de enfermedades y comportamientos que puedan acentuar la discapacidad primaria. También se deberán estructurar medidas que busquen apoyar programas de salud sexual y reproductiva así como de nutrición y vida saludable en la discapacidad. La compilación de esta información y la estructuración de dichos programas también contribuirán a la validación de iniciativas futuras en términos de nueva infraestructura, buscando siempre la regionalización en los establecimientos de baja complejidad.
- ii. Adicionalmente, y siguiendo el principio de accesibilidad, se deberá garantizar la infraestructura adecuada, con diseño universal, en cada uno de nuestros establecimientos, independientemente del nivel de complejidad o de los servicios particulares que éstos prestan. Junto con esto, se deberán desarrollar las estrategias para que nuestro personal con discapacidad tenga accesibilidad tecnológica y comunicativa a nuestros servicios de salud, por ejemplo en la programación de citas.
- iii. Tendremos que avanzar en la coordinación con las Fundaciones adscritas al Sector Seguridad y Defensa, o ajenas a él, que puedan prestar apoyo en la consecución de recursos para la construcción y administración de Centros de Atención al Héroe y su Familia, así como en viáticos y transporte, que faciliten el desplazamiento del personal que se encuentre en zonas apartadas a las cabeceras, en donde se localiza el servicio de mantenimiento y cambio de prótesis.

Ilustración 10: Objetivos, nuevos programas y principios para la fase de rehabilitación funcional



5.3. Fase de rehabilitación familiar, social y laboral

Aunque dentro de esta Política se aborde por último la fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral, que en su combinación con las demás fases deberá favorecer la inclusión social de la PcD, lo cierto es que esta fase se viene gestando desde el mismo ingreso del individuo al SGRRI. Por ejemplo, a través de las estrategias de previsión y prevención se ha fortalecido el conocimiento de las cualidades y capacidades de los uniformados que en su momento pueden ser potenciadas para la guerra pero que, en dado caso de adquirir una discapacidad permanente, puedan desenvolverse en otros ámbitos. Asimismo, cuando en la fase de rehabilitación se busca fortalecer la capacidad de la persona de llevar a cabo las actividades básicas

de la vida diaria, se está fortaleciendo el proceso de inclusión social en la medida en que se le están dando las herramientas para interactuar con el entorno familiar, social y laboral que lo rodea.

Ahora bien, con la implementación de los procesos en esta fase, que es la más débil actualmente y que será la más importante en la transición del modelo médico funcional al modelo social, se buscará el diseño y desarrollo de estrategias de apoyo con orientación al desempeño de las actividades ocupacionales cotidianas, adecuación de ambientes cotidianos y ocupacionales y el desarrollo de habilidades, destrezas, conocimientos, actitudes, aptitudes y mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral, que faciliten la integración de la PcD³⁷.

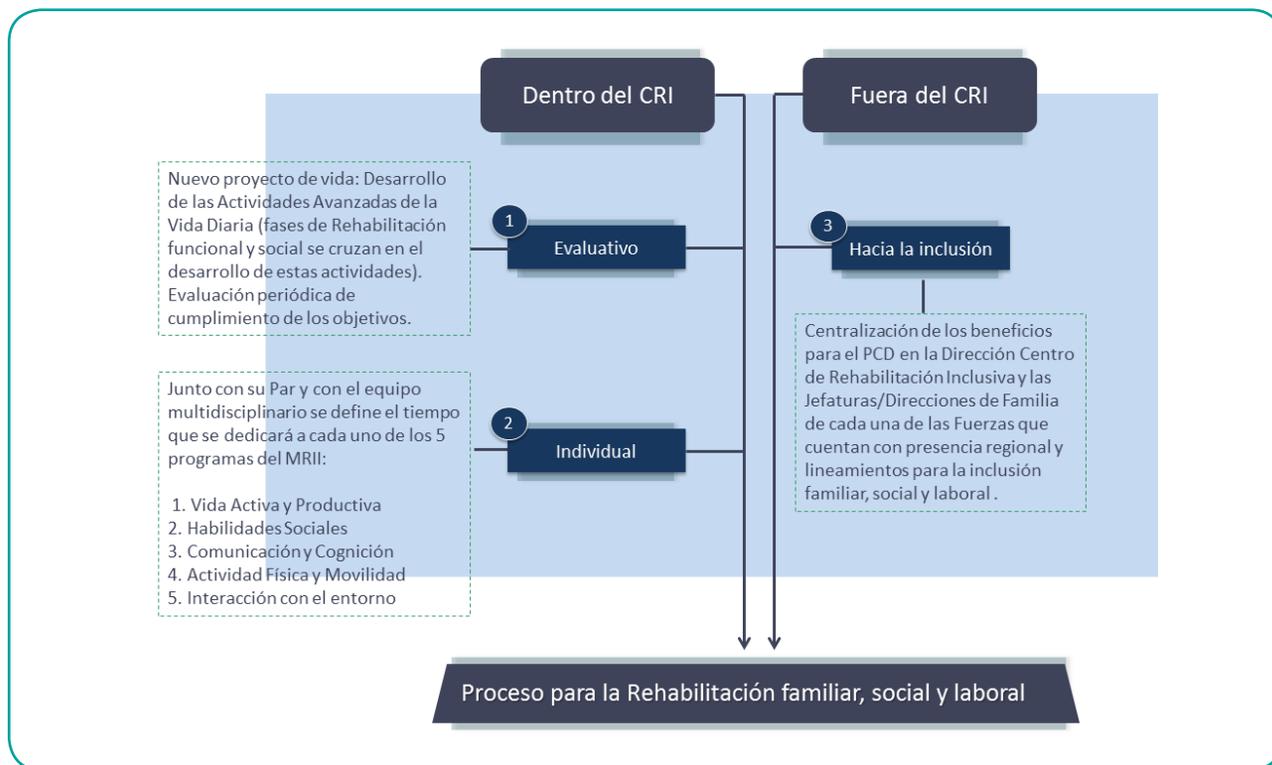
A pesar de que uno de los elementos centrales para el soporte de esta fase será la construcción del Centro de Rehabilitación Inclusiva (CRI) en Bogotá, así como la de los demás centros que prestarán parte de estos servicios a nivel regional, cabe resaltar que para llegar a la inclusión social real será fundamental contar el apoyo de diferentes entidades públicas y privadas tanto durante como después de la estancia de nuestro personal en el CRI. En esta medida, se entiende que el CRI y los demás centros similares que puedan llegar a construirse, o aquellos privados que puedan cumplir con este rol y responsabilidad, jugarán dos papeles fundamentales: por un lado prestarán los servicios para los 4 meses de permanencia esperada en los programas de MR II y, en segundo lugar, serán la piedra angular para la coordinación con otras entidades en la implementación de programas en áreas tan diversas como educación, deporte, vinculación laboral, entre otras.

