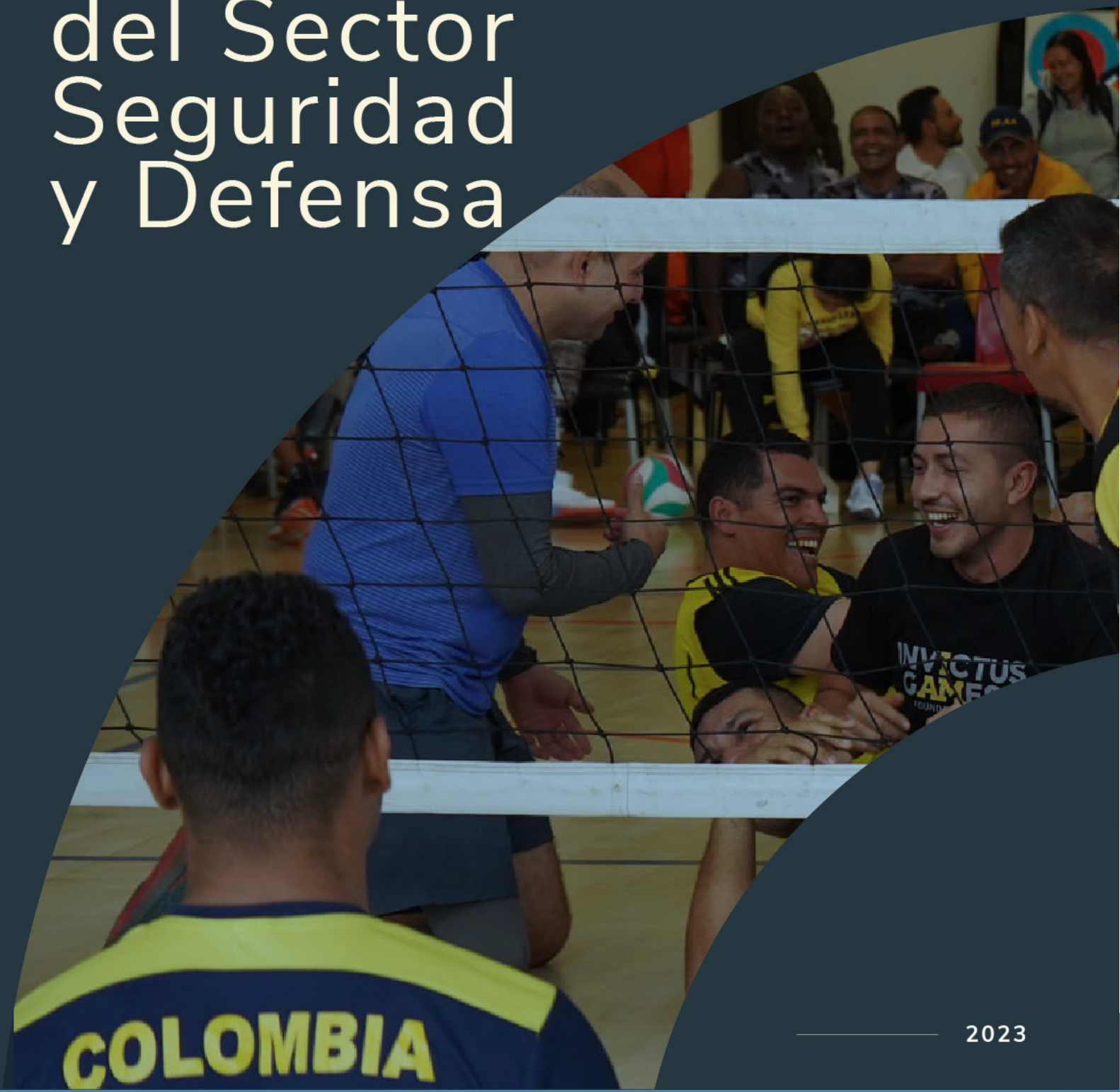
COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Defensa

Política de discapacidad del Sector Seguridad y Defensa



2023

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Defensa

Política de discapacidad del Sector Seguridad y Defensa — 2023

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN ..... **¡Error! Marcador no definido.**
CAPÍTULO 1 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
LEVANTAMIENTO DIAGNÓSTICO SECTORIAL Y ANÁLISIS SITUACIONAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS Y REHABILITACIÓN INTEGRAL ..... **¡Error! Marcador no definido.**
1.1. ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA POLÍTICA 8
1.2. LEVANTAMIENTO DIAGNÓSTICO 10
1.3. COMPORTAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD EN EL SECTOR 11
1.4. MESAS DE TRABAJO FOCAL PARTICIPATIVA CON ACTORES DEL SGRRI Y GRUPO FOCAL CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES 12
1.6. ACTUALIZACIÓN DEL MARCO LEGAL DE LA POLÍTICA DE DISCAPACIDAD DEL SECTOR SEGURIDAD Y DEFENSA 15
1.7. ACTUALIZACIÓN DE SIGLAS, ENTIDADES Y FUNCIONES DE LOS ACTORES PARTÍCIPES EN EL SECTOR SEGURIDAD Y DEFENSA DEL SGRRI 15
1.8. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA POLÍTICA DE DISCAPACIDAD DEL SECTOR SEGURIDAD Y DEFENSA Y LECTURA DE NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU CUIDADOR 16
CAPITULO 2. MARCO LEGAL Y NORMATIVO ..... **¡Error! Marcador no definido.**
CAPÍTULO 3. PRINCIPIOS RECTORES ..... **¡Error! Marcador no definido.**
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS ..... **¡Error! Marcador no definido.**
4.1 OBJETIVO GENERAL 34
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 35
CAPÍTULO 5. TRANSVERSALIDAD DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS Y REHABILITACIÓN INTEGRAL ..... **¡Error! Marcador no definido.**
5.1 GRUPO ARTICULADORDEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS Y REHABILITACIÓN INTEGRAL 73
5.2 BASE DE DATOS, INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL SGRRI 74
5.3 SOCIALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS EN TODAS LAS FASES DEL SGRRI 76
5.4 CULTURA INCLUSIVA 76
5.5 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO 77
5.6 ASPECTOS JURÍDICOS 78
5.7 INFRAESTRUCTURA Y ACCESIBILIDAD 79
CAPÍTULO 6. FASES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS Y REHABILITACIÓN INTEGRAL SGRRI 36
6.1 FASE 1: PREVISIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN 37
6.2 FASE 2: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD 46
6.3 FASE 3: INCLUSIÓN FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL 57
REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA ..... **¡Error! Marcador no definido.**
ANEXO 1. GLOSARIO ..... **¡Error! Marcador no definido.**
ANEXO 2. SIGLAS ..... **¡Error! Marcador no definido.**
ANEXO 3. ENTIDADES ..... **¡Error! Marcador no definido.**

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Marco Legal Internacional sobre Discapacidad. **21**
Ilustración 2. Marco Legal Nacional sobre Discapacidad **24**
Ilustración 3. Marco Legal Ministerial sobre Discapacidad **27**
Ilustración 4. Marco Legal y Normativo **28**
Ilustración 5. Principios Rectores. **33**
Ilustración 6. Transversalidad del SGRRI **80**
Ilustración 7. Fase 1 Previsión, Prevención y Protección **38**
Ilustración 8. Fase 2 Atención Integral en Salud **47**
Ilustración 9. Fase3 Inclusión Familiar, Social y Laboral **59**
Ilustración 10. Programas del Modelo de Rehabilitación Integral Inclusivo MRII **65**
Ilustración 11. Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral **80**

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Lineamientos de la Fase 1 del SGRRI..... 52
Tabla 2: Seguimiento y Evaluación de la Fase 1 del SGRRI..... 55
Tabla 3: Lineamientos de la Fase 2 del SGRRI..... 63
Tabla 4: Seguimiento y Evaluación Fase 2 del SGRRI..... 65
Tabla5: Lineamientos Fase 3 del SGRRI..... 79
Tabla 6: Seguimiento y Evaluación Fase de Inclusión Familiar social y Laboral..... 80

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Defensa

Introducción

La Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa se encuentra enmarcada dentro del paradigma de la discapacidad que viene evolucionando durante las últimas décadas. Así, 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; no obstante, esta definición presenta matices, en tanto que depende de la interacción de dichas condiciones particulares con factores familiares, sociales y laborales que lo rodean.

Esta nueva concepción, deriva del Modelo del funcionamiento y de la Discapacidad, y del enfoque de derechos que comprenden las deficiencias físicas, sensoriales o psicosociales, dependientes de la interacción entre sus propias capacidades y el contexto que lo rodea. También se consideran las condiciones que le permitan participar de manera libre y activa como ciudadano, empleado, o en el rol que le corresponda. En este orden de ideas, es posible superar la discapacidad independientemente de las condiciones físicas, sensoriales o mentales del individuo, siempre que el entorno sea lo suficientemente inclusivo y anule todo tipo de discriminación2.

El reciente paradigma se ha fortalecido de manera paralela a la firma de acuerdos, elaboración de informes y desarrollo de metodologías. Las organizaciones multilaterales que han buscado ahondar en el conocimiento de la población con discapacidad, y profundizar en la garantía de sus derechos son las que han permitido este posicionamiento. Ahora es clara su orientación bajo los principios de equidad, accesibilidad y visión holística del ser humano.

Desde luego, este cambio de paradigma en el concepto de discapacidad ha traído consigo aportes importantes en la concepción de rehabilitación. Se amplió su definición con la inclusión de medidas médicas que buscan garantizar un estado funcional, medidas de intervención educativas, terapéuticas y psicológicas en el individuo; y se introdujeron modificaciones en el contexto familiar, social y laboral y a los actores que participan en este, con miras a favorecer ambientes inclusivos. 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.

Cabe recalcar que la normativa internacional fue acogida y ratificada por el gobierno nacional, lo que permitió un avance en temas relacionados con la inclusión social plena de las personas con discapacidad (en adelante PcD4). Esto demuestra el compromiso de Colombia con la igualdad de oportunidades, al dar un paso fundamental en la garantía y la protección de los derechos humanos de esta población. Así se constituye la mejor hoja de ruta para las entidades públicas, las organizaciones de la sociedad civil, las personas con discapacidad y la sociedad en general.

Ante este contexto, el Sector Seguridad y Defensa tiene una responsabilidad inherente no solo con los uniformados, quienes, en cumplimiento de su misión han adquirido una discapacidad, sino con aquellos que presentan algún tipo de discapacidad desarrollada por una enfermedad, accidente o situación. También demarca la responsabilidad que se tiene con el personal civil vinculado con el Sector Seguridad y Defensa (Decreto 1214 de 1990) y los beneficiarios con discapacidad. De este modo se aúnan esfuerzos para emitir lineamientos en materia de rehabilitación e inclusión, a través del diseño, implementación y liderazgo de una política que oriente el proceso integral de atención a la persona con discapacidad.

Esta política busca orientar acciones que permitan minimizar la probabilidad de accidentes o enfermedades que generen discapacidad en el Sector Seguridad y Defensa y, si ella se presenta, disminuir el impacto de las secuelas físicas, sensoriales y mentales. El propósito es desarrollar en ellos destrezas y capacidades que les permitan estructurar un nuevo proyecto de vida e incluirse sostenible y exitosamente en la sociedad. Todo ello se espera alcanzar mediante la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral (en adelante SGRRI5), con el que se articularán los esfuerzos de las entidades del sector, así como la coordinación con las entidades externas.

La política también busca que los actores del SGRRI del Ministerio de Defensa Nacional continúen ofreciendo a las personas con discapacidad del sector, servicios de rehabilitación integral de óptima calidad, a través de la ruta de atención integral en salud y los procesos de Inclusión. Esto con acciones de promoción de salud,

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 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.

prevención de la discapacidad, recuperación y mantenimiento de la funcionalidad alcanzada. Todo ello para lograr la participación activa en diferentes escenarios sociales; a través de la formulación de "estrategias facilitadoras de la relación del sujeto con su medio familiar, laboral; 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.

La Política de Discapacidad contempla la articulación e integralidad de un SGRRI, estructurado bajo tres fases coherentes y complementarias. La primera fase de "Previsión, Prevención y Protección", busca promover ambientes cotidianos y saludables, al igual que comportamientos seguros, a fin de prevenir situaciones que generen discapacidad; la fase 2 "Atención Integral en Salud", desarrolla acciones de promoción de la salud, prevención, protección, recuperación y rehabilitación funcional; y la fase 3 "Inclusión Familiar, Social y Laboral", promueve el proceso de inclusión que permite alcanzar la autonomía, la participación en los diferentes escenarios sociales y el pleno goce de sus derechos, bajo el Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva (MRII)7.

Vale la pena anotar que, a pesar de las ventajas que ofrece la división del esquema en fases, estas pueden interceptarse en varios puntos e, incluso, pueden no ser totalmente lineales. Por ejemplo, una persona puede acceder simultáneamente a servicios de la fase de atención integral en salud y a los servicios de inclusión familiar, social y laboral.

Ahora bien, por la variedad de entidades que entran a participar en el SGRRI, y para dar cumplimiento a los objetivos previstos, en este documento se establecerán lineamientos claros, actualizados y alineados a la política de discapacidad nacional. También se relacionarán los mecanismos de interacción y coordinación para garantizar la prevención, mitigación y superación del riesgo de presentar una discapacidad en el Sector Seguridad y Defensa. Todo ello en búsqueda de que se desplieguen acciones concretas para cada uno de los actores relevantes.

Esta política se organiza en seis capítulos. El primero, "Levantamiento diagnóstico sectorial y análisis situacional del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral". Aquí se describe el proceso metodológico en la actualización de la política, y, por otra parte, un levantamiento diagnóstico sectorial, que permitió evidenciar las

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 El Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva (MRII), se desprende del Documento CONPES 3591 y tiene como objetivo 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 rehabilitación, enmarcado al individuo dentro de tres dimensiones que involucran lo humano, lo económico y lo social.

necesidades de las PcD e identificar el comportamiento de la discapacidad en el sector. El segundo capítulo refiere al “Marco Legal y Normativo”; en él se describe la normativa Internacional, Nacional y Sectorial acogidas para la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.

En el tercer capítulo: “Principios Rectores”; se establecen los nueve principios que deberán permear todas las acciones específicas que se tomen en el tema de prevención de la discapacidad y rehabilitación integral. En el cuarto: “Objetivos”; se definen las metas para cada una de las fases del SGRRI con la política. El quinto: “Transversalidad del SGRRI”; identifica los lineamientos generales de operación, implementación y seguimiento a las fases del SGRRI. Por último, el capítulo sexto: “Fases del Sistema Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral”; describe los alcances, actividades, lineamientos, monitoreo y seguimiento de cada una de las tres fases del sistema.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Defensa

Capítulo 1.

Levantamiento diagnóstico sectorial y análisis situacional del **Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral**

Desde la fecha de sanción de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa, se han realizado acciones encaminadas a la implementación adecuada del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral (SGRRI) estipulado en la política en cada una de sus fases. Sin embargo, después de cuatro años de operativización, se evidenció la necesidad de conocer y evaluar la implementación de este proceso y si este ha dado respuesta a las necesidades de la población objeto teniendo en cuenta los cambios organizacionales del sector, las necesidades actuales de la población objeto y las tendencias en cuanto al comportamiento de la discapacidad.

Para dar cumplimiento a los objetivos de este diagnóstico se realizaron varios procesos metodológicos que permitieron generar un análisis estructural de forma y contenido de la política, identificando aspectos positivos y por mejorar para la actualización del documento, además de un levantamiento diagnóstico sectorial y análisis situacional que permitió identificar el comportamiento de la discapacidad en el sector, así como evidenciar las necesidades de esta población a nivel nacional.

El primer paso en este proceso fue el de recolectar información evaluativa de las acciones específicas y lineamientos contemplados en la política de discapacidad del sector, para esto se diseñaron tres matrices de recolección de información para conocer la situación de la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral, analizando sus características internas (Debilidades y Fortalezas) y externa (Amenazas y Oportunidades) y obtener así un panorama amplio y completo de este; así como las necesidades, falencias y las opciones de mejora que favorezcan en gran medida a la población objeto, lo que se representó en la construcción conjunta con los actores del sistema de lineamientos que permiten favorecer el sistema y proporcionar atención con calidad a la PcD.

Un segundo aparte en el levantamiento diagnóstico fue el proceso de análisis del comportamiento de la discapacidad del sector desde el 2016 al 2020, identificando, por un lado, el origen de los sucesos o accidentes que desencadenan discapacidades en las Fuerzas Militares y Policía Nacional; y por otro lado, la caracterización de personas con discapacidad registradas en cada una de las fuerzas teniendo en cuenta región geográfica y clasificación de discapacidad con mayor prevalencia entre otros ítems.

A lo largo del proceso de actualización de la política, fue indispensable el desarrollo de mesas de trabajo focales y generales con los actores del SGRRI, las cuales favorecieron la participación y la articulación permanente en la construcción de conocimiento que enriqueció el análisis situacional del sector en materia de rehabilitación integral; por otro lado, con el objetivo de conocer el nivel de satisfacción de la población objeto de la política de discapacidad (PcD y sus cuidadores) se realizaron mesas focales participativas, mediante técnica cualitativa que permitió la interacción, percepción y elaboración de conclusiones y acuerdos

sobre la implementación de la política de discapacidad de sector con base en la experiencia personal de los beneficiarios participantes.

Finalmente, para conocer las apreciaciones de las PcD y sus cuidadores se elaboró una encuesta denominada “Percepción de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa y lectura de necesidades”; la cual se divulgó a nivel nacional a las PcD y cuidadores del sector, con la colaboración de todos los líderes de rehabilitación de las Direcciones de Sanidad Militar y de Policía Nacional, para su difusión y diligenciamiento.