Esta fase comprenderá un proceso con tres niveles de intervención: Evaluativo, Individual, Hacia la Inclusión.



³⁷ La población objetivo de esta fase, a diferencia de la población objetivo de la fase de rehabilitación funcional, será la que se determina en la Ley 1471 de 2011, "Por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la Rehabilitación Integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional", supeditada por las demás normas que eventualmente la deroguen o modifiquen.

Ilustración 11: Proceso para la Rehabilitación familiar, social y laboral



5.3.1. Evaluativo

El CRI proveerá parte de los profesionales que participarán en los equipos multidisciplinarios que realizarán una evaluación por capacidades y competencias, para guiar, junto con la decisión de la persona con discapacidad, el nuevo proyecto de vida que empezará a afianzarse en esta etapa, concentrándose en las actividades avanzadas de la vida diaria para lograr objetivos puntuales en términos de integración familiar, social y laboral. En todas y cada una de estas actividades será imprescindible la acción coordinada y permanente entre la rehabilitación funcional y la rehabilitación familiar, social y laboral: de hecho, se procurará que el personal con discapacidad pueda iniciar su proceso dentro del CRI antes de haber finalizado la fase funcional³⁸.

³⁸ En general, es difícil trazar una línea clara entre la fase funcional y la fase de rehabilitación familiar, social y laboral pero lo cierto es que las condiciones adecuadas en la fase de inclusión (por ejemplo la motivación por la participación en talleres o en capacitaciones de diferentes tipos) pueden tener una incidencia altamente positiva sobre el proceso de rehabilitación funcional que atraviesan nuestros pacientes. Por este motivo se debe promover la llegada tan temprano como sea posible de nuestros pacientes al CRI.

Esta evaluación, junto con los indicadores de desempeño que se hayan determinado, se hará hacia la mitad del tratamiento dentro del CRI (cuya duración total será de aproximadamente 4 meses) y al final de su tratamiento dentro de éste. De esta forma se buscará tener una línea base a la entrada de esta etapa, una evaluación durante el tratamiento y una evaluación para decidir cuándo la persona podrá ser dada de alta, con herramientas para el desarrollo de su nueva vida.

Junto con su Par y si es posible, contando con la presencia del cuidador, la persona con discapacidad participará activamente en la escogencia de la gama de posibilidades para la estructuración del proyecto de vida, a través de un diálogo permanente con los profesionales que compondrán este equipo. Una vez surtido este paso se procederá a la semana de inducción, a cargo del programa de pares, en donde la persona adquirirá un mejor conocimiento del funcionamiento del CRI y los diferentes servicios que éste presta directamente o a los cuales apoya junto con otras entidades. Finalmente, dentro del PIT elaborado desde la fase funcional, los objetivos dentro de las actividades avanzadas de la vida diaria se traducirán en metas y actividades específicas para llevar a cabo en las siguientes dos fases.

5.3.2. Individual

En el nivel de intervención individual se desarrollará, con el acompañamiento del programa de pares, el equipo multidisciplinario y la participación de persona con discapacidad, el PIT en cuanto a los objetivos de la fase de inclusión. Éstos incluirán la intensidad de trabajo de los diferentes programas del CRI, resultado de la línea base elaborada en el anterior nivel de intervención, metas a corto y a mediano plazo y compromisos de la persona en el cumplimiento de las metas, así como auto seguimiento y monitoreo de los logros.

Siguiendo el MR II, el tiempo de la persona con discapacidad durante su permanencia en el CRI se dividirá dentro de los siguientes programas:

i. Vida activa y productiva: Programa que tiene como finalidad lograr la participación y la inclusión socioeconómica de las personas con discapacidad brindándoles alternativas de desempeño laboral, emprendimiento educativo y productivo y, adicionalmente, procurando que sus habilidades personales le permitan mantenerse activo en cualquier entorno³⁹.

Durante la permanencia de la persona en el CRI, las acciones deberán concentrarse, por un lado, en un análisis de competencias que permita a la PcD tomar decisiones realizables sobre su futuro: en esta medida, la orientación vocacional será uno de los componentes fundamentales. Por otro lado, se buscará proveer

39 Ver Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva - MR II, Vicepresidencia de la República-PAICMA, Impresol Ediciones Ltda., 2010, pp. 25-26.

a la PcD con las herramientas que le permitan desarrollarse posteriormente en ambientes inclusivos: lenguaje de señal, braille, software para personal invidente, entre otros. De esta forma, el objetivo final no será buscar que la persona con discapacidad tenga acceso a una educación especial o a programas de vinculación laboral protegidos dentro del CRI, sino potenciar sus capacidades para que se pueda desenvolver exitosamente en los diferentes ambientes educativos o laborales, bajo el principio de corresponsabilidad de la misma PcD. Por supuesto, para lograr los objetivos de inclusión de este programa, será fundamental la posterior interacción de la persona con discapacidad con las entidades externas que puedan continuar con el proceso de inclusión a la vida activa y productiva, como establecimientos educativos y empresas, siempre bajo el marco de la corresponsabilidad.

ii. Habilidades sociales: Programa que busca desarrollar las competencias que permitan que la persona con discapacidad encuentre una respuesta positiva a sus necesidades de interacción en el contexto que lo rodea, logrando relacionarse con las demás personas y participar activamente en los diferentes ámbitos que lo rodean, de forma satisfactoria⁴⁰. Teniendo en cuenta la importancia de comunidades y familias para lograr los objetivos finales de este programa, en el CRI se buscará que tanto la PcD como su familia conozcan a fondo los derechos y deberes de cada uno en cuanto al tema de la discapacidad, por ejemplo a través del estudio de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad que ya ha sido ratificada por nuestro país, para que ellos puedan convertirse en agentes de cambio dentro de su propia comunidad a través de la participación ciudadana. Asimismo, desde el CRI se contribuirá al diseño de estrategias para el desarrollo de ambientes inclusivos en la comunidad de la PcD, en concordancia con los lineamientos de política que se den para esta materia a nivel nacional.

iii. Comunicación y cognición: Programa enfocado en el rediseño de forma permanente de los conocimientos, habilidades y recursos comunicativos, para participar en la dinámica social, que le permite a la persona aprender, participar y adaptarse a las condiciones del entorno, para el logro de una vida satisfactoria.⁴¹ Éste irá de la mano con la identificación de herramientas útiles en el hogar y entorno propio del uniformado para continuar este tipo de procesos de aprendizaje una vez finalizado su proceso en el CRI. Es esencial para el logro de las habilidades sociales que trata el programa anterior y surge como herramienta para potenciar estas capacidades que pueden ser débiles en alguno de los uniformados o que se pueden ver perjudicadas por la ocurrencia de un evento traumático. Asimismo, dentro de este programa se brindará el apoyo a las familias de la persona con discapacidad para que, en caso de que lo requieran, puedan aprender un nuevo lenguaje para comunicarse con su familiar y entender los nuevos procesos de aprendizaje e interacción que atraviesan a raíz de su discapacidad.

40 Ídem, p. 28

41 Ver Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva - MRII, op.cit., p. 29

iv. Actividad física y movilidad: Programa que promueve la actividad física regular y en sus distintas manifestaciones, como un agente generador de una adecuada condición de salud, integración y aceptación social, que aboga por mejorar el estilo de vida de las personas. En este orden de ideas, aumenta su conciencia de auto cuidado, y fortalece su autoestima y facilita su integración social⁴².

Para lograr esto, en el CRI se desarrollarán actividades deportivas que le permitan identificar a la PcD el área en donde se quiera desarrollar como deportista, ya sea en un medio competitivo como deportista de alto rendimiento, o únicamente buscando incluir dentro de sus hábitos, y bajo sus nuevas condiciones corporales, la actividad física. Para las PcD que decidan tomar la vía del deporte de alto rendimiento como opción de vida, desde el CRI se les prestará orientación en cuanto a las diferentes ligas o proyectos de los que podrán hacer parte en desarrollo de estos objetivos tanto dentro como fuera del Sector Seguridad y Defensa.

v. Interacción con el entorno: Programa que busca asegurar que las personas realicen una interacción positiva con su entorno (espacios, vivienda, comunicaciones, objetos, transporte y servicios). La base de este programa es el diseño universal, el cual considera las necesidades de la más amplia variedad posible de usuarios, para garantizar la accesibilidad a todas las personas independientemente de sus condiciones físicas, rango de edad, género, etc.⁴³ Aunque eventualmente la infraestructura nacional deberá fundamentarse en este tipo de diseño, también es cierto que transcurrirá un periodo considerable de tiempo antes de todas las entidades públicas y privadas cumplan con estos parámetros en nueva infraestructura y lleven a cabo las adecuaciones necesarias a la infraestructura actual. Por esta razón, a través de este programa se procurará que la persona con discapacidad cuente con mayores habilidades para acceder a todo tipo de estructuras independientemente de si estas cuentan ya o no con el diseño universal.