A continuación, se describen las actividades metodológicas utilizadas para la actualización de la política:

1. Análisis estructural de la política.
2. Levantamiento diagnóstico sectorial y análisis situacional del SGRRI
3. Comportamiento de la discapacidad en el sector.
4. Mesas de trabajo focal participativo con actores del SGRRI y grupo focal con personas con discapacidad y sus cuidadores.
5. Mesas de trabajo con entes externos que permitieron la alineación de la presente política a los lineamientos nacionales en discapacidad.
6. Actualización del marco legal de la política de discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.
7. Actualización de siglas, entidades y funciones de los actores partícipes en el Sector Seguridad y Defensa del SGRRI.
8. Encuesta de percepción de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa y lectura de necesidades de las personas con discapacidad y su cuidador.

1. ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA POLÍTICA

Para dar cumplimiento a los objetivos de este análisis estructural se llevaron a cabo varias acciones que permitieron hacer una revisión exhaustiva de la situación actual del SGRRI ; este proceso se realizó mediante una lectura crítica de todo el documento, donde se logró identificar aspectos positivos y por mejorar a corto y largo plazo dentro del sistema contemplado en la política, que a su vez permitirán generar acciones efectivas y sostenibles para las personas con discapacidad del sector Seguridad y Defensa, proporcionando las herramientas necesarias para la autogestión de sus proyectos de vida.

La Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa tiene características de una política pública, y es comprendida como sectorial, de tipo social. Su creación corresponde a un modelo lineal, consistente en la organización invariable por

etapas, generalmente identificadas así: identificación del problema, diseño, formulación, implementación y evaluación de la política. Actualmente, la Política que se encuentra vigente desde el 2014 está según su ciclo en fase de implementación y evaluación.

Dentro de los aspectos positivos se resalta en fase 1; la participación de los actores involucrados quienes adelantan acciones orientadas a disminuir incidencias o situaciones que puedan generar una deficiencia que conlleven a una discapacidad, promoviendo la salud, utilizando diversas estrategias de sensibilización y/o capacitación para tal fin. En fase 2; se evidencia la presencia de acciones de cada una de las sanidades (responsables del desarrollo de esta fase) a través de los grupos de rehabilitación interdisciplinarios a nivel nacional, que favorecen la oportunidad y calidad en la atención según las necesidades de la población. Y en fase 3; la implementación del Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva, por medio del cual se establece los mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral.

Por otra parte, se identifican aspectos a mejorar como: la falta de Indicadores de Gestión que permitan medir el impacto de manera cualitativa y cuantitativa, además de realizar una evaluación y seguimiento de la política; otro aspecto identificado fue la disponibilidad del documento, sugiriendo que la nueva versión de esta se presente en versión accesible, teniendo en cuenta las diferentes clasificaciones de discapacidad. El ejercicio de socialización de la política es significativo para informar y empoderar a los beneficiarios de ella; por lo anterior, será primordial difundir, exponer, explicar y sobre todo registrar las sugerencias de personas con discapacidad pertenecientes a todas las fuerzas, de modo que sea integral el proceso, a nivel nacional liderado siempre por el SGRRI.

Se propone generar un indicador demográfico dentro de la evaluación y seguimiento de la política, mediante el registro de las personas con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa, reportado por las direcciones u entidades pertinentes al SGRRI. Esta información será utilizada para el desarrollo de planes, programas y proyectos, orientados a la garantía de los derechos de las personas con discapacidad en el sector. Es imperioso recabar datos más sólidos, comparables y completos; en general, se requiere una base más adecuada de conocimientos sobre la prevalencia, la naturaleza y la magnitud de la discapacidad.

Es primordial incluir una visión horizontal de la familia, donde exista una relación de igual a igual sin codependencia a pesar de requerir en ocasiones la presencia de un cuidador para suplir algunas de las necesidades básicas, una relación donde trabajen unidos y haya apoyo reciproco para sortear las diferentes situaciones que el entorno ofrece, una relación donde la familia se articule con el equipo de profesionales, y se priorice la toma de decisiones y las acciones a implantar para su núcleo familiar, en donde se unan sinergias a partir de la experiencia diaria de los

unos y la experiencia técnica de los otros y se obtenga el mayor beneficio posible para las PcD, desde el momento que se adquiere la discapacidad hasta lograr la efectiva inclusión.

2. LEVANTAMIENTO DIAGNÓSTICO

El levantamiento diagnóstico surge con el fin de realizar un análisis la implementación del SGRRI del Sector Seguridad y Defensa, identificando las necesidades que puedan mejorar y favorecer al máximo la participación de los actores, y por tanto el proceso del SGRRI a través de un proceso estratégico. El método utilizado para esta estrategia fue mixto (cuantitativo y cualitativo) ya que permitió identificar de forma numérica y descriptiva las condiciones actuales en cada una de las fuerzas para el proceso de atención integral en discapacidad.
Este incluye las percepciones halladas sobre cada fase, la tendencia (fortaleza, oportunidad, amenaza, debilidad), y el impacto encontrado (bajo, medio y alto). A partir de los hallazgos, se formularon acciones específicas, que a su vez se convirtieron en lineamientos para favorecer y potencializar el quehacer de cada una de las fases del SGRRI.

Fase 1: Fase 1: Se identificó como fortalezas las pruebas psicofísicas y la prevención de enfermedades mentales que se encuentran con percepciones favorables desde las diferentes fuerzas, evidenciando buenos desempeños en la elaboración de estrategias y protocolos de prevención, la actitud consciente y sensibilizada de los procesos de socialización de los diferentes protocolos existentes. No obstante, se pueden observar algunas debilidades, entre otras, el no cumplimiento de entrega de los insumos, la falta de personal adecuado y suficiente para atender las necesidades, entre otros.

Fase 2: Fase 2: En el análisis se encontró que esta es la fase con mejores resultados, se destacan acciones como el mantenimiento de las condiciones de salud, recuperación, habilitación y rehabilitación, buen trabajo y acercamiento multidisciplinar, potenciación de las capacidades de las personas con discapacidad y capacitación constante al personal. Por otro lado, se hizo la identificación de debilidades o puntos a mejorar en esta fase, dentro de los cuales se destacan: la falta de procesos de socialización efectivos, seguimiento riguroso y líneas efectivas de comunicación.

Fase 3: Se establece que no existe una predominancia específica entre debilidades, oportunidades y fortalezas; sin embargo, se destacan las fortalezas de esta, como la existencia de un modelo funcional y potenciador de habilidades, los procesos diagnósticos y la creación de alianzas. Las debilidades que se destacan son la falta de protocolos estandarizados, procesos débiles de socialización y de articulación con los centros de rehabilitación y sus programas.

3. COMPORTAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD EN EL SECTOR

Desde el SGRRI es necesario establecer el origen de los sucesos que desencadenan discapacidades en el Ejército Nacional, Armada Nacional, la Fuerza Aérea Colombiana y la Policía Nacional; para poder establecer estrategias que permitan mitigar esta incidencia y prestar un servicio integral y oportuno de rehabilitación.

El método utilizado para esta estrategia fue de origen cuantitativo, el cual permitió reconocer los sucesos o riesgos presentes de forma significativa en cada una de las fuerzas que puedan conllevar a una discapacidad y así mismo trabajar sobre estos. En consecuencia, se envió un documento solicitando a cada una de las fuerzas (Ejército Nacional, Armada Nacional, la Fuerza Aérea Colombiana y la Policía Nacional) la cantidad de accidentes según su origen por cada año desde el 2016 al 2020. Además, se solicitó las estadísticas de la cantidad de accidentes, según su origen, establecidos así: por arma de fuego, accidente de tránsito, accidente de aviación, de origen natural, por inmersión, seguridad industrial, higiene industrial, temperatura extrema, agresiones, lesiones autoinfligidas u otros accidentes. Después de recibir la información brindada por cada una de las fuerzas, se procedió a tabular y reconocer de manera gráfica los resultados.

El comportamiento de la discapacidad en el Sector Seguridad y Defensa ha cambiado en los últimos años, sin embargo, el Ejército Nacional sigue siendo la institución con mayor número de activos con discapacidad teniendo en cuenta que es la fuerza con mayores factores de riesgo por la misión constitucional que cumplen; ya que se ven constantemente amenazadas por factores externos e internos provocados por el accionar delictivo de organizaciones armadas al margen de la ley y por el empleo de sus elementos y equipos previstos para el cumplimiento de su trabajo (material bélico), entre otros factores de accidentalidad de diferentes orígenes, específicamente en accidentes de tránsito y en origen de seguridad industrial. Además, se evidencia alta incidencia de discapacidad en titulares retirados, pensionados o beneficiarios, que elevan el número de población reportada por esta fuerza predominando la discapacidad física.

La segunda fuerza con mayor cantidad de PcD es la Armada Nacional, donde el principal origen de accidentalidad es relacionado con seguridad industrial, seguido de accidentes de tránsito; esta fuerza tiene el mismo comportamiento en los beneficiarios y titulares con discapacidad. En la Fuerza Aérea Colombiana (en adelante FAC) se presenta menos casos activos de PcD, esto tiene estrecha relación con el tamaño y misionalidad de cada fuerza, no obstante, en la FAC predominan los titulares retirados, así como los beneficiarios mayores de 18 años con discapacidad predominando de tipo psicosocial. La Policía Nacional también

presenta un número considerable de titulares retirados y beneficiarios mayores de 18 años con discapacidad con mayor incidencia de tipo física, siendo los accidentes de tránsito y las agresiones las mayores situaciones que generan discapacidad en esta fuerza, seguidos de accidentes con arma de fuego y lesiones auto infringidas.

El análisis del comportamiento de la discapacidad del Sector en los últimos años, así como el origen de los accidentes que generan disminución o perdida de la capacidad psicofísica o discapacidad en cada una de las fuerzas, es un insumo importante a la hora de tomar decisiones sobre lineamientos y acciones específicas a desarrollar que contribuyen a disminuir la incidencia de estas situaciones; y en articulación con el SGRRI y cada actor responsable; se diseñen estrategias de prevención que impacten directamente las condiciones de riesgos existentes, favoreciendo en gran medida a todos los integrantes del sector y a la población objeto de la política en materia de rehabilitación integral.

4. MESAS DE TRABAJO FOCAL PARTICIPATIVA CON ACTORES DEL SGRRI Y GRUPO FOCAL CON PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS CUIDADORES

Continuando con esta intención de fortalecer el levantamiento diagnóstico fue indispensable el desarrollo de mesas de trabajo focales y generales periódicas con los actores del SGRRI, para la materialización de esta actualización, dichas mesas favorecieron el trabajo activo, continuo y mancomunado generando una construcción constante de conocimiento que enriqueció el análisis situacional del sector en materia de rehabilitación integral.

Las mesas de trabajo generales están conformadas por representantes de cada una de las dependencias que participan en el proceso integral del SGRRI (Ver anexo 3), junto con las entidades adscritas y los organismos que se estimen convenientes. Para definir los parámetros y establecer los lineamientos estratégicos y procedimientos internos se estableció un reglamento interno de mesas de trabajo del SGRRI, el cual fue aprobado y de común acuerdo firmado por las personas designadas por cada entidad para ser el representante en las mesas. Dichas mesas son citadas en forma ordinaria por lo menos una vez al mes y de manera extraordinaria cuando las circunstancias lo exijan (previa convocatoria), con el fin de generar acciones que favorezcan la operativización del SGRRI en todas y cada una de sus fases a fin de favorecer a la población objeto de la política.

Por otro lado, con el objetivo de conocer el nivel de satisfacción de la población objeto de la política (personas con discapacidad y sus familias) se realizaron mesas de trabajo basada en una prueba piloto de grupo focal, donde se pudo conocer desde una mirada interna la política de discapacidad. El análisis de cada uno de los puntos específicos del texto reconoce la importancia de la garantía de los derechos

de las personas con discapacidad y sus necesidades ante la rehabilitación integral e inclusión familiar, social y laboral. Gracias a las conclusiones dadas en esta prueba piloto se evidencio la necesidad de actualización de las entidades de cada una de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, que apoyan y facilitan el proceso del sistema en cada una de sus fases. Es así cómo, se construyó la matriz que permitió establecer las entidades participantes, sus siglas y funciones actualizadas dentro del SGRRI en el sector.

Por último, se realizaron dieciséis mesas de trabajo focal participativa con personas con discapacidad y/o cuidadores de la fuerza pública a nivel nacional, modalidad virtual (vía Teams) con apoyo de los líderes de rehabilitación de Sanidad de Fuerzas Militares y Policía Nacional, que permitieron la interacción con la población objeto de la política, para identificar las necesidades del sector y conocer la percepción sobre la implementación de la política de discapacidad de acuerdo a la experiencia personal de los participantes. Estos espacios permitieron escuchar las necesidades y principales dificultades que perciben en el sector:

Fase 1 Previsión, Prevención y Protección: Se identificaron como aspectos a mejorar la falta de actividades y campañas educativas de prevención de discapacidad y especialmente a nivel psicosocial por el incremento de enfermedades mentales en los miembros activos de la Fuerza Pública.

Fase 2 Atención Integral en salud: Se evidencia que en esta fase hay un alto grado de agradecimiento y satisfacción por las acciones desarrolladas, resaltando el profesionalismo, compromiso y dedicación del personal del área de salud de sanidad. Pero también identifican como barreras de acceso en la atención en salud, la tramitología para acceder a servicios especializados (oportunidad de citas), entrega de medicamentos (CTC- desabastecimiento), elementos de curación, dispositivos de apoyo, que requieren de autorización previa generando que los tratamientos se retrasen al igual que su proceso de rehabilitación. Por otra parte, en los diferentes territorios de cabeza municipal y rural se evidencia como dificultad el acceso a las instituciones de salud y rehabilitación por el desplazamiento, con relación a transporte especializado para las personas con discapacidad y por el gasto económico en alimentación, transporte y alojamiento.

Exponen como punto a mejorar la falta de continuidad de los profesionales del área de la salud (contratos prestaciones de servicios) o de las instituciones tercerizadas por suspensión o renovación de contrato generando que los procesos de rehabilitación se suspendan y frenen los avances. Y finalmente en esta fase se evidencia la falta de grupos de apoyo a los cuidadores de las personas con discapacidad, que brinden una oportunidad para compartir sus experiencias, estrategias de afrontamiento o información directa sobre enfermedades o tratamientos.

Fase 3 Inclusión familiar, Social y laboral: Manifiestan desconocimiento y falta de información de los programas que se ofertan de inclusión familiar, social y laboral en el sector, centralización de los servicios que ofrece la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva en la capital del país, sin presencia ni oportunidades en las regiones del territorio nacional. Dificultad en procesos de inclusión educativa básica primaria, secundaria, educación no formal (auxiliar, técnico) y educación superior, por instituciones no incluyentes, en infraestructura, personal idóneo para atender a las personas con discapacidad y estructura curricular, así mismo se evidencia en las regiones que no hay articulación interinstitucional que genere procesos de inclusión en deportes formativos y deportes paralímpicos.

A nivel laboral manifiestan falta de articulación interinstitucional entre entidades públicas y privadas que contribuyan al proceso de rehabilitación inclusiva en las diferentes regiones del territorio que permita mayor oportunidad de inclusión laboral con rutas de empleabilidad y emprendimiento; perciben un sentimiento de abandono de las instituciones de Fuerzas Militares y Policía Nacional posterior al proceso de rehabilitación funcional, en oportunidades de reubicación o continuidad laboral.

5. MESAS DE TRABAJO CON ENTIDADES EXTERNAS, ALINEACIÓN DE LA POLÍTICA A LOS LINEAMIENTOS NACIONALES EN DISCAPACIDAD

La Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa debe estar alineada conforme a los lineamientos y directrices que se emitan en materia de discapacidad e inclusión a nivel nacional. Es así como es de vital importancia la articulación y acompañamiento con las entidades que son referente y lideran estos procesos, para ello se planearon y desarrollaron una serie de mesas de trabajo con dichas entidades como el Grupo de Enlace Sectorial (GES), quienes son la instancia técnica para la construcción, concertación y coordinación interinstitucional de planes, proyectos y programas del Consejo Nacional de Discapacidad, sirviendo de asesor para el proceso de planificación sectorial favoreciendo así la toma de decisiones en la actualización de esta política.

Igualmente, se realizaron mesas de asesoría técnica con: el Departamento Nacional de Planeación (DNP) en la construcción del documento de política a través del Observatorio Nacional de Discapacidad (OND), espacio intersectorial dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social;, con El Ministerio del Interior, “el cual forma parte del Sistema Nacional de Discapacidad-SND y a través del Grupo de Gestión en Discapacidad”8. logrando alinear lo contemplado en la presente política a las directrices nacionales en discapacidad e inclusión contempladas hasta el momento.

6. ACTUALIZACIÓN DEL MARCO LEGAL DE LA POLÍTICA DE DISCAPACIDAD DEL SECTOR SEGURIDAD Y DEFENSA

Se realizó un análisis e investigación sobre la normativa actual sobre discapacidad a nivel internacional, nacional y ministerial; lo anterior con el fin de establecer los derechos y deberes de la población con discapacidad y brindar herramientas que protejan cada uno de estos.

Este documento se llevó a cabo debido a la evolución de los antecedentes legales en materia de discapacidad e inclusión, por lo que se hizo un recorrido en el tiempo para analizar la normativa que incluye a la población con discapacidad con el fin de reconocer todos los derechos que se le han otorgado para avanzar en la inclusión y no discriminación.

Debido a todos los procesos y análisis de la población con discapacidad del sector, se evidenció la necesidad de actualizar la Política. Es así, cómo se inició la renovación del documento con el fin de plasmar la normativa y procesos actuales en torno a la discapacidad en el Ministerio de Defensa. Como resultado se obtuvo el capítulo de Marco Legal que da sustento a la actualización de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa. (*Véase Capítulo 2. Marco Legal y Normativo).*

7. ACTUALIZACIÓN DE SIGLAS, ENTIDADES Y FUNCIONES DE LOS ACTORES PARTÍCIPES EN EL SECTOR SEGURIDAD Y DEFENSA DEL SGRRI

Enmarcados por la actualización de la política y las modificaciones que se realizan de manera interna en el Ministerio de Defensa, se creó la necesidad de renovar las entidades que hacen parte del SGRRI y sus funciones respecto al rol que desarrollan en cada una de las fases, dando como resultado la modificación de los anexos de siglas y entidades para el documento oficial de la política. *(Véase Anexo 2. Siglas; Anexo 3. Entidades)*, esto se logró gracias al diligenciamiento de una matriz de información por parte de cada una de las instituciones pertinentes.