Para el desarrollo de estos programas se contará con un equipo de más de 100 profesionales en diversas áreas y con las instalaciones del CRI que tendrán una capacidad para aproximadamente 400 personas con discapacidad. El tiempo y la metodología de utilización de simuladores, aulas y demás facilidades estarán determinados por las necesidades y objetivos específicos de cada persona.

5.3.3. Hacia la inclusión

Por supuesto que el periodo de permanencia de la persona con discapacidad dentro del CRI no será suficiente de por sí para lograr en forma plena la inclusión familiar, social y laboral, no sólo por la duración de la estadía sino por el hecho que la inclusión se logra en el día a día con la participación del resto de

42 Ídem. p. 27

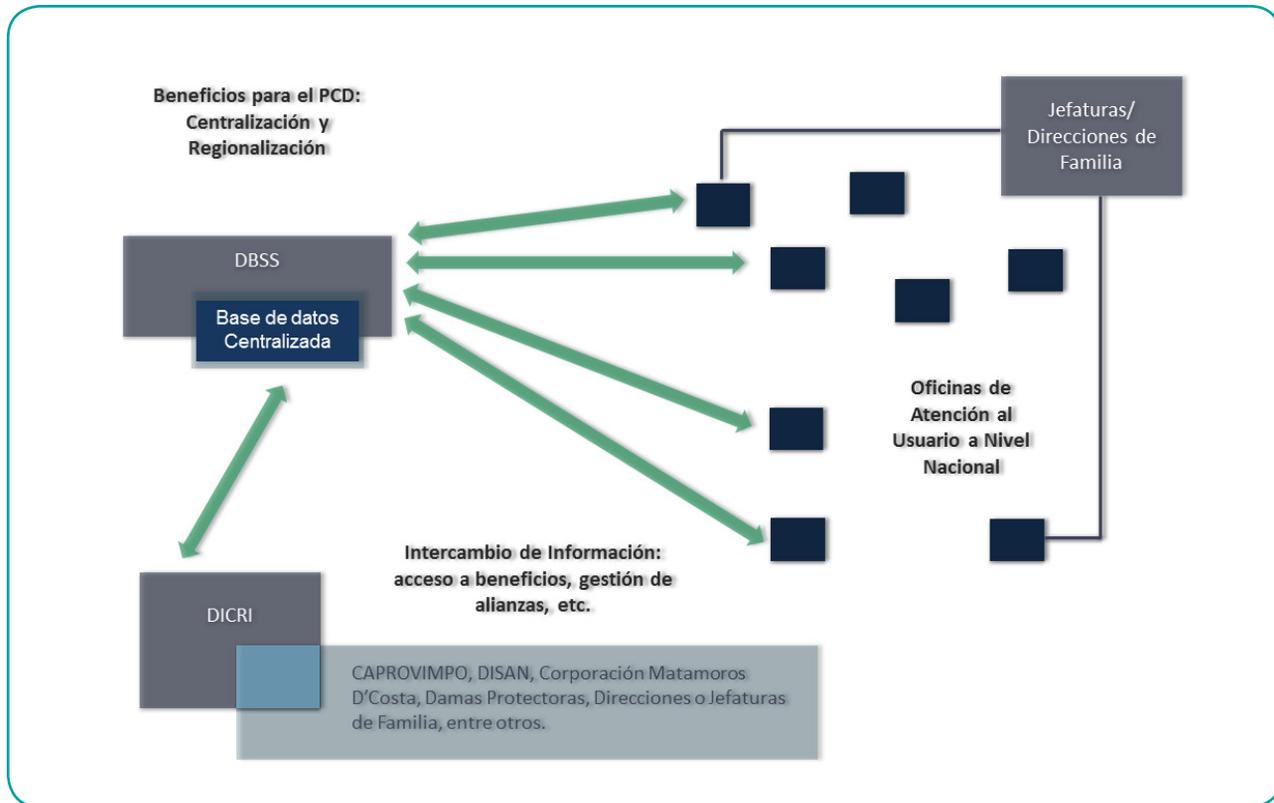
43 Ídem., pp. 28-29

entidades que participan en el contexto de la PcD: familias, comunidades, gobiernos locales, entidades del sector público y privado, etc. Por esta razón, en esta sección se emiten lineamientos generales para favorecer la inclusión social de la persona en los medios comunes dentro de los cuales se moverá después de su estadía en el CRI que se podrán materializar con el concurso de la PcD y de los actores que hagan parte del contexto que la rodea en su día a día. De esta forma, en este punto serán de suma importancia los enlaces pertenecientes a diferentes entidades del Sector Seguridad y Defensa que trabajen en alguna dimensión (vivienda, educación, etc.) con nuestra población con discapacidad, quienes se encontrarán de manera permanente dentro del CRI. Éstos contribuirán a que la gestión del proyecto de vida de la persona en los cuatro meses de permanencia en el CRI pueda traducirse en la inclusión familiar, social y laboral. Asimismo, se hará necesario celebrar Alianzas Estratégicas bajo el enfoque de responsabilidad social y valor compartido con el Sector Privado, que faciliten la inclusión como un proceso continuo a lo largo de la vida de la persona con discapacidad.