Para ello, a través de la mesa de trabajo se hizo la socialización de una matriz de información para ser diligenciada por cada una de las instituciones pertinentes, relacionando cada una de estas junto con sus siglas y funciones referentes al SGRRI en cada una de sus fases; dando como resultado la renovación de los anexos de siglas y entidades para el documento oficial de la política. *(Véase Anexo 2. Siglas; Anexo 3. Entidades).*

8. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA POLÍTICA DE DISCAPACIDAD DEL SECTOR SEGURIDAD Y DEFENSA Y LECTURA DE NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SU CUIDADOR

Con el fin de conocer la apreciación que las personas con discapacidad o sus cuidadores tienen frente a la implementación de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa, se construyó una encuesta de percepción, que permitiera dar cuenta de algunos aspectos específicos de la operativización de la política en sus tres fases y su impacto y valoración social. La medición de la percepción de las PcD y sus cuidadores permitió comprender lo que siente, sabe y piensa la población objeto con respecto a la discapacidad en el sector, y de esta forma, se contribuye a la toma de decisiones en la actualización de la política.

El proceso de difusión se realizó a nivel nacional con todas las Fuerzas Militares y Policía Nacional en colaboración de todos los líderes de rehabilitación de las Direcciones de Sanidad Militar y Policial, al igual que los usuarios de la DIVRI registrados en SIMRI. Para un total de 784 encuestados de los cuales 515 respondieron en formato digital y 269 en formato físico.

Esta encuesta se aplicó en 26 departamentos del territorio nacional, cabe aclarar que, aunque no se aplicó en seis departamentos, hubo participación de los territorios de Casanare, Guaviare y Vichada en las mesas de trabajo focal participativas, lo que indica una participación del 90.6% del territorio nacional.

Es importante resaltar la falta de conocimiento e información que las PcD y sus cuidadores tienen sobre la política, se pudo identificar que la gran mayoría de las personas encuestadas desconocen la misma (73,85% no tienen conocimiento de la política). Por otra parte, se identificó el desconocimiento de los encuestados frente a la estructura de las tres fases del SGRRI (68,35% no tienen conocimiento de las fases). Estas respuestas ratifican la falta de conocimiento e información de la política, evidenciando que se debe fortalecer la promoción, divulgación y difusión de esta.

Frente al nivel de conocimiento que los encuestados tienen de la fase de Previsión, Prevención y Protección, cuya finalidad es disminuir el riesgo de presentar una situación que genere una discapacidad; se puede afirmar que el 53% de los encuestados no conocen la fase 1, seguido del "sí" con un porcentaje de 25% y el "no sabe/no responde" con 22%. Con relación a la pregunta cómo calificarían los procesos de previsión, prevención y protección del Sector Seguridad y Defensa, se evidencia que las personas encuestadas que respondieron la anterior pregunta de forma afirmativa identifican como "bueno" los procesos de fase 1 con un 15,17%, "regular" con 9,56%, "muy buenos" con 8,29%, "malos" con 2,80% y "muy malos"

con 1,78%. De esta información se puede inferir que, a pesar del desconocimiento latente sobre la estructura de la política, las personas que sí la conocen consideran que los procesos desarrollados son buenos.

Por otra parte, en relación con el nivel de conocimiento de la fase de Rehabilitación Funcional se puede afirmar que la mayoría de los encuestados desconocen dicha fase encontrando el "no" con un porcentaje de 44,89%, seguido del "sí" con un 33,41% y "Ns/Nr." de 13,32%. Es evidente la falta de conocimiento de la estructura de la política, y el nombre de cada una de las fases, puesto que al evaluar los servicios el 55,9% seleccionaron Ns/Nr, seguido de las opciones "buenos" con 19,6%, “muy buenos 10,6%, regular con un índice de 10,3%, "malos" con 2% y "muy malos" con 1,5%.

De igual manera, en la fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral, los encuestados desconocen dicha fase encontrando el "no" con un porcentaje de 58%, seguido de las respuestas " Ns/Nr " con un 22% y el "sí" con 20%; y a la pregunta cómo calificaría los servicios la mayoría de los encuestados desconocen dicha fase encontrando el " Ns/Nr " con 67%, seguido de las opciones "buenos" con 13%, "regular" con un índice de 8%, "Muy buenos" con 7%, "malos" con 3% y "muy malos" con 1%. Con esas respuestas se hace evidente la falta de difusión de la política y sus fases dado el nivel de desconocimiento persistente sobre la misma.

Frente al grado de satisfacción de los procesos de rehabilitación integral se puede afirmar que la mayoría de los encuestados eligieron la opción "más o menos" teniendo esta con un índice de 35%, seguida de las opciones "mucho" con un índice de 28%, "nada" con un índice de 18%, "poco" con 16% y " Ns/Nr " con 3%. Con esas respuestas, se puede inferir que hay aspectos por mejorar a la hora de hablar del proceso de Rehabilitación Integral que brinda el Sector Seguridad y Defensa en cuanto a su difusión y promoción para lograr mucho más acceso y aprovechamiento de los beneficios que brinda.

Con relación a las diferentes dificultades que, según los encuestados, son más recurrentes en la vida de las personas con discapacidad en el Sector Seguridad y Defensa, la categoría "movilidad y transporte" fue la de mayor impacto con un 22%, dejando en claro que para ellos la forma de movilizarse hasta los centros de atención resulta problemática; la segunda categoría que genera afectación a las PcD fue "tramitología” (14%) pues manifiestan que la gestión administrativa o de otro tipo, requiere de largos procesos y reprocesos; seguido de “bienes y servicios sociales, educativos y laborales” con un 14% manifestando dificultades en ubicar colegios adecuados para las PcD, al igual que la falta de oportunidades laborales; continua “bienes y servicios en salud y rehabilitación funcional” con un 12% manifestando dificultad para acceder a citas médicas con especialistas y terapias, entrega de medicamentos, elementos de curación y demás servicios para garantizar una atención integral en salud; otro ítems destacado es “capacitación y/o

orientación" con un 12%, siendo los cuidadores y familiares los más afectados por falta de conocimiento en el manejo de las patologías; "asesoramiento en procesos integrales de rehabilitación" con un 11%; "accesibilidad a espacios, infraestructura y edificación" con un 10%; "acceso a la información y telecomunicaciones" con un 5%; y en la categoría "otros" mencionan: acompañamiento institucional, acompañamiento psicosocial al cuidador, apoyo económico al cuidador, descentralización de servicios y ampliación de cobertura, divulgación y seguimiento de la política y finalmente en la categoría humanismo manifestaron formas y expresiones discriminatorias con las PcD.

Frente a otras dificultades no contempladas en las categorías anteriores, la opción más elegida fue "ninguna" con un porcentaje de 39%. Además reiteraban las categorías anteriormente descritas como es: bienes y servicios en salud y rehabilitación funcional con un 16%, capacitación y/o orientación con un 9%, accesibilidad a espacios, estructura y edificación con un 8%, tramitología con un 7%, tratos discriminatorios 6%, bienes y servicios sociales, educativos y laborales con un 5%, movilidad y transporte 5%, apoyo económico al cuidador con un 4% y otros como acceso a la información y telecomunicaciones, asesoramiento en procesos integrales de rehabilitación, ley del veterano y recreación y deporte.
Finalmente, en sugerencias o recomendaciones se puede afirmar que el contenido de la política de discapacidad logra abarcar en su totalidad todos los requerimientos, dudas o necesidades de los usuarios, esto se evidencia teniendo como opción más seleccionada la respuesta "ninguna" con un índice de 32%. Seguidos de divulgación de la política con un 14%, tramitología con un 10%, seguimiento de la política y análisis continuo de las necesidades de las personas con discapacidad con un 5% que ratifica la importancia de la divulgación, medición y monitoreo de la política para la población objeto.

Este diseño metodológico nos permitió analizar la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral desde dos perspectivas, la de los profesionales actores del sistema que trabajan día a día por el bienestar de la población objeto y el de las personas con discapacidad del sector; logrando tener una visión completa de las necesidades, de las oportunidades de mejora en la implementación de la política, los comportamientos de la discapacidad y los alcances que como sector podemos tener en la atención integral de PcD. Tras todo lo anterior, se presenta a continuación la actualización de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.

Capítulo 2.
Marco legal y normativo

En este capítulo se determina la evolución de los antecedentes legales sobre discapacidad a nivel internacional, nacional y ministerial. Se hará un recorrido en el tiempo para analizar la normativa que incluye a la población con discapacidad, y reconocer así todos los derechos que se han ganado en el ámbito de la inclusión y no discriminación.

Enmarcados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 por la Organización de Naciones Unidas (ONU), y la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, proclamada en la Asamblea General de las Naciones Unidas (1975), se inició el proceso de integralidad para la garantía de los derechos de las personas con discapacidad alrededor del mundo. *(Ver figura 1)*

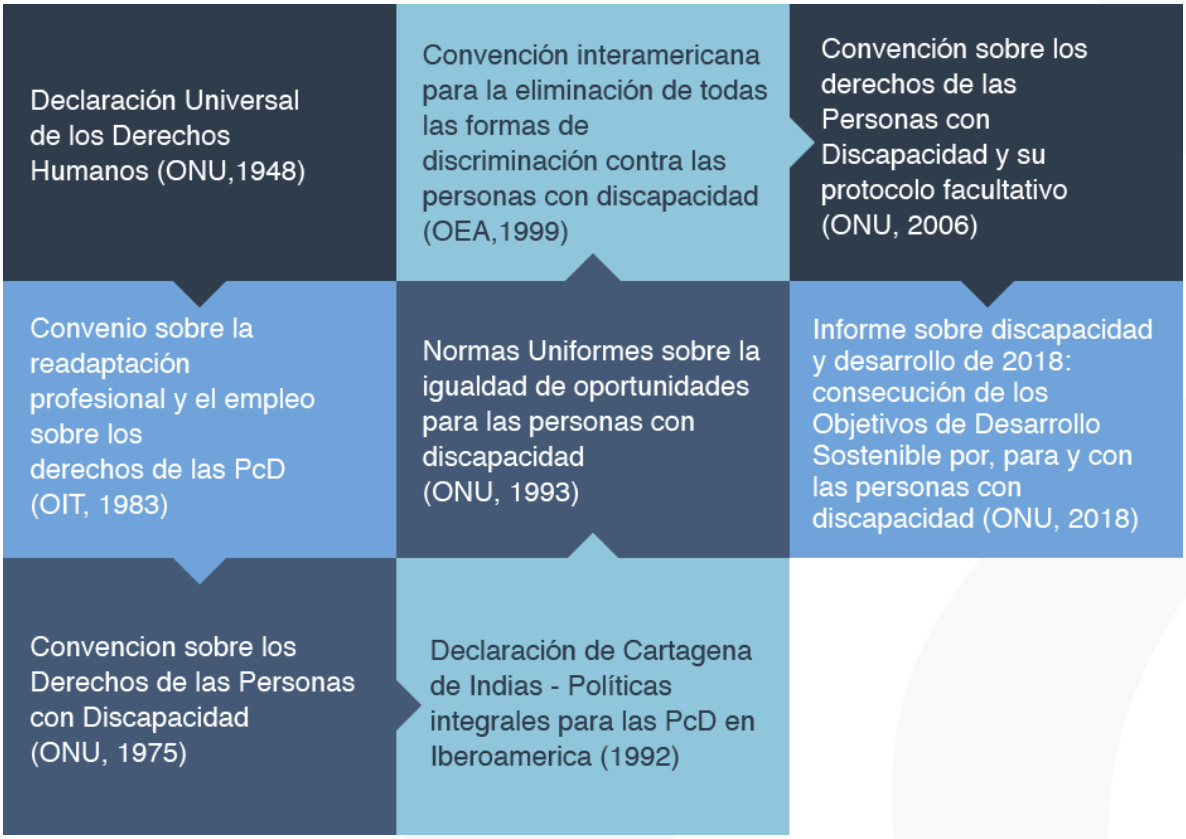
Desde el anterior marco, se han generado normas de aprobación internacional que garantizan la promoción, protección y aseguramiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad. Por ejemplo, el convenio sobre la readaptación profesional y el empleo; igualmente, el de los derechos de las personas con discapacidad según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1983. Colombia es garante de derechos como la Declaración de Cartagena de Indias de 1992, firmado en el marco de la Conferencia intergubernamental Iberoamericana sobre Políticas Integrales para las Personas Ancianas y Personas Discapacitadas. Este documento estableció la normativa para "la prevención de la discapacidad y la integración socio laboral efectiva de la población con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas" (*La Declaración De Cartagena De Indias*, 1992).

La Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de diciembre de 1993, emite una serie de Normas Uniformes que buscaron la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Se trató de 22 normas en cuatro capítulos que abarcaron todos los aspectos de la vida de las personas con discapacidad. En unión a las anteriores, la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos en 1999, se comprometió a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de otra índole para garantizar el ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales *(OEA, Guatemala, 1999).*

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, liderada por la ONU en el 2006, fue adoptada desde el 2007 con la firma del instrumento en New York. Se reafirmó así la promoción, protección, garantía de los derechos humanos y su protocolo facultativo. También se realizó un cambio en el concepto de discapacidad; pasando de una preocupación en materia de bienestar social a una cuestión de derechos humanos. De esta manera se reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen, en sí mismos, una discapacidad. *(Organización de Naciones Unidas, 2006).*

Los documentos e instrumentos internacionales que brinda la organización de las Naciones Unidas, adicionales a los que ya se mencionaron, conforman el documento: "Informe sobre discapacidad y desarrollo de 2018: consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible por, para y con las personas con discapacidad". La estrategia de las Naciones Unidas para la inclusión de la discapacidad del año 2019 y el informe de los objetivos de desarrollo sostenible del año 2020; basados en la difícil situación que aún atraviesa el mundo por la pandemia del virus COVID-19, reconocieron a la población en condición de discapacidad como una de las más afectadas en diferentes aspectos.

Ilustración 1. Marco Legal Internacional sobre Discapacidad.



De acuerdo con las organizaciones internacionales y las de nivel continental se han implementado medidas que aseguran los derechos para las personas con discapacidad. A nivel nacional se cuenta con el Decreto 3132 de 1968 "por el cual se crea el Consejo Nacional de Rehabilitación como entidad asesora del Gobierno adscrito al Instituto Colombiano de Seguros Sociales y se dictan otras disposiciones sobre rehabilitación y empleo de inválidos" (*Decreto 3132 de 1968 - EVA - Función Pública*, 1968). Adicionalmente, el Decreto 2358 de 1981, por el cual se coordina el Sistema Nacional de Rehabilitación, da inició al camino pleno del ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. En el año de 1988 con la Ley 82, se aprueba el convenio de la OIT respecto a la garantía de los derechos laborales de la población con discapacidad. Posteriormente, se fija el Decreto 1214 de 1990 por el cual se reforma el estatuto y el régimen prestacional civil del Ministerio de Defensa y la Policía Nacional con el fin de regular la administración de todo el personal que presta sus servicios en el Ministerio de Defensa, la Policía Nacional y en la Justicia Penal Militar y su Ministerio Público.

A partir del año 1991, con la Constitución Política de Colombia, se establecen las obligaciones del Estado Social de Derecho y los derechos con los que cuentan las personas con discapacidad dentro del territorio nacional. Específicamente en el artículo 13: Libertad e igualdad ante la ley; artículo 47: Adelanto de una política de previsión, rehabilitación e integración social de personas con discapacidad; capítulo 54: Garantizar el derecho a un

trabajo acorde con las condiciones de salud; y capítulo 68: Erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales. (Asamblea Constituyente, 1991)

A medida que se reconocen los derechos de las personas con discapacidad, el Estado colombiano implementa diferentes normativas asociadas a aspectos como la salud (Ley 100 de 1993), que genera el Sistema de Seguridad Social Integral. Y, por otro lado, a nivel educativo (Ley 115 de 1994), que prevé la educación para personas con limitaciones y con capacidades excepcionales.

Por medio de la Ley 361 de 1997 se establecen mecanismos de integración social para las personas en situación de discapacidad, que se inspiran y fundamentan en los artículos ya mencionados de la Constitución Política. Como complemento, se pone a disposición la Ley 368 de 1997 por la cual se crea la Red de Solidaridad Social, el fondo de programas especiales para la paz y el fondo del Plan Nacional de Desarrollo Alternativo. En el artículo 11 de dicha ley se abordó la inclusión de las personas con discapacidad en los planes y en las funciones del Fondo de Paz; igualmente, en el artículo 12 se propuso la creación de programas de la red de solidaridad a poblaciones y personas con discapacidad. (Departamento Nacional de Planeación, 1995)

Con la Ley 352 de 1997 el Congreso de la República de Colombia reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. A nivel de recreación y deporte, con la Ley 582 del 2000 se establece el Sistema Deportivo Nacional de las Personas con Discapacidad y se crea el Comité Paralímpico Colombiano. En el 2002, con la Ley 762, se aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Siguiendo la misma línea, se emite el Documento CONPES 80 de 2004, como parte del Plan Nacional de Desarrollo 2003 – 2006, y que lleva por nombre “Política Pública Nacional de Discapacidad”. En el año 2007 se expide la Ley 1145, por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad, que se establece como una de las entidades más importantes para esta población.

Mediante la Ley 1098 de 2006 se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. En el artículo 36 establece los derechos de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad: “además de los derechos consagrados en la Constitución Política y en los tratados y convenios internacionales, los niños y adolescentes con discapacidad tienen derecho a gozar de una calidad de vida plena, y a que se les proporcionen las condiciones necesarias por parte del Estado para que puedan valerse por sí mismos, e integrarse a la sociedad”. A nivel cultural se encuentra la ley 1237 de 2008 la cual promueve, fomenta y difunde las habilidades, talentos y manifestaciones artísticas y culturales de la población con limitación física, psíquica o sensorial. (Congreso de Colombia, 2008)

Para el año 2009 Colombia ratifica su compromiso internacional con la Ley 1346 donde se aprueba la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad adoptada por la ONU, citada en el apartado sobre normativa internacional. En el mismo año (2009), con la Ley 1306, se dictan normas para la protección de personas con discapacidad mental y se establece el régimen sobre la representación, responsabilidades y funciones de los cuidadores, guardadores, consejeros y administradores de las personas con discapacidad.