Gestión, implementación de Convenios y Alianzas: Para mantener una adecuada comunicación de las oportunidades y beneficios que se gestionen para la PcD que ya haya pasado por su proceso dentro del CRI (como becas, oportunidades laborales, etc.), así como para garantizar que haya un seguimiento centralizado al avance de todas y cada una de estas estrategias y programas que se desarrollen a nivel a regional se deberá establecer un esquema de coordinación entre la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud, la DICRI y las oficinas de atención de personal de cada una de las Fuerzas y la Policía Nacional que se encuentren en las diferentes unidades del país, con el concurso de las Jefaturas y/o Direcciones de Bienestar de cada una de las Fuerzas y de la Policía Nacional siguiendo los lineamientos de la Ilustración No. 11.



Ilustración 12: Esquema de comunicación y retroalimentación para los beneficios de la fase de Inclusión familiar, social y laboral



Dentro de este esquema se busca aprovechar la capacidad actual de las Fuerzas para gestionar alianzas y convenios pero centralizando la información en la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud, eliminando así duplicidad de esfuerzos, y dando acceso a la DICIRI a una información procesada que permita hacer la veeduría para garantizar que nuestros aliados estén dando un cumplimiento adecuado a los convenios y alianzas, así como que éstos se estén utilizando de manera eficiente por parte de nuestra población con discapacidad.

Principios para la gestión y apoyo de iniciativas en inclusión familiar, social y laboral: Se podrán desarrollar múltiples programas orientados al fortalecimiento de la inclusión familiar, social y laboral pero, en todo caso se buscará que estas sigan las siguientes prioridades:

i. **En la inclusión familiar** es necesario realizar un fortalecimiento de las habilidades sociales, los programas de cuidadores y, en relación con esto, favorecer la formación y consolidación de grupos de apoyo familiar para nuestro personal con discapacidad, teniendo en cuenta que al adquirir un integrante de un núcleo familiar una discapacidad, todas las dinámicas de convivencia e interacción cambian, así como los roles que cada uno desempeña dentro de éste. Por un lado, las Jefaturas de Desarrollo Humano y las Direcciones de Bienestar y Familia o sus equivalentes, junto con el Obispado Castrense, quienes también tienen bajo su competencia el bienestar de los miembros de la Fuerza Pública y el de sus familias, deberán trabajar en programas de recreación y bienestar, adaptados para las personas con diversos grados y clases de discapacidad, así como en programas de fortalecimiento familiar y de pareja: algunos de éstos, como las terapias de rehabilitación sexual, empezarán desde la entrada de la persona con discapacidad al CRI. De igual forma, y de acuerdo con el Capítulo 4.6. Infraestructura y Accesibilidad, se buscará que las familias acompañen a su ser querido durante su tratamiento en el CRI no sólo por las ganancias que esto representa en términos del apoyo que pueden prestarle a él sino porque los miembros de la familia deberán aprender a ser cuidadores en muchos casos en los que la persona necesitará asistencia permanente. Estos programas se prestarán dentro de las mismas instalaciones del CRI de manera paralela al tratamiento.

ii. **En la inclusión social** las acciones deberán estar encaminadas hacia el fortalecimiento de las habilidades comunicativas, sociales, de liderazgo, participación, interacción con el entorno y en la Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria (RIPC). Particularmente, se buscará fortalecer la organización a nivel civil del personal con discapacidad, buscando que ellos mismos sean agentes activos en el cumplimiento de sus deberes y sus derechos. Esto se hará, primero, mediante una capacitación obligatoria para todo el personal que ingrese al CRI sobre derechos y deberes, así como organizaciones civiles y entidades gubernamentales que se relacionen con el tema de la discapacidad. En segundo lugar, se buscará un rol activo del personal uniformado con discapacidad organizado en el Sistema Nacional de Discapacidad en procesos de participación ciudadana que generen un cambio en lo que concierne al cumplimiento de derechos y deberes a los cuales están sujetos. Adicionalmente se buscará fortalecer la participación de nuestro PcD en actividades de empoderamiento como el Deporte, con el concurso de las entidades públicas encargadas del tema a nivel regional.

iii. **En la inclusión laboral** se planearán acciones de acompañamiento enfocadas fundamentalmente a la solución de los temas de empleabilidad y apoyo a proyectos de emprendimiento. Aquí entrarán a jugar un papel vital las alianzas estratégicas con participación de las empresas y el SENA: de hecho, de acuerdo con los criterios fijados en el documento CONPES 359 de 2009, el SENA será un aliado estratégico en la realización de cursos y programas de capacitación para el trabajo y emprendimiento. En particular, se deberá ver el proceso de educación, capacitación, selección y empleo como un proceso integral que desde un principio tenga en cuenta tanto las expectativas de la PcD como las necesidades del mercado laboral en el que se encuentre inmerso.