Con la Ley 1275 de 2009, las personas con enanismo se declaran en condición de discapacidad y se establecen lineamientos de política pública nacional, con el fin de promover la inclusión social, bienestar y desarrollo. Por otro lado, garantizan el ejercicio pleno y efectivo de los Derechos Humanos y crean bases e instrumentos que les permitan participar de manera equitativa en la vida económica, cultural, laboral, deportiva, política, social y educativa. Con el Decreto 3951 de 2010 se reorganiza el Consejo Nacional de Discapacidad, que cuenta actualmente con representantes de diferentes discapacidades y territorios. Asimismo, se aprueba la Ley 1448 de 2011 que dicta las medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno que hacen parte de la población con discapacidad.

En el año 2013 con la Ley 1616 el Congreso de la República de Colombia expide la ley de salud mental. En ella se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos territorial y poblacional por etapa del ciclo vital. La Ley Estatutaria 1618 de 2013 tiene como función la adopción de medidas de inclusión y eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad en Colombia. Por otro lado, el Documento CONPES 166 de 2013 adopta la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013 – 2022, con el objetivo de "garantizar el goce pleno, y en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad". Para ello establece cinco ejes estratégicos: transformación de lo público, garantía jurídica, participación en la vida política y pública, desarrollo de la capacidad y reconocimiento a la diversidad. (Conpes, 2013).

La Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 estipula que "las personas con discapacidad son consideradas sujetos de especial protección por parte del Estado […] su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica". Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención (Artículo 11). Con la Ley 1752 de 2015, se modifica la Ley 1482 de 2011, para sancionar penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad. Por su parte con la Ley 1996 de 2019, se establecen las medidas específicas para la garantía del derecho a la capacidad legal plena de las personas con discapacidad mayores de edad, y al acceso a los apoyos que puedan requerirse para su ejercicio.

Por medio de la Resolución 583 del 2018 se implementa la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad – RLCPD. Esto con el fin de certificar, localizar y caracterizar a las personas con discapacidad; se adopta el anexo técnico denominado "Manual Técnico de Certificación y Registro de Discapacidad" que hace parte integral de este acto administrativo.

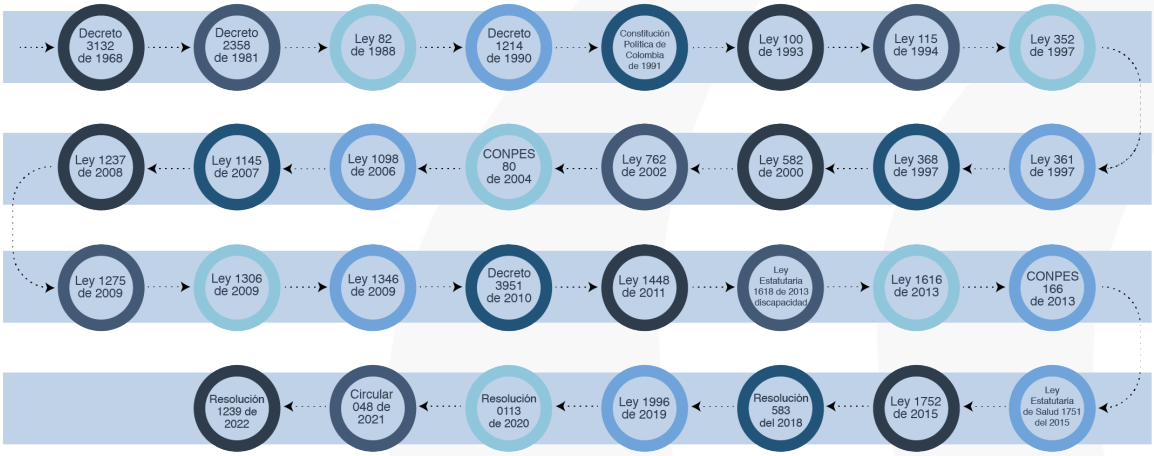
Con la Resolución 0113 del año 2020 se facilita el proceso de certificación y el registro de localización y caracterización de las personas con discapacidad (RLCPD) lo que contribuye a la igualdad de condiciones para la plena y efectiva participación en la sociedad. Mediante la circular 048 del 1 de octubre de 2021 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se presentan las orientaciones sobre la implementación del procedimiento de la certificación de discapacidad y el RLCPD para las instituciones prestadoras de servicios de

salud y los regímenes especiales y de excepción.

Con la Resolución 1239 de 2022 por la cual se dictan disposiciones en relación con el procedimiento de certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad, se encuentra contenido el anexo técnico denominado "Manual Técnico de Certificación y Registro de Discapacidad".

Vale la pena recalcar que la normativa declarada de forma internacional fue acogida y ratificada por el Gobierno Nacional, mediante el Congreso de la República, Corte Constitucional, Constitución Política y otras leyes expedidas a través de los años. Toda la normatividad citada, da cuenta de un país comprometido con la igualdad de oportunidades y garantías en la protección de los derechos de las personas con discapacidad.
(Ver figura 2).

Ilustración 2. Marco Legal Nacional sobre Discapacidad



En el empalme de la normativa nacional y, a partir de la evolución del concepto de discapacidad, se evidenció que los procesos se desarrollaban única y exclusivamente desde la rehabilitación funcional. Por lo tanto, el Ministerio de Defensa gestionó un nuevo proyecto de vida acorde con las realidades de las personas que adquirieron una discapacidad en su labor en la Fuerza Pública, e imparte el Decreto 1795 del 2000. Con este decreto se organiza el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Por su parte el Decreto 1796 del 2000 regula la evaluación de la capacidad psicofísica, disminución de la capacidad laboral, y aspectos sobre incapacidades, indemnizaciones, pensión por invalidez e informes administrativos por lesiones de los miembros de la Fuerza Pública. Para el año 2001 con el Acuerdo 002 se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial.

Con la Directiva Ministerial 23 en el año 2005 se da la directriz para crear la Política en Discapacidad dirigida al personal de la Fuerza Pública. Fue bajo el enfoque de rehabilitación integral, y a través de la directiva 110101 de 2006 que surgen las Unidades de Rehabilitación Integral (URIS) para capacitar y ubicar laboralmente al personal militar con discapacidad. Para su cumplimiento, se expide la Resolución 1434 de 2006, con la que se

aprueba la conformación del Área de Rehabilitación y Discapacidad y el Programa de Rehabilitación Militar.

Consiguiente con lo anterior en el 2009, con el CONPES 3591, se presentan los lineamientos y recomendaciones para desarrollar un Sistema de Rehabilitación Integral y sostenible orientado a los miembros de la Fuerza Pública en situación de discapacidad. Su objetivo fue abordar herramientas que favorecieran la autogestión de sus proyectos de vida. (Consejo Nacional de Política Económica y Social et al., 2009).

Asimismo, en el 2011 con la Ley 1471, que tiene como objetivo dictar normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, en su artículo número 3 expone la población beneficiaria por este sistema. Adicionalmente, la Ley de Beneficios 1699 de 2013, una iniciativa del Ministerio de Defensa orientada a mejorar la calidad de vida de los pensionados de la Fuerza Pública con discapacidad y los sobrevivientes de las Fuerzas Militares y Policía Nacional. Los beneficios incluían el acceso a créditos educativos y descuentos comerciales especiales. Con la Circular 336272 de 2013 se emiten los lineamientos de orden legal que se deben tener en cuenta en la prestación de servicios de salud a niños y adolescentes con discapacidad, y la improcedencia para brindar servicios de educación especial, en el desarrollo del Programa de Salud dirigido a esa población beneficiaria del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

Para adoptar y dar lineamientos generales sobre la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa, se dicta en el 2014 la Resolución 4584 y la Directiva Transitoria Nº DIR 2014-27. Con el Acuerdo 056 de 2014 se señala el Procedimiento General para la realización de los exámenes de revisión a pensionados por invalidez en el sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, SSMP.

Gracias al decreto 1381 del 2015 se modifica parcialmente la estructura del Ministerio de Defensa Nacional. Allí se crea la Dirección del Centro de Rehabilitación Inclusiva (DCRI) y una dependencia encargada del gerenciamiento del Centro de Rehabilitación Integral (CRI) cuya labor incluye el desarrollo y articulación del Sistema de Gestión del Riesgo y Rehabilitación integral, así como la ejecución del Modelo de Rehabilitación integral para la Fuerza pública. Adicionalmente, se establece la Directiva 406867 de 2016, que dicta lineamientos técnicos para dar curso al Acuerdo 059 de 2015, por medio del cual se establece la Política para la atención en salud de las personas con discapacidad, afiliados y sus beneficiarios al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional SSMP.

El “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad” se rige por la Ley 1955 de 2019 que en su artículo 248, amplía la población beneficiaria del proceso de inclusión en el Sector Seguridad y Defensa en la DCRI. Aquí se establece puntualmente que los beneficiarios de la fase de rehabilitación son los “miembros activos, retirados o pensionados de la Fuerza Pública con discapacidad, beneficiarios mayores de edad con discapacidad de los miembros de la Fuerza Pública, veteranos, miembros de la Fuerza Pública activos o retirados que accedan a la Jurisdicción Especial para la Paz (JEP), miembros de la Fuerza Pública que se encuentren en transición a la vida civil o en proceso de retiro, lesionados, víctimas militares y de policía, personal civil con discapacidad del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares, y personal no uniformado con discapacidad de la Policía

Nacional vinculados con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, que se encuentren en servicio activo o retirado de la institución, soldados regulares que hayan adquirido una discapacidad durante la prestación de su servicio militar obligatorio y, en general, poblaciones del Sector Seguridad y Defensa que requieran hacer parte del Modelo de Rehabilitación integral". Mediante la Ley 1979 de 2019 se conceden beneficios y proporcionan políticas de bienestar; además de reconocer, rendir homenaje y enaltecer la labor realizada a los veteranos de la Fuerza Pública.

Se establece el Acuerdo 070 de 2019 creando el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. También se constituyen los lineamientos generales para su implementación, desde la promoción y mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a los usuarios del SSMP. Por el Acuerdo 069 de 2019 emitido por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, se establecen políticas y lineamientos para la calificación de invalidez de los beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Con el Acuerdo 071 de 2019, el Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, fijan los parámetros para la integración, implementación y mantenimiento de los Sistemas de Gestión, en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Mediante el Decreto 2369 de 2019 se define el alcance y condiciones de acceso a planes y programas; y la Fase de Rehabilitación Inclusiva a los miembros de la Fuerza Pública, lo mismo que para los nuevos grupos poblacionales establecidos en el artículo 3 de la Ley 1471 de 2011, modificado por el artículo 248 de la Ley 1955 de 2019 del Plan Nacional de Desarrollo. Por otra parte, y con el fin de adoptar el procedimiento para la expedición de la certificación de discapacidad y el registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad en el Subsistema de salud de las Fuerzas Militares, se emite la Resolución 0941 de 2020.

De igual forma según la Resolución 1207 del 14 de octubre de 2020 se adoptan los lineamientos para asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares. Mediante la circular 0120009214402 de 2020, se actualizan los lineamientos técnicos para la atención de los niños y adolescentes con deficiencia/discapacidad física, auditiva, visual, sordoceguera, intelectual, psicosocial, mental y múltiple en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Por otra parte, mediante la Circular 13084 de 2020, se establecen los lineamientos técnicos para la implementación del Consentimiento Informado para personas con discapacidad.

Finalmente, el Decreto 1874 de 2021 modifica la estructura del Ministerio de Defensa Nacional, y crea la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva como una dependencia del Viceministerio de Veteranos y del Grupo Social Empresarial del Sector Defensa. Esta, con autonomía administrativa y financiera sin personería jurídica. Según el artículo 24 en el numeral 15 de este decreto, es función de la DIVRI proponer la actualización de la política de discapacidad del Sector Defensa y ejecutar la Fase de Rehabilitación Inclusiva, así como los planes y programas que de ella se derivan.

Ilustración 3. Marco Legal Ministerial sobre Discapacidad

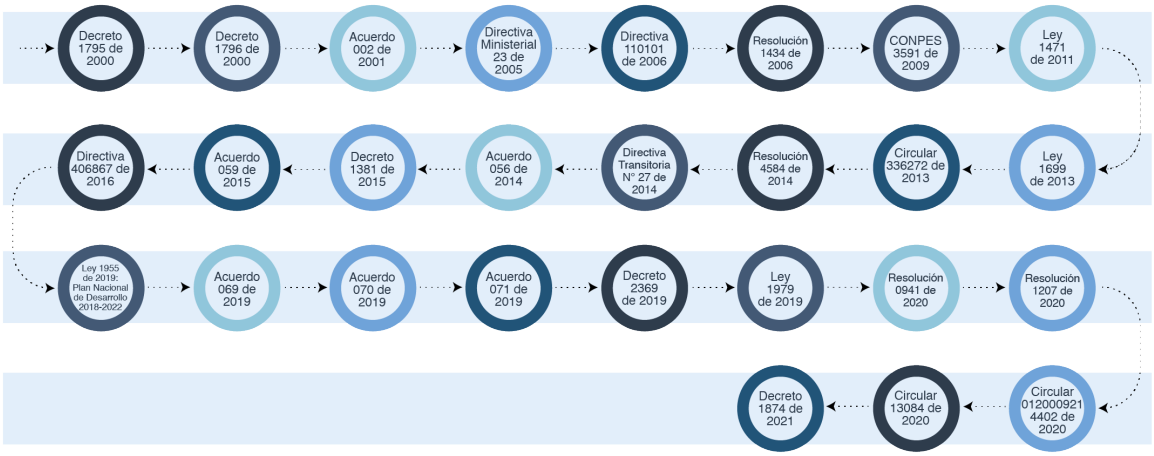
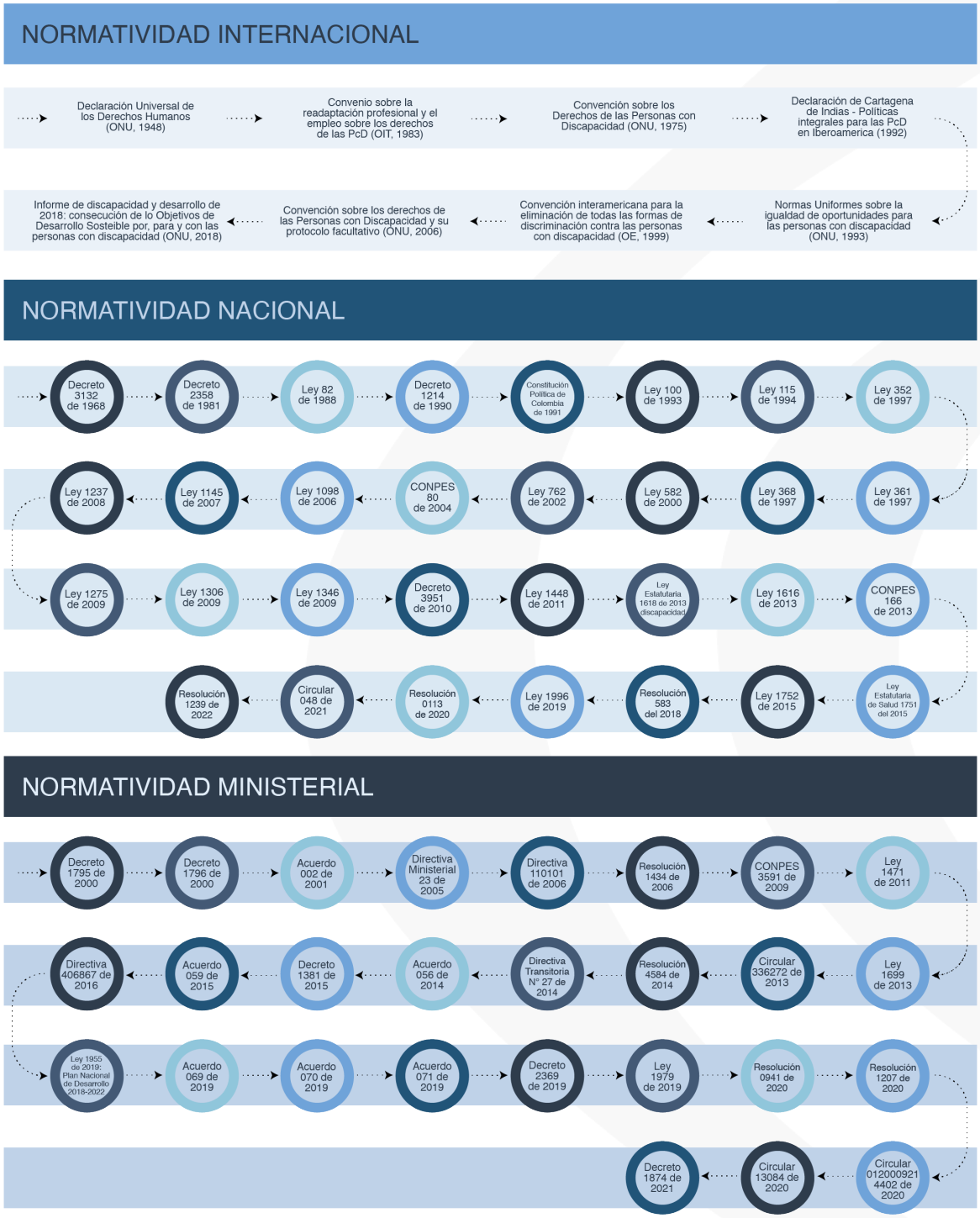


Ilustración 4. Marco Legal y Normativo



Capítulo 3. Principios rectores

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

Dignidad Humana y Corresponsabilidad:

Las personas con discapacidad deberán verse como agentes activos, y en calidad de miembros de sus respectivas sociedades, tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. Por tanto, todas las acciones que se tomen dentro del sector deberán ir encaminadas a fortalecer el respeto por sí mismo, y al mismo tiempo debe ser respetado y valorado por los demás. Es responsabilidad del Sector Seguridad y Defensa proveer las herramientas para que las personas con discapacidad del sector puedan tener el máximo nivel de independencia funcional posible dentro de la particularidad, y que cuenten con un nuevo proyecto de vida acompañado por sus familias.
Lo anterior, debe ir enlazado con un proceso de corresponsabilidad; en donde la persona, objeto de esta política, sea consciente de la importancia que tiene aprovechar eficiente y consecuentemente estas herramientas buscando el impacto que se desea sobre esta población9. El principio se traslada a los individuos activos y sus beneficiarios, y en sí a todas las personas que hacen parte del sector aún sin presentar discapacidad. Es decir, en la fase de previsión, prevención y protección, pues serán los principales responsables de adoptar los comportamientos adecuados para evitar una discapacidad como sujetos responsables y autónomos.

Accesibilidad, Igualdad de Oportunidades y no Discriminación:

La accesibilidad, equidad y el cubrimiento de la demanda en los diferentes bienes y servicios ofrecidos por el SGRRI, serán objetivos inherentes y superiores, para todos los programas que se desarrollen con base en esta política. Todo ello en concordancia con los principios que rigen la Ley 1346 de 2009 y la Ley Estatutaria 1618 de 2013, por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2006. Asimismo, independientemente del grado, género o condición socioeconómica de la PcD, se les deberá garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a las herramientas para desarrollar un nuevo proyecto de vida.

Visión Holística e Integralidad de la Discapacidad:

El ser humano puede tener ventajas y limitaciones en cada uno de los ámbitos y esferas en que desarrolla su vida. Por este motivo, 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 sin olvidar, el aspecto funcional, psicológico y profesional, entre otros. Siguiendo este orden de ideas y de la mano con el nuevo paradigma de la discapacidad, es importante ver a la PcD de forma integral puesto que, el conjunto de elementos que conforman la integralidad humana le aporta al individuo características que le permiten existir y actuar en escenarios propios del desarrollo humano.

Enfoque Diferencial / Reconocimiento a la Diversidad:

En el reconocimiento de las múltiples dimensiones de la PcD y bajo el enfoque de derechos humanos y diferencial, “las políticas públicas contemporáneas son un imperativo ético en razón a que grupos históricamente excluido por su participación o modo de vida, etnia, sexo, identidad de género, ciclo vital y discapacidad, reivindican hoy el ejercicio de una ciudadanía desde el reconocimiento y la redistribución, desde la libre escogencia de llevar el tipo de vida de acuerdo a sus preferencias y capacidades; lo que ha gestado procesos de autoafirmación frente a la opción de ser distinto, de ser diferente, sin perder la capacidad de disfrutar y participar de las demás opciones humanas. Es decir, el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos en la escena política y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (Baquero, M., 2009). La presente política, provee los principios genéricos para la rehabilitación, siendo este diferente para cada individuo. En ella se consideran factores como el origen de la lesión, habilidades y capacidades; expectativas, contexto familiar, género; y condición socioeconómica, entre otras. Por tanto, se debe orientar la atención y la asistencia a las personas con discapacidad desde la perspectiva y enfoques de los derechos humanos y sociales, y desde la particularidad de los tipos de discapacidad. Así, se generan respuestas diferenciadas para la accesibilidad y la inclusión social de las personas en la vida política, económica, social, cultural y ambiental.

Interrelación Sistémica:

Para engranar cada uno de los eslabones de la presente política es necesario interrelacionarlos sistémicamente abordando todas las esferas del ser humano. Más que la suma de elementos es el conjunto de estos que se encuentran en interacción de forma integral y producen nuevas cualidades con características diferentes cuyo resultado es superior al de los componentes que lo forman y provocan un resultado de calidad (Rosell P., 1989). El éxito del proceso integral de rehabilitación y del SGRRI depende de las interacciones y las relaciones entre las tres fases que lo contiene y el contexto donde se desarrollan las PcD del Sector Seguridad y Defensa.

Enfoque en la Prevención y Previsión:

Esta política representa la importancia de disminuir los efectos nocivos de adquirir una discapacidad. Sin embargo, la principal prioridad será evitar que estos riesgos se materialicen y deriven, efectivamente, en una discapacidad para el Sector Seguridad y Defensa. Más allá del cambio de paradigma en el tema de la rehabilitación integral, parte del objetivo de esta política es el fortalecimiento de los procesos en las fases de previsión, prevención y protección, contempladas en fase 1. La idea es evitar afectaciones al personal y tener que atravesar estas fases en lo concerniente a la rehabilitación funcional y la Fase de Inclusión Familiar, Social y Laboral, ante los riesgos que conllevan a la discapacidad. El objetivo de este enfoque, en el Sector Seguridad y Defensa, es, por tanto, crear una cultura de prevención y conciencia, la cual permita adoptar conductas, actitudes responsables y respetuosas por la protección a la vida, autocuidado y entorno. Esto implica una actitud colectiva de procesos continuos y participativos, donde cada integrante del Sector Seguridad y Defensa sea capaz de cambiar situaciones amenazantes que coadyuvan con

la dinámica social en los procesos de desarrollo. Se trata de fomentar actitudes coherentes, tanto, en las decisiones como en la práctica de sus acciones.

Adaptabilidad:

El comportamiento de la discapacidad en los últimos años ha cambiado sustancialmente en el Sector Seguridad y Defensa. Esto se debe a fenómenos como el conflicto armado, proceso de paz en Colombia, contexto tecnológico y avances en políticas públicas. Todos ellos, son factores que han generado cambios significativos en el origen de la discapacidad; sin embargo, persisten secuelas del conflicto armado. Además, las primeras causas en el Sector Seguridad y Defensa que originan discapacidad son los accidentes de tránsito y las agresiones, donde interactúan factores humanos y ambientales que, en tanto son hechos irresponsables e intolerables, cambian drásticamente las acciones de prevención y protección. Por tanto, es trascendental que todo el SGRRI esté a la vanguardia de cada uno de estos temas para identificar los cambios en el contexto que puedan impactar las necesidades de todo el sector en general. Esto, con el fin de desarrollar estrategias que den solución a las necesidades, y cumplan los estándares actuales con los que se pueda adaptar ampliamente a dichos cambios.

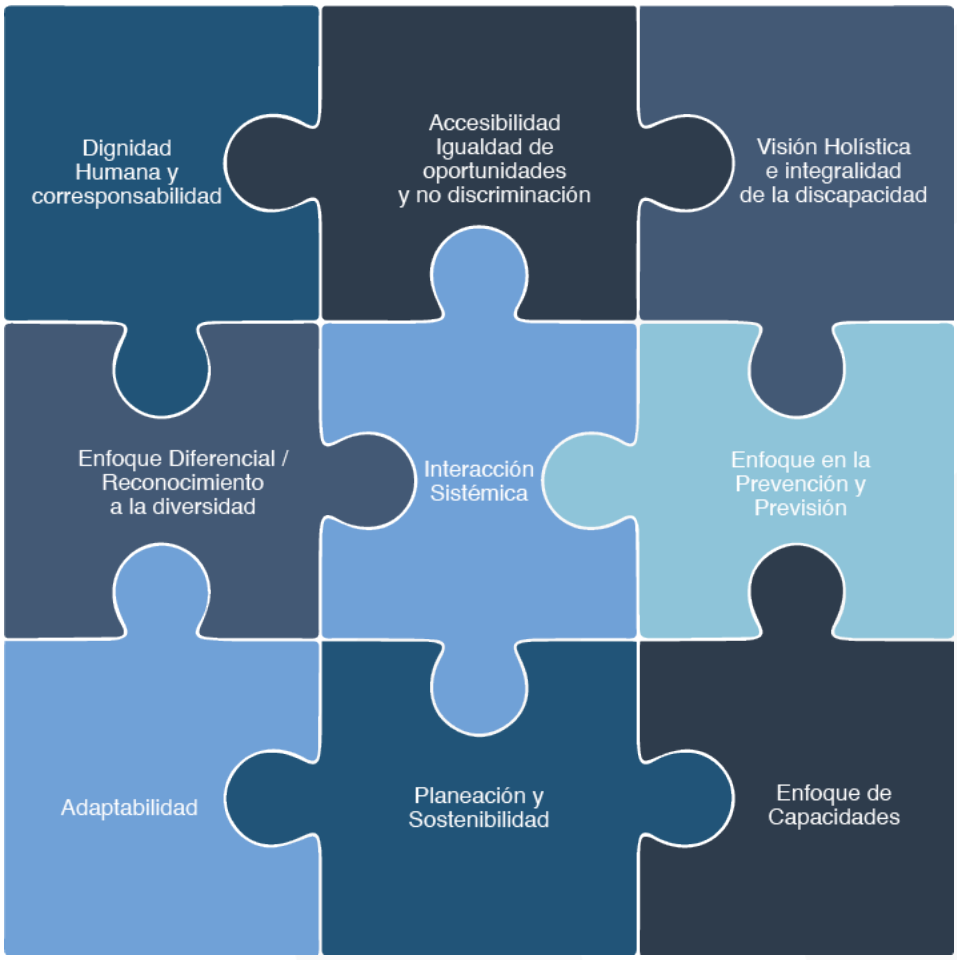
Planeación y Sostenibilidad:

Esta política enfatiza en la importancia de la rehabilitación integral como proceso permanente, donde la persona puede acceder a diferentes servicios a lo largo de su vida. Por este motivo, el diseño e implementación de las estrategias derivadas de esta política deben 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 objeto, así como de las tendencias que podrán generar cambios en la misma. Con el fin de prestar los servicios en cada fase, será imprescindible llevar a cabo el análisis costo efectividad para las posibles combinaciones de recursos. 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 lo requieran.

Enfoque de Capacidades:

El enfoque de las capacidades propone como criterio para hacer justicia a todos los seres humanos el respeto por su dignidad. Cada persona debe ser tratada como digna de atención dando las herramientas que le garanticen las condiciones adecuadas de vivir en forma realmente humana. Lo anterior promueve por medio de la educación sentimientos y actitudes morales que fortalecen los motivos para unirnos con otras personas, sobre la base de que son efectivamente capaces de hacer y ser. Es así como el Sector Seguridad y Defensa, SGRRI y la sociedad tienen el deber de lograr que las personas alcancen todas las capacidades. Es preciso que siempre se tenga cuenta la posibilidad de desarrollar todo el espectro hasta el nivel que permita su condición, y disfrutar de tanta libertad e independencia como sea posible.

Ilustración 5. Principios Rectores.



Capítulo 4.
Objetivos

Sistema Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral que contempla las acciones de prevención, rehabilitación e inclusión.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Fase 1:

1. Fomentar una cultura de prevención que favorezca ambientes cotidianos saludables, e incentive la práctica de comportamientos seguros de las personas del Sector Seguridad y Defensa, reduciendo así el riesgo de presentar situaciones que generen disminución o pérdida de la capacidad laboral o discapacidad.

Fase 2:

1. Favorecer la Atención Integral en Salud para las personas con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa con las que se potencialicen capacidades tendientes a lograr niveles de independencia, funcionalidad y autonomía como parte del proceso integral.

Fase 3:

2. Promover las acciones de Inclusión Familiar, Social y Laboral en las personas con discapacidad, que permitan alcanzar niveles de participación en los diferentes escenarios sociales y el pleno goce de sus derechos teniendo en cuenta las necesidades individuales.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Defensa

Capítulo 5.
Fases del **Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral SGRRI**

Con el fin de dar cumplimiento al objetivo general y a los objetivos específicos ya enunciados, se estructura el Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral SGRRI en tres fases. Cada una de ellas tiene como fin favorecer el proceso integral de atención a las PcD de la Fuerza Pública que va desde la prevención hasta la inclusión social.

Fase1: Previsión, prevención y protección
Fase 2: Atención integral en salud
Fase 3: Inclusión familiar, social y laboral

5.1 FASE 1: PREVISIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

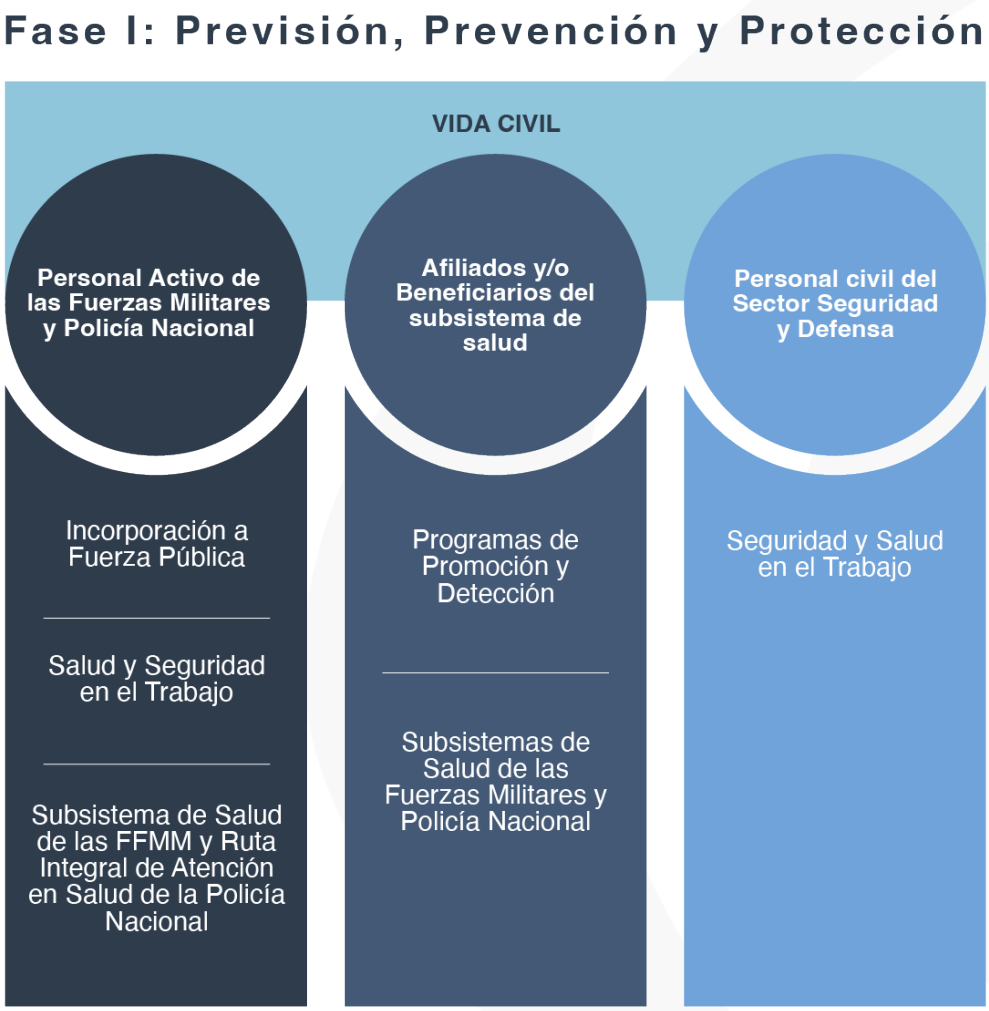
El objetivo principal es disminuir en los miembros del Sector Seguridad y Defensa los niveles de riesgo a presentar situaciones que deriven una disminución o pérdida de capacidad laboral y/o discapacidad, y si esta llegase a presentar, reducir su gravedad, impacto y secuelas tras su desarrollo.

Por tal razón, esta fase se orienta hacia la creación de estrategias encaminadas a promover ambientes cotidianos sanos y adecuados, así como a favorecer la adquisición de comportamientos seguros en los integrantes del sector. Lo anterior con el fin de disminuir factores de riesgo que se identifiquen y que puedan ser potencial desencadenante de una situación que genere discapacidad (prevención primaria).

Además, busca promover el bienestar físico y mental de los integrantes del Sector Seguridad y Defensa; el cual cobija a los miembros de la fuerza pública, sean estos activos, retirados, pensionados, beneficiarios de los servicios activos al sistema de salud de las Fuerzas Militares, Policía Nacional, personal civil del Sector Seguridad y Defensa. El

decreto 1214 de 1990, bajo el régimen de la Ley 100 tuvo la posibilidad de escoger el Subsistema de Salud FF.MM.
A continuación, se enumeran algunas de las acciones y principales líneas de trabajo contempladas:

Ilustración 6. Fase 1 Previsión, Prevención y Protección



5.1.1 Previsión

Realizar acciones de previsión permite anticiparse con soluciones a situaciones que puedan presentarse en los escenarios donde las personas del Sector Seguridad y Defensa se desenvuelven. Por tanto, es importante que el sector cuente con estrategias, por un lado, de identificación y detección de eventos o factores de riesgo que conduzcan a una discapacidad y; por otro lado, con estrategias de tipo individual, familiar e institucional que mitiguen estos factores para el bienestar e integridad de la salud física y mental. Dichas estrategias deben dirigirse a las necesidades de la población del sector, es decir, uniformados activos, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional acogidos en el Decreto 1214 de 1990, afiliados del sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, buscando la promoción y autocuidado efectivo de la salud. Entre las acciones de previsión se contemplan las siguientes:

Prueba del proceso de incorporación:

Este apartado de la fase 1 solo aplica para aspirante a ingresar a las fuerzas militares y Policía Nacional en cualquiera de sus modalidades, con el fin de conocer si cumple o no con los requisitos psicofísicos establecidos por la Ley y la Reglamentación vigente para la incorporación del personal. No aplica para personal retirado, pensionado ni sus beneficiarios. En este proceso de incorporación, las pruebas psicofísicas son entendidas como “el conjunto de habilidades, destrezas, atributos y potencialidades de orden físico y psicológico que deben reunir las personas para los eventos de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, deberá ser realizada por el ente responsable idóneo y encargado en cada una de las fuerzas siguiendo los protocolos establecidos para tal fin”. En todo caso, las evaluaciones deben estar orientadas y centradas en las capacidades individuales de cada uno de los usuarios ofreciendo una visión integral, que ayuda en la toma de decisiones bajo los criterios de apto, aplazado y no apto. Para ello, es vital que los profesionales de las direcciones de sanidad de cada una de las fuerzas cuenten con una formación actualizada. Ello permitirá a los interesados una evaluación psicofísica especializada y una solución a sus necesidades de acuerdo con los eventos contemplados en el artículo 1,3 y 4 del decreto 1796 del 2000 en el sector.