Como apoyo a este proceso de inclusión laboral y teniendo el pilar de la educación como un eje fundamental a la hora de adquirir conocimientos y capacidades para el campo laboral, se encuentra la Ley 1699 de 2013 “por medio de la cual se establecen unos beneficios para los discapacitados, viudas y huérfanos o padres de los miembros de la Fuerza Pública y se dictan otras disposiciones”. Dentro de los lineamientos que se estipulan, se encuentra el Artículo 4°. Financiación de Estudios, donde se otorgarán créditos para financiar estudios de pregrado o de educación para el trabajo y desarrollo humano, destinados a aquellos que tengan algún tipo de discapacidad originada en el servicio activo, en calidad de miembro de la Fuerza Pública, únicamente por hechos o actos ocurridos por causa y razón del mismo, o por acción directa del enemigo o en combate, y que por ello devenguen pensión.

Tabla 4: Objetivos para los niveles de inclusión familiar, inclusión social e inclusión laboral

Tema	Nivel	Objetivos	Responsable
Hacia la Inclusión	Inclusión Familiar	Programas de cuidadores y formación, consolidación de grupos de apoyo familiar y fortalecimiento de la familia a través de la recreación y la terapia de rehabilitación sexual, para nuestro personal con discapacidad.	Jefaturas de Desarrollo Humano, Direcciones de Familia, el Obispado Castrense y el CRI bajo el liderazgo de la DICRI.
	Inclusión Social	Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria (RIPC) y organización a nivel civil de nuestro PcD.	Trabajo mancomunado con los comités regionales de discapacidad, liderado la DICRI.
		Deporte como elemento fundamental para la rehabilitación integral de miembros de la Fuerza Pública	Liga de deportistas retirados de alto rendimiento apalancado desde la DBSS, con el apoyo de Corporación Matamoros D'Costa.
	Inclusión Laboral	Alianzas estratégicas con el SENA, con participación de las empresas, para la adecuación puestos de trabajo y para la realización de cursos y programas de capacitación para el trabajo y emprendimiento.	La Dirección de Bienestar Sectorial y Salud, gestiona las alianzas, con el apoyo de la DICRI.

Anexo 1 Glosario

A

ACCESIBILIDAD: En términos generales se define como la posibilidad o imposibilidad de encontrarse inherente a servicios y sujetos que se relacionan. En relación con el tema de discapacidad se refiere a la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como herramientas y dispositivos, para ser comprensibles y utilizables y practicables por todas las personas de manera más cómoda, autónoma y natural posible, independientemente de las condiciones físicas de las mismas.⁴⁴

ARTEFACTOS EXPLOSIVOS IMPROVISADOS (AEI): Se refiere a los dispositivos que contienen un conjunto de elementos dispuestos de tal forma que pueden producir una explosión bajo condiciones determinadas y que está diseñada para matar o herir personas. De esta forma, en esta categoría se incluyen los dispositivos que generalmente son utilizados en los conflictos asimétricos o que son utilizados en actos terroristas como las minas antipersona.

ASISTENCIALISMO: Es una forma de asistencia del Estado hacia el ciudadano que se caracteriza por dar respuestas a las necesidades inmediatas de éste último (que a su vez se entienden como situaciones de carencia) sin alterar las causas que generan desigualdades sociales y contraponiéndose de esta forma a la concepción de dignidad humana y autonomía⁴⁵.

C

CALIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF): La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, proporciona un lenguaje estandarizado y unificado, así como un marco para la descripción de la salud y estados relacionados de la salud. Utiliza un enfoque “biopsicosocial” para definir la discapacidad no como una condición inherente al individuo sino como como el resultado de la interacción entre las limitaciones funcionales de la persona y las condiciones del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona. De esta manera, la CIF tiene en cuenta tanto deficiencias como limitaciones en la actividad y restricciones en la participación⁴⁶.

⁴⁴ Ver Guía de Responsabilidad Social Empresarial y Discapacidad de la Fundación Once, Documento electrónico disponible en <http://rsed.fundaciononce.es/index.html>

⁴⁵ Ver Oliva, A.A. Análisis de la práctica profesional de los trabajadores sociales en el ámbito estatal, 2010, Documento electrónico disponible en www.eumed.net/libros/2010a/668/

⁴⁶ Ver Calificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) Versión Abreviada, Organización Mundial de la Salud, 2001, Grafo S.A.

D

DERECHOS: De acuerdo la Organización de las Naciones Unidas “Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. Los derechos humanos se caracterizan fundamentalmente porque están avalados por normas internacionales, gozan de protección jurídica, se centran en la dignidad del ser humano, son de obligado cumplimiento para los Estados y los agentes estatales, no pueden ignorarse ni abolirse, son interdependientes y están relacionados entre sí y son universales”⁴⁷.

DISCAPACIDAD: El concepto de Discapacidad ha evolucionado durante las últimas décadas pasando de una concepción puramente médica a una que se fundamenta en la interacción de las características físicas de una persona con el entorno social y cultural que lo rodea⁴⁸. En concordancia con la definición de la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad es “(...) un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive”⁴⁹.

G

GESTIÓN DE CASO: Es un proceso que busca resolver de manera integral las necesidades particulares del paciente y de su núcleo cuidador mediante la identificación de los problemas, el diseño de un plan de intervención, la coordinación y ejecución las actividades y el seguimiento al cumplimiento de objetivos, de la mano con los profesionales de diversos campos, con los familiares implicados y, en dado caso, con los aliados estratégicos.⁵⁰

GESTIÓN DEL RIESGO: Actualmente el término gestión del riesgo suele ser más comúnmente utilizado para la prevención y atención de desastres naturales, por un lado, y para el manejo de fondos financieros expuestos a diferentes niveles de riesgo, por el otro. Sin embargo, metodológicamente se puede aplicar a todo tipo de riesgos: por ejemplo, a aquellos riesgos que aquejan a los miembros de la Fuerza Pública, y que van desde la vulnerabilidad de su situación jurídica hasta los daños físicos que pueden sufrir en el área

47 Sistema de las Naciones Unidas y Derechos Humanos: directrices e información para el Sistema de Coordinadores Residentes, Publicado en Marzo de 2000

48 Ver Documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social - CONPES 3591 del 2009, el cual se plantea como objetivo central Crear y desarrollar un Sistema de Rehabilitación Integral sostenible para los miembros de la Fuerza Pública en situación de discapacidad, que proporcione las herramientas necesarias para la autogestión de sus proyectos de vida.

49 Informe Mundial sobre la Discapacidad, Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, publicado el 9 de Junio del 2011, documento electrónico disponible en http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html

50 Ver Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva - MRII, Vicepresidencia de la República-PAICMA, Impresol Ediciones Ltda., 2010, pp. 14-15.

de operaciones. De manera general se divide en dos fases: en primer lugar, la identificación de los riesgos y de los factores asociados a cada uno de ellos y, en segundo lugar, el diseño de estrategias para disminuir la probabilidad de ocurrencia o para mitigar anticipadamente su impacto.

I

INCLUSIÓN: De acuerdo con el Documento CONPES 3591 de 2009, la inclusión “Contempla las acciones encaminadas a la reintegración del individuo a su entorno familiar, social, laboral, y demás aspectos que impliquen su desarrollo personal en la nueva situación de discapacidad”⁵¹. En esta medida, implica tanto cambios actitudinales y culturales como avances a nivel de políticas y programas que propendan por la transformación de los diferentes contextos en los que se desarrolla la persona con discapacidad. Dentro de esta política se tratan, específicamente, el contexto familiar, social y laboral.

O

ÓRTESIS: De acuerdo con la Norma UNE 11-909-90/1, adoptada de la ISO 8549/1, “Una órtesis es cualquier dispositivo aplicado externamente sobre el cuerpo humano, que se utiliza para modificar las características estructurales o funcionales del sistema neuromuscular- esquelético, con la finalidad de mantener, mejorar o recuperar la función. Además, está en contacto permanente con el cuerpo humano, diferenciándola de los demás productos de apoyo”.

P

PRODUCTOS DE APOYO: de acuerdo con la Norma ISO 9999:2007, un producto de apoyo es “Cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.”

PARADIGMA: Dentro del conocimiento científico, y en los diferentes contextos académicos, un paradigma es el resultado de los usos, y costumbres, de creencias y costumbres establecidas frente a algún tema en específico que, a su vez, determina los diferentes avances que se desarrollen en el tema. En general un paradigma se considera el marco normativo para acercarse o enfocarse a un tema hasta que es desbancado por otro nuevo⁵².

⁵¹ Documento Consejo Nacional de Política Económica y Social Republica de Colombia Departamento Nacional de Planeación CONPES 3591- Junio 1 de 2009.

⁵² Obtenido en http://www.biblioteca.levades.net/esp_paradigmaholo03.htm consultado el 18 de Junio de 2013.

PERSONA CON DISCAPACIDAD: De acuerdo con el Artículo 1º de la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad de las Naciones Unidas las personas con discapacidad son todas aquellas personas “(...) que tengan deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

PRÓTESIS: De acuerdo con el Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física las prótesis son “(...) los productos sanitarios que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica que presenta algún defecto o anomalía”.⁵³

R

REGISTRO DE LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD:

En concordancia con el Ministerio de Salud y Protección Social y Salud, el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD), es una herramienta técnica que permite recolectar, desde el nivel municipal y distrital, información actualizada sobre las personas con discapacidad y permite utilizar esta información como apoyo al desarrollo de planes, programas y proyectos orientados a la inclusión social y a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad en Colombia⁵⁴.

REHABILITACION INTEGRAL: Según el CONPES 3591 de 2009, y en concordancia con la definición que da el Ministerio de la Protección Social en el CONPES social 80 de 2004, “(...) la rehabilitación integral busca a través de procesos terapéuticos, educativos, formativos y sociales el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración del discapacitado al medio familiar, social y ocupacional; está articulada y armonizada en el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales, y; desarrolla acciones simultáneas de promoción de la salud y de la participación y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración socio ocupacional”⁵⁵. Dentro del mismo documento se identifican a su vez 3 dimensiones principales en donde se dan los procesos de rehabilitación buscando finalmente la inclusión social plena: Rehabilitación funcional, que se concentra en la recuperación de la capacidad psicofísica; rehabilitación, que busca mejorar los mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral; y rehabilitación profesional, que busca ubicar a la persona con discapacidad en una actividad productiva que se ajuste a sus expectativas y capacidades.