Mapas de Riesgos:

Se hace necesario contar con herramientas basadas en los sistemas de recolección de información, identificando las actividades o procesos sujetos a riesgo; cuantificando la probabilidad de estos eventos y midiendo el daño potencial, asociado a su ocurrencia, en determinados ambientes cotidianos. En otras palabras, se debe velar por identificar de manera ordenada los elementos que amenazan la integridad de la persona (herida, enfermedad o lesión en actividades propias del Sector Defensa en relación con el servicio) y los determinantes que lo vuelven más vulnerable en el ejercicio de sus actividades en la vida diaria. Con ello se espera poner en consideración todos los parámetros sobre los cuales se deberán ejercer las acciones de prevención y protección.

Redes Institucionales:

Por otro lado, es vital que todas las personas que hacen parte del Sector Seguridad y Defensa, y que son objeto de esta política, conozcan los procesos y las diferentes entidades disponibles para su apoyo en caso de que adquieran una situación que desencadene disminución o perdida de la capacidad laboral o discapacidad. Esto teniendo en cuenta que aún existe en el sector poca comprensión de las rutas institucionales que se ofrecen como soporte, lo que hace perdurar el estigma inadecuado sobre el apoyo ofrecido, lo que en ocasiones lleva a que el personal acuda a mecanismos de protección de derechos sin seguir la ruta adecuada.

Un primer paso será llevar a cabo un mapeo de los beneficios. Estos deberán ser difundidos a través de cursos impartidos desde las escuelas de formación con la participación de los demás actores de esta fase. En ellos se conocerá la materialización del riesgo y el esquema institucional dispuesto en caso de que adquieran una discapacidad. De igual forma, se contará con la articulación para el desarrollo y socialización de la ruta de atención, materializada en las tres fases de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa a cargo del Grupo articulador del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral.

Autocuidado y Promoción de Salud:

La previsión de los riesgos latentes en la discapacidad parte de las acciones que los individuos practiquen en su diario vivir. Esto con el fin de mantener su estado de salud y evitar la aparición de enfermedades o accidentes que desencadenan una discapacidad. El proceso es voluntario y depende de las decisiones o acciones que se tomen para promover la práctica de hábitos y estilos de vida saludables en los entornos familiares, educativos, laborales y sociales. Es deber del individuo practicar conductas y comportamientos seguros que beneficien su salud física y mental.

Por otra parte, el autocuidado requiere de ciertos conocimientos frente a una alimentación saludable, actividad física diaria necesaria, uso adecuado del tiempo y el mantenimiento de una óptima salud física y mental. Es allí donde los actores del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral, que hacen parte de la fase 1, apoyarán el desarrollo de programas orientados a fortalecer las competencias de la persona, la familia y la comunidad para el autocuidado y la identificación de los riesgos que producen discapacidad.

5.1.2. Prevención

La Organización Mundial de la Salud en 2004, define como prevención en discapacidad “la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales (prevención primaria) o a impedir que las deficiencias, cuando se han producido, tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas”. Allí se realizarán todas las acciones educativas enfocadas en minimizar la posibilidad de los riesgos o condiciones específicas a los que está expuesta la persona. Estas acciones de prevención se desarrollarán desde varias perspectivas, y a través de acciones educativas lideradas por los actores del SGRRI de fase 1; quienes, desde su escenario de acción, mitigarán situaciones que desencadenan una discapacidad.

Acciones Educativas:

Es necesario contar con estrategias metodológicas que proporcionen el desarrollo de actividades formativas para facilitar el aprendizaje, conocimiento y sensibilización en temas de prevención hacia la discapacidad. Con la intención de promover una cultura basada en el análisis y mitigar situaciones que puedan generar discapacidad, es importante la identificación de riesgos presentes en los escenarios donde se desenvuelve y la ejecución adecuada de comportamientos seguros.

En esta parte tendrán que jugar un papel importante los Comandos, Jefaturas de Educación y Doctrina de cada una de las Fuerzas, así como la Dirección de Educación Policial y los demás actores de fase 1 (Ver Anexo 3). Con estos actores se llevarán a cabo las modificaciones necesarias de las mallas curriculares en la consolidación de comportamientos seguros dentro de la formación. En particular, deberán incluir en todos los niveles, módulos de formación en gestión del riesgo en discapacidad. Para esto, se tiene en cuenta su comportamiento en el sector y la incidencia de las causas de accidentes que se presentan, y que pueden desencadenar una discapacidad.

Prevención de Enfermedades Mentales:

Por último, se deberán fortalecer las pruebas y evaluaciones para el ingreso de personal, así como los programas de salud mental a cargo del SSFM y PONAL. Lo anterior, puesto que es importante fortalecer los factores protectores relacionados con los problemas de salud mental. Para ello se deberá partir de un diagnóstico acertado, que identifique oportunidades de mejora, particularmente en la capacitación del personal que presta asistencia psicológica, así como en el diseño e implementación de protocolos más rígidos aplicados al personal que se encuentre en alto riesgo. Estas acciones también se deben enfocar en la reducción de los factores de riesgo psicosociales o la identificación de los marcadores biológicos que llevan a que se desarrolle una enfermedad mental.

5.1.3. Protección

Este nivel de intervención se refiere a las acciones dirigidas a salvaguardar la salud, mediante elementos de protección personal. Es decir, equipos destinados a ser portados por personal del Sector Seguridad y Defensa para que le proteja de los riesgos que puedan amenazar su seguridad o salud en el trabajo. De igual modo, cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin que actúe sobre los riesgos presentes en su entorno y a los agentes presentes en el medio que puedan afectar su bienestar físico, mental o social. Es importante realizar seguimiento efectivo del cumplimiento de las normas vigentes, el uso adecuado de los equipos y material que resguarde el riesgo latente, actualizando y determinando los requerimientos específicos de acuerdo con el análisis de las áreas y entidades del sector.

Desarrollo de Nuevos Elementos de Protección:

El Sector Seguridad y Defensa se deberá regir por los principios establecidos en el marco de la Política de Ciencia, Tecnología e Innovación para el Sector, dando un rol especial a la educación en comportamientos seguros para la introducción de nuevos elementos de protección. Por este motivo, será fundamental la participación de expertos en temas de elementos de protección personal. Ellos podrán aportar una visión real de las restricciones para la utilización de los determinados equipos, garantizando comodidad y confort, según las necesidades particulares. Todo esto, con el fin de velar porque el elemento se adapte a la persona. Dichos elementos deberán ir acompañados de campañas de concientización sobre los daños que estas pueden evitar, así como mecanismos de sanción cuando no sean utilizados, todo ello con el fin de generar los incentivos adecuados para que tengan un impacto real sobre nuestra población.

Tabla 1: Lineamientos de la Fase 1 del SGRRI

FASE 1 PREVISIÓN, PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN			
TEMAS	**ÁREAS DE INTERVENCIÓN**	**LINEAMIENTOS**	**RESPONSABLE**
PREVISIÓN	Pruebas del proceso de incorporación	Garantizar el cumplimiento de los procesos contando con los recursos económicos suficientes, adecuados y con recursos humanos con altos estándares de calidad, y con las competencias necesarias para realizar acciones orientadas a las necesidades reales de cada una de las Fuerzas y del Sector.	Comando de Personal Ejército Nacional - Comando de desarrollo Humano FAC - Talento Humano Armada Nacional- Jefatura Nacional de Desarrollo Humano de Policía Nacional - Direcciones de Incorporación de la Fuerza Pública con apoyo de las Direcciones de Sanidad y Grupos de Medicina Laboral, según corresponda.
		Estandarizar pruebas psicofísicas de tal forma que permitan evidenciar la existencia real de una limitación o discapacidad, o de algún factor de riesgo que podría desencadenar a corto, mediano y largo plazo. Todo ello con el fin de realizar un proceso adecuado y con la información necesaria y oportuna de vinculación con las Fuerzas.	
		Garantizar que los profesionales tengan la competencia y experticia adecuada, así como una actitud positiva y empática que permita un trato inclusivo con las personas en la aplicación y desarrollo de las pruebas; al igual, que se mantengan actualizados en nuevas tendencias y técnicas de acción, de tal manera que respondan por la adecuada incorporación del personal militar y policial, identificando eficientemente los factores de riesgo de las personas que puedan desencadenar en una discapacidad.	
		Propender por la Unificación y estandarización de procedimiento de la prueba psicofísica en cada una de las fuerzas.	
	Elaboración de Mapas de Riesgo	Elaboración de mapas de riesgos como herramienta de análisis esencial que identifique zonas o situaciones de mayor o menor riesgo frente a la adquisición de una deficiencia que genere disminución o perdida de la capacidad laboral y discapacidad. Dichos mapas deberán ser actualizados identificando áreas prioritarias y amenazas según lo reportado. De igual manera, se debe contar con equipos profesionales interdisciplinarios con las competencias necesarias para desarrollar esta acción.	Jefatura Nacional de Desarrollo Humano de Policía Nacional - Comando de Personal Ejército Nacional - comando de desarrollo Humano FAC Talento Humano Armada Nacional

	Autocuidado y salud	Generar prácticas de autocuidado a través de la sensibilización en la importancia de la responsabilidad propia de la salud física y mental. Diseñar acciones ante el cumplimiento e incumplimiento del autocuidado en la población. Generar programas orientados a fortalecer las capacidades de la persona, familia y comunidad en el autocuidado y en la identificación de los riesgos que producen discapacidad.	Todos los actores de fase 1 del SGRRI
PREVENCIÓN	Estrategia de comunicación en prevención de la discapacidad	Actualizar, generar estrategias de comunicación y sensibilizar con acciones que favorezcan una cultura de inclusión y respeto hacia temas relacionados con la discapacidad, buscando los canales adecuados a través de las dependencias encargadas para poder difundir, promocionar y socializar la información en todo el Sector.	Todos los actores de fase 1 del SGRRI
	Acciones Educativas	Generar estrategias de comunicación y sensibilización con acciones para recordar la importancia del autocuidado en todos los ámbitos de la vida. Favorecer la capacidad de elegir libremente la forma segura de vivir, conociendo los Factores de Riesgo que puedan afectar su desempeño y fomentando la Cultura de la Prevención. Siendo esta la base sobre la cual cada persona adopta conductas seguras y contribuye con su propio cuidado. Buscar los canales adecuados a través de las dependencias encargadas para poder difundir, promocionar y socializar la información en todo el Sector.	Todos los actores de fase 1 del SGRRI
	Prevención de Enfermedades Mentales	Realizar diagnósticos periódicos de las necesidades reales del sector para identificar y caracterizar los trastornos o enfermedades mentales y de esta manera poder orientar adecuadamente los procesos.	Todos los actores de fase 1 del SGRRI
		Implementar procesos de formación periódicos efectivos dirigidos a los profesionales o personal de la salud y/o aquellos vinculados con estos procesos, con el fin de actualizar permanentemente sus conocimientos y enfocarlos hacia las nuevas tendencias.	
		Diseñar e implementar una ruta y líneas de atención institucionales establecidas para la prevención de enfermedades o trastornos	

		mentales, así como su seguimiento constante para evaluar tendencias y aplicar los planes de mejora pertinentes y adecuados que favorezcan la adherencia de los usuarios al programa.	
		Contar con un equipo interdisciplinario idóneo y con competencias necesarias que favorezcan procesos efectivos de detección temprana de enfermedades y trastornos mentales que puedan interferir en el buen desempeño de acciones propias de cargos.	
PROTECCIÓN	Desarrollo de nuevos elementos de protección	Garantizar la existencia de un comité tecnológico y científico que permita fortalecer los procesos de investigación en materia de prevención de riesgos que puedan llevar a adquirir una lesión o discapacidad. De igual manera, realizar seguimiento a los protocolos de prueba de los elementos de protección para los actores del Sector Defensa, con el fin de asegurar su adecuado uso e implementar acciones que permitan prevenir riesgos a largo plazo.	Todos los actores de fase 1 del SGRRI
		Implementar protocolos de prueba y seguimiento a los elementos de protección personal, así como las guías de uso y calidad. Garantizar que todos los actores del sector cuenten con elementos adecuados y suficientes para el ejercicio propio de los cargos. Asimismo, disponer con equipos que posean las competencias adecuadas para ordenar, guiar y crear el material necesario que respalde cada una de las acciones.	

5.1.4 Seguimiento y Evaluación

El grupo articulador del Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral será el encargado de realizar el continuo análisis del comportamiento de la discapacidad en el Sector Seguridad y Defensa, con el apoyo de todos los actores del SGRRI. Dicho análisis será la fuente para identificar el origen de sucesos o accidentes que desencadenan discapacidades en la fuerza pública. Esto con el fin de plantear estrategias y lineamientos que erradiquen o mitiguen los riesgos de accidente y que, a su vez, favorezcan la atención integral oportuna en todas las fases.

Tabla 2: Seguimiento y Evaluación de la Fase 1 del SGRRI

NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FRECUENCIA	FUENTE	REPORTA	OBSERVACIONES
Acciones Educativas en Promoción de la Salud, Prevención de Riesgos y Autocuidado	Número de personas impactadas en sesiones educativas/ Número total de Población de la Fuerza Pública	Anual	Listado de asistencia, actas de capacitaciones e informes de gestión	Todos los actores de fase 1 del SGRRI	Clasificar así: Masculino Femenino
	Número de sesiones educativas realizadas para la población de la Fuerza Pública.	Anual	Listado de asistencia, actas de capacitaciones e informes de gestión		Todas las actividades de IEC y campañas que contribuyan con la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y prevención de discapacidad.

5.2 FASE 2: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD

Para los propósitos de esta Política, se tomará como fase de Atención Integral en Salud aquellas acciones de promoción, detección temprana, protección específica, educación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en todos los momentos del curso de vida de los usuarios activos en el subsistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Teniendo en cuenta lo anterior, el apartado 6,2,1 de esta fase se refiere exclusivamente al personal activo herido en el área de operaciones y a la activación de los protocolos de atención prehospitalaria y de atención en salud operacional. Estos se encuentran contemplados en el Sistema Integrado de Atención, Evacuación y Traslado Médico de las Fuerzas Militares (en adelante SIATEM) y los parámetros Institucionales del Grupo Búsqueda y Salvamento Dirección de Antinarcóticos (en adelante C-SAR) de la Policía Nacional. Los siguientes apartados relacionan a los afiliados activos del sistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, que requieran de atención en los Establecimientos de Sanidad Militar y Policial de origen primario y complementario.

Ilustración 6. Fase 2 Atención Integral en Salud

Fase II: Atención Integral en Salud

5.2.1. Atención para el Control del Daño Primario Prehospitalario

La atención y el tiempo de extracción que brinda el primer respondiente en el área de operaciones durante el periodo de oro, son factores fundamentales que disminuyen las complicaciones, secuelas y posibilidades de éxito o de fracaso de la rehabilitación funcional futura. Es de vital importancia garantizar la difusión y conocimiento de protocolos, guías y ruta integral de atención existente a todos los miembros del sector que hagan parte del Sistema de Salud Militar y Policial SSMP. Igualmente, el seguimiento y actualización que permitan el desarrollo de planes de mejora para favorecer la orientación adecuada y pertinente de las acciones dando respuesta a las necesidades y tendencias. Los siguientes aspectos serán fundamentales para los actores que participen en esta fase:

Enfermeros y Botiquines:

Se debe garantizar la capacitación del primer respondiente de acuerdo con los estándares internacionales en el territorio nacional, para ello será necesario realizar jornadas de capacitación, entrenamiento y reentrenamiento. Lo anterior estará bajo la responsabilidad de cada una de las Direcciones Nacionales de Escuelas de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, articulados con las áreas de Talento Humano que favorezca la ubicación y cumplimiento de las acciones de los enfermeros de combate acorde con las necesidades operacionales. Igualmente, es de vital importancia realizar actualización, renovación del suministro y dotación de botiquines tanto de enfermeros militares como de los medios aéreos, terrestres y marítimos de evacuación, la cual deberá ser asumida por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Adicionalmente, las Direcciones y jefaturas de Sanidad según el caso, serán las encargadas de reabastecer permanente estos insumos y medicamentos pertinentes para la atención.

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 y de su posterior remisión a niveles complementarios. Asimismo, será importante mejorar las condiciones de este desplazamiento para evitar que el herido sufra graves secuelas. De esta manera, se evita que el personal encargado se exponga a riesgos innecesarios. Con tal motivo es fundamental contar con información objetiva para la trazabilidad y la rendición de cuentas a cada eslabón de la cadena de evacuación, según los protocolos de atención prehospitalaria y en Salud Operacional contemplados en el SIATEM y los parámetros Institucionales del C-SAR de la Policía Nacional. Además, deberán responder por su cumplimiento y actualización, teniendo en cuenta los principios de flexibilidad y modularidad de la metodología de planeación por capacidades.

Finalmente, la asignación de recursos, las capacitaciones y entrenamientos del personal (soporte vital básico, prehospitalario y de atención avanzada en trauma, entre otros) dedicado a esta tarea, así como la ejecución de los programas de sensibilización-socialización de dichos protocolos y la estructura organizacional que lo soportará deberá ser coherente con el volumen y el tipo de operaciones que debe realizar cada una de las

Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Para esto, será de vital importancia la información provista en la geo-referenciación de sus necesidades operacionales, determinando la demanda real que tendrán que cubrir los prestadores primarios, complementarios y la red externa disponible. Las instancias que desarrollan los procesos de capacitación como actores activos del SGRRI informarán acciones realizadas al grupo articulador del Sistema de Gestión del Riesgo y Rehabilitación Integral, a fin de fortalecer y complementar procesos en pro del bienestar de los usuarios que presten los servicios como primer respondiente.

5.2.2. Atención Prestadores Primarios y Complementarios

Una vez los pacientes son trasladados o ingresan por cuenta propia a un establecimiento primario o complementario para iniciar un proceso médico acorde a las necesidades requeridas, se inicia la atención integral en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación, según las necesidades individuales en Hospitales, establecimientos de Sanidad Militar y Policial. De ser necesario en otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la red externa, los establecimientos trazarán programas de sensibilización, formación de resiliencia, empatía y otras temáticas según la necesidad y, en coordinación y articulación permanente con las direcciones de sanidad. Esto permite tener nuevos elementos de atención, versatilidad en los servicios, así como un amplio directorio de convenios, alianzas y redes de apoyo que permitan el acceso oportuno y variado en servicios, información sobre rutas de atención, participación familiar, entre otros elementos significativos de la atención. Para ello se implementarán tres nuevas estrategias en esta fase, que serán descritas a continuación:

Equipos Interdisciplinarios:

En los diferentes momentos de la atención médica, quirúrgica y rehabilitación se deben tomar decisiones importantes que pueden tener impacto en el futuro proyecto de vida de la PcD. Por este motivo, se buscará que estas elecciones sean consideradas por el paciente y el familiar que cumpla el rol de cuidador, en articulación con el equipo interdisciplinario que se le asigne cuando se requiera y según necesidades individuales de los usuarios, y contará con personal idóneo en salud y rehabilitación funcional. Es necesario tener una acción coordinada y responsable de todos los miembros del equipo. Se debe tener en cuenta que se encuentran en los establecimientos de sanidad primarios y complementarios con el fin de fomentar la salud y calidad de vida de la población y no solo en la recuperación de la enfermedad o situación que pueda generar discapacidad.

Empoderamiento y Corresponsabilidad de las Familias y el Cuidador:

La participación de la familia es valiosa en todo el proceso integral, apoyando las decisiones que se tomen y previendo las responsabilidades que tendrán como cuidadores. El equipo interdisciplinar mantendrá constante articulación con el cuidador o familiar quien asume un rol importante de corresponsabilidad a la hora de tomar decisiones, con el propósito de obtener el mayor beneficio para la PcD. Es primordial que los equipos interdisciplinarios busquen la participación de la familia o cuidador para poder desarrollar acciones que contribuyan al desarrollo integral dentro de los ámbitos personal, familiar y comunitario. Para ello, se brindarán capacitaciones sobre el manejo y cuidado de las PcD con su respectivo seguimiento, según necesidades de cada usuario. Lo anterior, con el fin de fortalecer de manera permanente las competencias del cuidador, que garanticen la autonomía e independencia de la PcD. Además, se brindará apoyo emocional al cuidador o familiar, mediante programas psicosociales que faciliten el enfrentamiento a los retos asociados con su función, y es corresponsabilidad de la familia asistir y participar

activamente de estos programas, capacitaciones y asesorías que el equipo brinde.

Los enlaces de cada Fuerza Militar o Policía Nacional junto con las Direcciones de Familia y Bienestar o sus equivalentes propenderán por gestionar apoyo para contribuir con el desplazamiento o alojamiento hacia el Establecimiento de nivel complementario, cuando el paciente es trasladado o debe recibir atención integral en salud en otras ciudades y cuente con el acompañamiento de su cuidador. De esta manera, se establecen lazos de apoyo y cooperación interinstitucional, permitiendo a los afiliados y beneficiarios que, por tratamientos médicos u otras situaciones de calamidad, puedan acceder a instituciones donde brinden hospedaje con todos los servicios básicos.

Planeación y Sostenibilidad:

Es importante la articulación de las acciones y los convenios interinstitucionales con las Redes Integrales de Servicios de Salud (en adelante RISS), quienes prestan los servicios a nivel público, privado, propios y contratados de manera continua a nivel nacional que permitan disponer de una oferta asistencial mínima necesaria acorde a la demanda en la salud esperada. Estos serán agrupados por Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud, contando con una capacidad instalada que actúe con los requerimientos mínimos necesarios. Estos estarán organizados teniendo en cuenta la cercanía geográfica y la accesibilidad para el usuario.

5.2.3. Plan Individualizado de Tratamiento

Una vez se encuentra finalizada la fase de atención médica y la persona con discapacidad es remitida por los prestadores complementarios a los Establecimientos de Sanidad Militar y Unidades Prestadoras de Salud de la Policía Nacional para iniciar su rehabilitación funcional, se inicia la fase de recuperación y rehabilitación. Esta requiere un proceso de articulación entre todos los integrantes del equipo interdisciplinario frente a la ruta de atención integral en salud el cual comprende acciones de promoción de la salud, prevención de la discapacidad, recuperación y mantenimiento de la funcionalidad alcanzada. El establecimiento encargado continuará realizando adecuadamente los procesos de evaluación y rehabilitación con profesionales altamente capacitados en el trabajo con PcD lo que permitirá seguir identificando las necesidades, atención y orientación de los procesos, con el fin de favorecer el desempeño e independencia del usuario.

Este proceso de rehabilitación funcional en los Establecimientos de Sanidad Militar y/o Unidades Prestadoras de Salud Policial estará a cargo de un equipo interdisciplinario quienes realizarán una evaluación inicial, individual e integral de la persona con discapacidad, acorde con sus necesidades. Estas deben involucrar al cuidador como actor directo en la toma de decisiones dentro del proceso integral. Igualmente, acompañarán y orientarán de manera permanente a la PcD en sus controles y seguimientos pertinentes por las especialidades médicas requeridas según la evaluación y los objetivos a alcanzar.

Con base en esta evaluación se diseña el Plan Individual de Tratamiento (en adelante PIT) que se constituye en la hoja de ruta para el proceso de rehabilitación funcional de la

persona. El PIT contiene principalmente los objetivos a alcanzar desde cada disciplina profesional. Seguido a esto, se puede realizar el seguimiento permanente e individual al avance de la persona con discapacidad en el proceso e impacto de los resultados y en los ámbitos que lo rodean, como suministrar los dispositivos de apoyo y de tecnologías especializadas de visión, comunicación aumentativa y alternativa, entre otros. Lo anterior en cumplimiento a la normatividad sectorial vigente del Consejo Superior de salud de las Fuerzas militares y de la Policía Nacional.

Por último, cabe resaltar la corresponsabilidad en el proceso, gestión y éxito de la rehabilitación funcional, el autocuidado y el logro de la independencia. Estos procesos deben ser compartidos entre la persona con discapacidad, su familia, comunidad e instituciones que prestan los servicios de rehabilitación funcional. Por este motivo, se debe fundamentar en el respeto, la sensibilización y concienciación sobre el tema de discapacidad, solidaridad, conocimiento de derechos y deberes; colaboración permanente y compromiso con los fines propuestos.

Por lo tanto, será fundamental diseñar e implementar planes de capacitación y actualización para el personal de los establecimientos de Sanidad Militar y Unidades Prestadoras de Salud Policial en rehabilitación integral. Es deber de los coordinadores de rehabilitación de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional facilitar a los profesionales que trabajan en el proceso de atención a las PcD del sector, que puedan asistir a capacitaciones, sensibilizaciones, actualizaciones programadas por sanidad, y por el grupo articulador del SGRRI en pro del bienestar de la población para la cual está destinada esta política.

5.2.4. Certificación en Discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)

Alineándose y dando cumplimiento a la normatividad vigente emitida por del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, garantizará la realización del procedimiento de Certificación de Discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (en adelante RLCPD). Es solicitado de manera voluntaria, ante la entidad de sanidad pertinente, que realizará una valoración por el equipo multidisciplinar asignado para este fin e identificará las deficiencias en funciones y estructuras corporales (incluida las psicológicas), limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que presenta cada persona. Sus resultados se expresan en el correspondiente certificado, siendo así parte integral del RLCPD.

Cabe aclarar que también existe la Junta Médico Laboral8. Este es un organismo de naturaleza médico laboral Militar y Policial, encargada de valorar y calificar la aptitud psicofísica para el servicio activo, calificando la enfermedad según sea profesional o común. Sin embargo, no certifica si una persona tiene o no discapacidad. De allí la importancia de RLCPD, siendo esta una opción para ingresar a los procesos de inclusión que se desarrollan en la fase 3 del SGRRI. Igualmente será la fuente de información que alimentará las bases de datos de las PcD del Sector Seguridad y Defensa, lo que favorecerá también, el pleno goce de derechos en los diferentes entornos donde se desenvuelven.

8 Los decretos 1796 del 2000 y decreto 094 de 1989.

5.2.5. Seguimiento

Una vez la persona con discapacidad haya culminado su plan individualizado de tratamiento, volverá periódicamente a los establecimientos de Sanidad Militar y Unidades Prestadoras de Salud Policial a nivel nacional. Esto con el fin de acceder a los servicios de salud que incluirán diferentes especialidades según requiera la persona. Si en el establecimiento no se cuenta con todas las áreas de atención especializadas, se podrá buscar apoyo con especialistas de otras regiones o territorios del país con las que cuentan las Direcciones de Sanidad Militar y Policial a través de telemedicina o con la red externa que permita disponer de una oferta asistencial especializada. Igualmente, se deberá promover una estrategia de seguimiento que evalúe las tendencias, adherencia a los programas, datos cambiantes, distribución de la población, caracterización de las personas con discapacidad, infraestructura, entre otros; así como la coordinación permanente entre los sectores, garantizando una comunicación asertiva y constante con el fin de mejorar los procesos de atención. La PcD continuará en las RIAS de acuerdo con su curso de vida y grupo de riesgo, procediendo con sus controles y seguimientos de acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud (en adelante MATIS).

Para mejorar la Atención Integral en Salud, se debe avanzar en los siguientes puntos fundamentales:

1. Desarrollar estudios de focalización y caracterización de las PcD con el fin de identificar sus necesidades reales en términos de servicios de salud. Fomentar estrategias de promoción, mantenimiento de la salud, detección 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, entre otros temas de interés. La compilación de esta información y la estructuración de dichos programas contribuirán a la validación de iniciativas futuras en términos de nueva infraestructura, buscando siempre la regionalización en los prestadores primarios.

2. Siguiendo el principio de accesibilidad, se deberá garantizar la infraestructura adecuada, con diseño universal, en cada uno de los establecimientos primarios, complementarios, y de los servicios particulares que estos prestan. Junto con ello, se deberán desarrollar las estrategias para que las personas con discapacidad tengan accesibilidad tecnológica y comunicativa a los servicios de salud, por ejemplo, en la programación de citas.

Es función de la Dirección de Bienestar Sectorial y Salud coordinar y asesorar las políticas, programas y estrategias en materia de salud para el SSMP; y hacer seguimiento a su implementación de acuerdo con los lineamientos que se aprueben por parte del Ministerio de Defensa Nacional y del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (en adelante CSSMP).

Tabla 3: Lineamientos de la Fase 2 del SGRRI

FASE 2: ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD		
ÁREAS DE INTERVENCIÓN	**LINEAMIENTO**	**RESPONSABLE**
Atención para el control del daño primario prehospitalario	Garantizar la difusión y conocimiento de los protocolos, guías y ruta integral de atención existentes a todos los miembros del Sector, así como el seguimiento y actualización periódica que permita el desarrollo de planes de mejora para favorecer la orientación adecuada y pertinente de las acciones y den respuesta a las necesidades y nuevas tendencias.	Direcciones de sanidad Militar y Policial
	Rutas de movilización, evacuación y traslado efectivas y rápidas, conforme a los protocolos establecidos y garantizar los materiales e insumos necesarios en cada una de las Fuerzas, así como la actualización y formación continua, en lo posible, certificada del personal encargado para la reacción y atención oportuna frente a las lesiones en todas sus fases.	Direcciones de sanidad Militar y Policial a través del Sistema Integrado de atención, evacuación y traslado Médico de las Fuerzas Militares SIATEM y parámetros Institucionales del Grupo Búsqueda y Salvamento Dirección de Antinarcóticos C-SAR de la Policía Nacional
	Facilitar la dotación y existencia de insumos necesarios para la atención oportuna y adecuada del daño primario, así como garantizar las competencias idóneas del capital humano para el desempeño del ejercicio profesional.	Direcciones de sanidad Militar y Policial/ Dirección de Educación Policial DIEPOL de la Policía Nacional a través de la Escuela Nacional de Entrenamiento Policial CENOP.
Atención Prestadores Primarios y Complementarios	Establecer programas de sensibilización, programas de formación de resiliencia y empatía, garantizando una coordinación permanente y articulada inter e intrainstitucional que cuente con nuevos elementos de atención, versatilidad, convenios, alianzas y redes de apoyo que permitan variedad en los servicios, Información sobre las rutas de atención, participación familiar, entre otros elementos significativos de la atención.	Direcciones de sanidad Militar y Policial
Plan Individualizado de Tratamiento	Articular y coordinar los procesos de evaluación, habilitación y rehabilitación de las personas que lo requieran con profesionales capacitados e idóneos, que permita desarrollar una estrategia de identificación de necesidades, atención y orientación adecuada de las acciones y, por tanto, un proceso de rehabilitación adecuado y exitoso que favorezca su desempeño en cualquier área de la vida diaria.	Direcciones de sanidad Militar y Policial

	Garantizar el mantenimiento de las condiciones de salud y de las capacidades residuales favoreciendo la calidad de vida y participación en el entorno a través de un control constante a las acciones de rehabilitación. Para ello, se deberán implementar planes de mejora y estrategias de atención frente a las debilidades que requieran transformación.	
Certificación en Discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD)	Dar cumplimiento a la normatividad vigente emitida por del Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando la realización del procedimiento de Certificación de Discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), el cual es solicitado de manera voluntaria.	Direcciones de sanidad Militar y Policial
Seguimiento	Promover una estrategia de seguimiento que permita evaluar las tendencias, adherencia a los programas, datos cambiantes, distribución de la población, caracterización de las personas con discapacidad, infraestructura, entre otros. así como la Coordinación permanente entre los sectores, garantizando una comunicación asertiva y constante que permita mejorar los procesos de atención. Hacer seguimiento a su implementación de acuerdo con los lineamientos que se aprueben por parte del Ministerio de Defensa Nacional y del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP).	Direcciones de sanidad Militar y Policial/ Dirección de Bienestar sectorial y Salud.

5.2.6. Monitoreo y Evaluación

El monitoreo y evaluación se refiere a la batería de indicadores que el Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral definió y ha priorizado para hacer el seguimiento, monitoreo y evaluación a la situación de las PcD en el Sector Seguridad y Defensa, así como al progreso de la política y sus acciones en cada una de las fases del SGRRI. El proceso de RLCPD del Ministerio de Salud y Protección Social será la fuente para determinar datos verídicos en incidencia y prevalencia de las PcD del Sector Seguridad y Defensa. Por lo tanto, la relevancia de esta información es vital para lograr un alcance representativo con relación a la proyección de acciones, equipamiento, instituciones y recursos destinados del sector para las PcD.

Tabla 4: Seguimiento y Evaluación Fase 2 del SGRRI

NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FRECUENCIA	FUENTE	REPORTA	OBSERVACIONES

Prevalencia de Discapacidad	Número total de personas certificadas con discapacidad (según clasificación dada en la columna de observaciones) durante el periodo sobre el que se informa.	Anual	Acumulativo indicador de Incidencia de Discapacidad	Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral DIVRI	Clasificar así: 1 Según Tipo de Afiliación: Activos Retirados Pensionados Beneficiarios menores de 18 años Beneficiarios mayores de 18 años 2. Según Tipo de Discapacidad: Física Visual Auditiva Cognitiva o Intelectual Psicosocial o Mental Sordo-ceguera Múltiple 3. Clasificar según Curso de vida: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6 - 11 años), Adolescencia (12-18 años), Juventud (14 - 26 años), Adultez (27 - 59 años) Vejez (60 años y más). 4. Clasificación género: Masculino Femenino
Incidencia de Discapacidad	Número de casos nuevos en los que se certifica la existencia de discapacidad (según clasificación dada en la columna de observaciones) durante el periodo sobre el que se informa.	Anual	Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad	Dirección de Sanidad del Ejército Nacional - Dirección de Sanidad de Armada Nacional - Jefatura de Salud de Fuerza Aérea Colombiana Dirección de Sanidad de la Policía Nacional -	Clasificar así: 1 Según Tipo de Afiliación: Activos Retirados Pensionados Beneficiarios menores de 18 años Beneficiarios mayores de 18 años 2. Según categoría de Discapacidad: Física Visual Auditiva Intelectual Psicosocial Sordoceguera Múltiple 3. Clasificar según Curso de vida: Primera infancia (0-5 años), Infancia (6 - 11 años), Adolescencia (12-18 años), Juventud (14 - 26 años), Adultez (27 - 59 años) Vejez (60 años y más). 4. Clasificación género: Masculino Femenino

Causa básica que generó la discapacidad.	Número de casos nuevos de personas que adquirieron su discapacidad según causa básica (según clasificación dada en la columna de observaciones) durante el periodo sobre el que se informa.	Anual	RIPS, Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad y el Sistema de información salud pública SISAP según corresponda.	Dirección de Sanidad de la Policía Nacional - Dirección de Sanidad del Ejército Nacional - Dirección de Sanidad de Armada Nacional - Jefatura de Salud de Fuerza Aérea Colombiana	Clasificar según tipo de origen: Accidente desarrollo de operaciones por acción directa del enemigo Enfermedad Común Enfermedad Profesional

5.3 FASE 3: INCLUSIÓN FAMILIAR, SOCIAL Y LABORAL

Una vez se encuentra finalizada la fase de atención médica y la persona se encuentre en proceso de atención para la verificación de la existencia de una discapacidad de tipo transitorio o permanente, la PcD podrá realizar las acciones que promuevan el proceso de inclusión familiar, social y laboral importantes para el favorecimiento de su calidad de vida, participación en diferentes escenarios sociales y el pleno goce de derechos. Dicho proceso, es la continuación de las acciones que se desarrollan en la fase inmediatamente anterior donde, a través de los procesos de rehabilitación funcional se desarrollaron un conjunto de procedimientos, actividades e intervenciones tendientes a restaurar, mantener o mejorar las funcionalidades físicas, psicológicas, mentales o sociales para que los usuarios puedan realizar sus rutinas diarias de forma óptima.