53 I. Sánchez et. Al. (2008), Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física, Panamericana Editores, España, p. 255.

54 Obtenido en http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/DisCapacidad_RLCPD.aspx consultado en Junio 17 de 2013

55 Documento Consejo Nacional de Política Económica y Social Republica de Colombia Departamento Nacional de Planeación CONPES 3591- Junio 1 de 2009, pp. 7-8

S

SISTEMA DE NACIONAL DE DISCAPACIDAD: De acuerdo el Artículo 2º de la Ley 1145 del 2007, “El Sistema Nacional de Discapacidad, SND, es el conjunto de orientaciones, normas, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad contenidos en esta ley”⁵⁶.

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA FUERZAS MILITARES: De acuerdo con el Decreto 1795 del 2000 “El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es un conjunto interrelacionado de Instituciones, Organismos, Dependencias, Afiliados, Beneficiarios, Recursos, Políticas, Principios, Fundamentos, Planes, Programas y Procesos debidamente articulados y armonizados entre sí, para el cumplimiento de la misión, cual es prestar el servicio público esencial en salud a sus afiliados y beneficiarios”⁵⁷.

⁵⁶ Ley 1145 del 10 de Julio de 2007, Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones.
⁵⁷ Decreto 1795 de Septiembre 14 de 2000, Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Anexo 2: Siglas

AEI: Artefactos Explosivos Improvisados
CAPROVIMPO: Caja Promotora de Vivienda Militar y Policial
CIF: Calificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social
CRF: Centro de Rehabilitación Funcional
CRI: Centro de Rehabilitación Inclusiva
CSSMP: Consejo Superior de Salud Militar y Policial
CyT: Ciencia y Tecnología
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

DBSS: Dirección de Bienestar Sectorial y Salud
DGSM: Dirección General de Sanidad Militar
DISAN: Dirección de Sanidad
DICRI: Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva
ESM: Establecimientos de Sanidad Militar
ESP: Establecimientos de Sanidad Policial
GSED: Grupo Social y Empresarial para la Defensa
ICFE: Instituto de Casa Fiscales del Ejército
MDN: Ministerio de Defensa Nacional
MRII: Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva
PcD: Persona con discapacidad, Personas con Discapacidad, Personal con discapacidad
PIT: Plan de Individualizado de Trabajo
SENA: Sistema de Educación Nacional
SGRRI: Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral
SSMP: Sistema de Salud Militar y Policial
TICs: Tecnologías de la Información y la Comunicación

Anexo 3: Entidades que participan en el SGRRI

Unidad de Gestión General

Viceministerio de Defensa para el GSED y Bienestar
Viceministerio de Defensa para la Estrategia y Planeación
Dirección Administrativa
Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva (por crear)
Dirección de Bienestar Sectorial y Salud
Dirección de Ciencia, Tecnología e Innovación
Dirección de Capital Humano
Dirección de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario
Dirección de Planeación y Presupuestación
Grupo de Rehabilitación Integral

Comando General

Jefatura de Planeación Estratégica
Jefatura de Desarrollo Humano Conjunto
Jefatura de Educación y Doctrina Conjunta
Dirección General de Sanidad Militar

Ejército Nacional

Jefatura de Planeación y Transformación
Jefatura de Educación y Doctrina
Jefatura de Desarrollo Humano
Jefatura de Operaciones
Jefatura de Logística
Jefatura de Reclutamiento
Jefatura Financiera y Presupuestal
Jefatura de Ingenieros
Jefatura de Acción Integral
Jefatura de Derechos Humanos
Dirección de Sanidad
Dirección de Familia y Asistencia Social
Divisiones

Armada Nacional

Jefatura de Operaciones Logísticas
Jefatura de Formación, Instrucción y Educación Naval
Jefatura de Planeación Naval
Jefatura de Desarrollo Humano
Jefatura de Operaciones Navales
Comando de Infantería de Marina
Jefatura de Derechos Humanos
Dirección de Sanidad
Dirección de Bienestar Social
Fuerzas Navales
Fuerzas Conjuntas

Fuerza Aérea Colombiana

Jefatura de Operaciones Aéreas
Jefatura de Apoyo Logístico
Jefatura de Seguridad y Defensa de Bases Aéreas
Jefatura de Desarrollo Humano
Jefatura de Educación Aeronáutica
Jefatura Jurídica y de DDHH
Dirección de Sanidad

Policía Nacional

Dirección General
Dirección Administrativa y Financiera
Dirección de Talento Humano
Dirección de Sanidad
Dirección de Bienestar Social
Dirección de Incorporación
Dirección Nacional de Escuelas
Oficina de Planeación
Oficina de Comunicaciones Estratégicas

Grupo Empresarial y Social de la Defensa

Corporación Matamoros D'Costa
Hospital Militar Central
Instituto de Casas Fiscales del Ejército