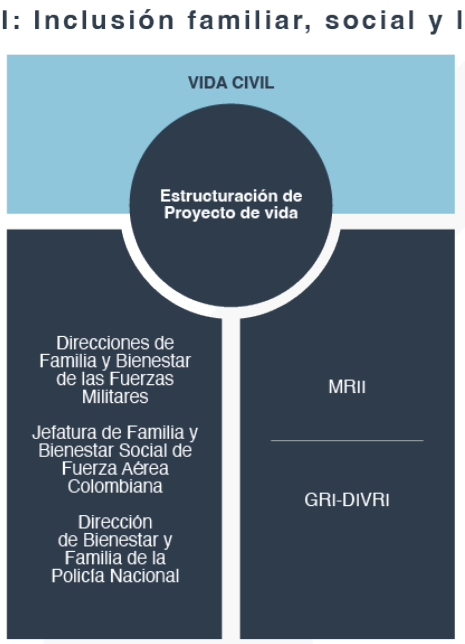
La fase de inclusión familiar, social y laboral tiene como relevancia que en ella se complementa el proceso que se ha venido trabajando en la fase inmediatamente anterior. Allí se da énfasis que las PcD contribuyen a la sociedad de igual manera que los demás, pero siempre desde la inclusión y el respeto a lo diverso. En esta fase, se desarrollan estrategias de apoyo con orientación al desempeño de diversos roles; adecuación de ambientes cotidianos; desarrollo de habilidades, capacidades, destrezas, competencias, actitudes, aptitudes y mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral que tienen como base los gustos e intereses individuales y facilitan la inclusión de la PcD.

Uno de los actores centrales de esta fase es la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva a través del Grupo de Rehabilitación Inclusiva (en adelante GRI) antes llamado Centro de Rehabilitación Inclusiva (CRI). Este Centro cuenta con una sede principal en la ciudad de Bogotá. A su vez, contará con estrategias reales, medibles y eficaces a nivel regional que fortalezcan los procesos de descentralización; a través de rutas de atención regional. El GRI permite la integración de diferentes actores internos y externos que favorecen las acciones y los servicios de atención dando cumplimiento a los objetivos a nivel de rehabilitación integral, en todo el territorio nacional, llegando a toda la población con discapacidad del sector. Para esto, es fundamental contar con el apoyo de diferentes entidades públicas y privadas en los ámbitos económico, educativo, formativo, residencial, medio ambiental, de trabajo, de cultura, ocio, deporte, de salud, del cuidado, de justicia y ciudadanía; durante y después de desarrollada la fase de inclusión con el grupo responsable de la DIVRI.

El GRI de la DIVRI se constituye como una herramienta donde se posibilita la exploración de habilidades, capacidades y competencias. También favorece la generación de estrategias e intercambio de experiencias con los que se facilita la efectiva participación de las personas con discapacidad en el medio en el que se desenvuelven. Es acá donde se realiza un cambio cultural y de paradigmas donde se pasa de paciente a persona con derechos, se trasciende desde lo funcional-asistencial hacia la inclusión social como objetivo de la intervención; y se fortalece la comprensión sobre la condición de discapacidad como un proceso dinámico que puede variar de acuerdo con cambios personales y medioambientales. Asimismo, se evoluciona de la atención predominantemente uno a uno

con el paciente, a un enfoque de trabajo de equipo interdisciplinario con redes sociales de apoyo para facilitar una efectiva inclusión social. Aquí se pasa de un equipo profesional de rehabilitación que impone su saber, a un equipo que asesora, direcciona y transfiere su conocimiento para el desarrollo y empoderamiento de las personas y comunidades9.

Ilustración 7. Fase 3 Inclusión Familiar, Social y Laboral



Esta fase comprende un proceso con tres niveles de intervención: evaluativo, individual, hacia la inclusión.

5.3.1 Evaluativo

El Grupo de Rehabilitación Inclusiva de la DIVRI contará con un equipo interdisciplinario de profesionales quienes deberán realizar una evaluación por capacidades y competencias, gustos e intereses. Con el fin de guiar, junto con la decisión de la persona con discapacidad, su proyecto de vida, concentrándose en las necesidades y logrando objetivos puntuales en términos de inclusión familiar, social y laboral. En cada una de estas actividades será imprescindible la acción coordinada y permanente entre la fase de atención integral en salud en lo concerniente a la rehabilitación funcional y la inclusión familiar, social y laboral. Lo que permitirá el logro de objetivos planteados y el adecuado seguimiento de cada proceso inclusivo10.

9 Organización Panamericana de la Salud OPS. Implementación del Modelo Biopsicosocial para la atención de las personas con discapacidad a nivel nacional. San Salvador. 2011.

10 En general, es difícil trazar una línea clara entre la fase de Atención Integral en Salud y fase de Inclusión 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 capacitaciones de diferentes tipos) pueden tener una incidencia altamente positiva sobre el proceso de

Esta evaluación será la línea base para el planteamiento de los objetivos dentro del PIT, que deberá ser consensuado y socializado con el usuario, y si es el caso, con su cuidador. Una vez aceptado, podrá iniciar con las acciones pertinentes para la consecución de los objetivos. Igualmente, esta evaluación será la base para realizar los seguimientos sobre el avance en el proceso, dificultades y facilitadores que se hayan presentado. Ello permitirá la toma de decisiones de cuándo la persona concluya el proceso conforme a los objetivos planteados con las herramientas para el desarrollo de su nuevo proyecto de vida, y el tiempo de permanencia en el GRI, quienes en todo caso tendrán como mínimo una permanencia de 16 semanas.

5.3.2 Individual

En el nivel de intervención individual, el proceso de inclusión de cada PcD se desarrollará a través del PIT, con el acompañamiento de un gestor, quien será uno de los profesionales del equipo interdisciplinario del GRI-DIVRI. Además de ser el encargado de orientar y llevar el seguimiento a la persona con su proceso hacia la inclusión, teniendo en cuenta lo contemplado en el PIT. Aquí estarán, entre otras cosas, los talleres, estrategias, rutas e intensidad de trabajo de los diferentes programas del MRII; así como el resultado del nivel evaluativo, metas a corto y mediano plazo; compromisos de la persona en el cumplimiento de las metas, auto seguimiento y monitoreo de los logros.

Siguiendo el MRII, cuya finalidad es “constituir un referente conceptual coherente basado en la evidencia que permita comprender y explicar el alcance de la inclusión social dentro de la rehabilitación integral”11 y generar las pautas para el desarrollo de los programas que lo conforman: Vida Activa y Productiva, Interacción con el Entorno, Actividad Física y Movilidad, Habilidades Sociales, Comunicación y Cognición. El Grupo de Rehabilitación Inclusiva de la DIVRI oferta un servicio integral y más efectivo ajustando estos cinco programas en solo tres, evitando que pierdan la esencia y propósito contemplados en el Modelo. Los programas que permanecen son:

1. Vida Activa Productiva y Entorno (En adelante VAPE)
2. Habilidades Sociales y Comunicativas (En adelante HSC)
3. Actividad Física (En adelante AF)

Programa Vida Activa Productiva y Entorno (VAPE):

Este programa tiene como finalidad potencializar en las PcD una vida plena, activa y productiva en términos económicos y de participación social y cultural. Una vida activa se refiere a un “amplio conjunto de aptitudes psicosociales e interpersonales que pueden ayudar a las personas a tomar decisiones con conocimiento de causa, comunicarse de manera eficaz y adquirir la capacidad de autogestión que los ayude a vivir una existencia saludable y productiva” (UNICEF)12.

rehabilitación funcional que atraviesan nuestros usuarios. Por este motivo se debe promover la llegada tan temprano como sea posible a la DIVRI.
11 Ver Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva - MRII, Vicepresidencia de la Republica – PAICMA, Impresol Ediciones Ltda., 2010, pp. 25-26.
12 UNICEF, www.unicef.org/spanish/lifeskills/index_7.

Este programa permitirá que los diferentes usuarios generen positivamente un proceso de exploración e identificación de sus gustos e intereses; para que posteriormente desarrollen y potencialicen sus habilidades, destrezas, capacidades y competencias. Esto permitirá una vida productiva en su entorno, puesto que este subyace durante todo el proceso e influye directamente sobre el desempeño de los usuarios. De igual manera, dicho programa, establece mecanismos de interacción en todos los ámbitos sociales y comprende el desarrollo de los componentes facilitadores personales y ambientales, fundamentados en áreas de desempeño propias de cada persona. Todo esto para dignificar el concepto de ocupación sin ligarlo necesariamente a un ejercicio productivo y económico. Reconoce también la importancia del entorno y de sus factores humanos y no humanos que condicionan cualquier proceso de gestión.

La “interacción con el entorno” busca desarrollar y aplicar herramientas que faciliten el empoderamiento, superar obstáculos, barreras actitudinales, físicas y sociales que permitan la participación autónoma de las PcD en los ámbitos familiar, virtual, público y social. Esto permite la adecuada utilización de espacios, objetos, comunicaciones, tecnologías y servicios, teniendo en cuenta las diferentes actividades de la vida cotidiana. Así, en la medida que las PcD tengan una interacción positiva con el entorno, podrán establecer relaciones efectivas con el mismo, ejercer plenamente sus derechos y, en consecuencia, participar activamente en las decisiones relacionadas con su inclusión13.

En la medida que los usuarios logren niveles de desempeño con autonomía en los diferentes ambientes, minimizarán barreras y potencializarán facilitadores o alternativas. Con ellas van a satisfacer sus necesidades personales y sociales con oportunidad, equidad y participación; trascendiendo los espacios de la DIVRI a sus entornos reales donde desarrollarán sus proyectos de vida.

13 Becerra, Ricardo. Documento preparado para el Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva. Interacción con el Entorno: Una visión incluyente del diseño. D.I. Agosto. 2009.

Durante la permanencia de la persona en la fase de inclusión dentro del GRI, 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 a la PcD con las herramientas que le permitan desarrollarse posteriormente en ambientes inclusivos: lengua de señas, braille, software para personal con discapacidad visual, entre otros.

De esta forma, el objetivo final es buscar que la PcD potencialice sus capacidades para que se pueda desenvolver exitosamente en los diferentes ambientes, bajo el principio de su propia corresponsabilidad. Por supuesto, para lograr los objetivos de inclusión de este programa, será fundamental la posterior interacción de PcD 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.

Habilidades Sociales y Comunicativas (HSC):

Este programa abarca esferas importantes en el proceso inclusivo como las habilidades sociales, cognitivas y comunicativas. Se busca, por un lado, potencializar habilidades sociales y facilitar la construcción de herramientas, para que los usuarios interactúen y se relacionen de forma asertiva, facilitando su adaptación y desempeño exitoso en la vida cotidiana. La habilidad social adquiere en este marco, una connotación que supera su carácter de destreza y la eleva a una práctica social cuya intencionalidad allana el camino de la persona hacia su reconocimiento como sujeto que es, y su relación con el medio social. En efecto, el carácter relacional de las habilidades sociales potencia las destrezas que, por ejemplo, incluyen la adquisición de pautas de comportamiento que incrementan su aceptación social, posicionamiento a nivel laboral y toma de decisiones en diferentes contextos.

El objetivo principal del programa es lograr la construcción y fortalecimiento desde lo emocional en aspectos individuales y sociales de PcD que faciliten la adaptación e inclusión con el entorno, y posibilite la reestructuración de un nuevo proyecto de vida; donde, se desarrolle desde una perspectiva psicosocial. En la implementación de este programa se

busca que la persona identifique habilidades y estrategias adecuadas para relacionarse, facilitando la edificación de su propia identidad con una integración social adecuada a sus objetivos, sus capacidades y las exigencias del ambiente. Lo cual es sin duda, uno de los aspectos más relevantes para la rehabilitación integral inclusiva, de quien ha adquirido una discapacidad y que, por consecuencia, se ve condicionado a modificar su proyecto de vida.

Busca también desarrollar capacidades cognitivas y comunicativas en la PcD con el fin de potencializar el desempeño social y desarrollo de comportamientos asertivos que permitan una adecuada inclusión. La estimulación de procesos cognitivos y el funcionamiento ejecutivo implica la reducción de limitaciones funcionales y el incremento de la capacidad para desarrollar actividades en la vida diaria, a distintos niveles. Por tal razón, el proceso de inclusión debe estar ajustado a las necesidades cognitivas de cada uno; permitiendo a la PcD interactuar con su medio social y laboral de forma efectiva, facilitando su desarrollo personal y profesional, impactando positivamente en su contexto, y preservando y fortaleciendo sus capacidades intelectuales y comunicativas.

De igual forma, brindan herramientas para la adquisición y/o fortalecimiento de habilidades comunicativas que facilitarán el libre desarrollo de los factores; aprender de las situaciones, y tomar elementos para la concertación, diálogo, participación y liderazgo.

Cabe resaltar que, las competencias comunicativas tienen un carácter eminentemente estratégico, tanto en lo individual como en lo colectivo. En este sentido se entiende la comunicación como el conjunto de habilidades que permite a una persona comunicarse de forma efectiva con los demás, expresando qué siente y quiere, escuchando y aceptando las diferentes opiniones; argumentando su postura crítica y asumiendo el mensaje manifestado por el uso del lenguaje no verbal como parte importante de interacción. Estas habilidades también representan un requisito para entablar relaciones saludables y productiva que, en el ámbito de la vida, contribuyen a sustentar las relaciones interpersonales, sentido de pertenencia a un grupo y todos aquellos componentes que optimizan la vida social en comunidad, y por ende, están relacionadas con sus procesos de inclusión.

Desde la perspectiva del MRII la comunicación y cognición tienen una estrecha relación y se configuran como dos procesos que deben ser potencializados en las PcD, para contribuir a su desarrollo personal y social. Esto es posible en la medida en que se superen las dificultades de orden comunicativo que presentan los miembros del Sector Seguridad y Defensa con discapacidad. De allí la importancia de proporcionar herramientas que posibiliten el avance en competencias comunicativas y con ello, la optimización de procesos de pensamiento y construcción de conocimiento.

Actividad Física (AF):

El programa de AF busca favorecer el desarrollo de habilidades y capacidades físicas, a través de la adopción y mantenimiento de hábitos saludables y estilos de vida activa en las diferentes esferas (social, laboral, familiar). El programa busca brindar las herramientas para mejorar y/o mantener una condición física adecuada, por medio de diferentes estrategias; orientadas a la adquisición, entrenamiento y potencialización de habilidades y cualidades físicas para la ejecución de sus nuevos roles.

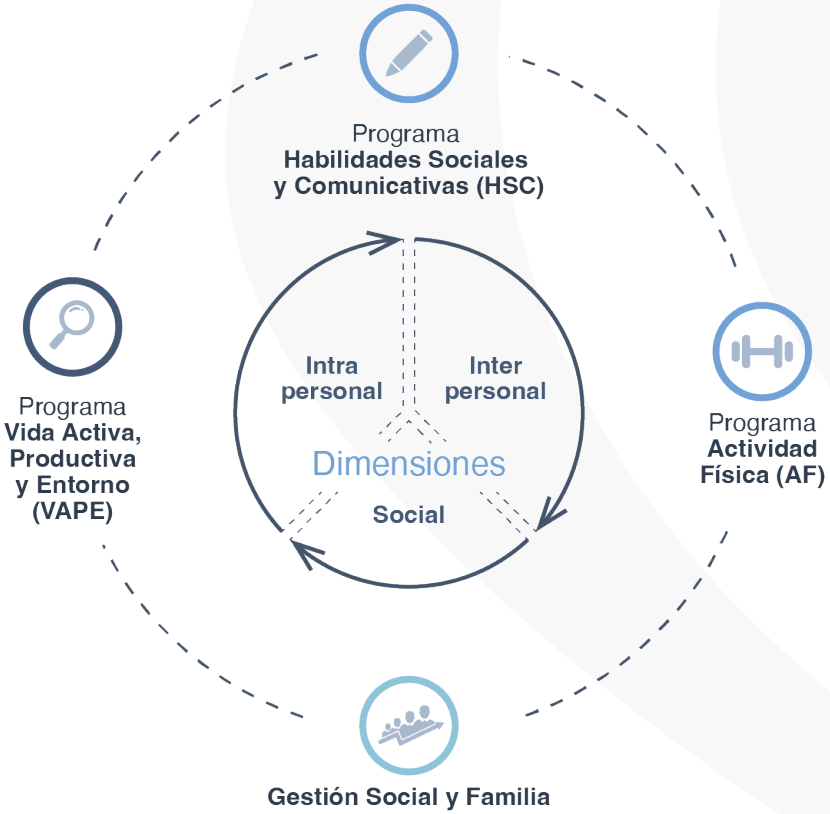
El programa emplea la AF regular, y ejercicio y práctica del deporte, como medios para promover una adecuada condición de salud. Con esto se espera favorecer la inclusión y la aceptación social, a través del desarrollo del autocuidado e incremento en la autoestima.

Por último, el programa también está orientado al control del entrenamiento deportivo a través de planes de acción de medicina del deporte y ciencias aplicadas a los usuarios interesados en su rendimiento deportivo. Las estrategias de este componente se encaminan principalmente al desarrollo del deporte formativo, trabajando de manera conjunta con las diferentes instituciones (clubes, ligas, Comité Paralímpico Colombiano, entre otros). Igualmente, aquí se incluye el desarrollo de escuelas de formación deportiva, la detección de individuos con potencial para la práctica del deporte, y los procesos de selección de talentos. Se facilitan los espacios y elementos disponibles para su práctica.

Gestión Social y Familia:

Esta área, junto con los programas del MRII, y con la experiencia de la implementación del modelo surge para dar respuesta a un lineamiento de atención a las familias/ cuidadores/redes primarias de apoyo. Por ello es importante contar con un área transversal que ofrezca procesos inclusivos, teniendo en cuenta a la familia como primera red de apoyo, y escenario de inclusión, esto con el fin de lograr que el usuario cuente con una visión más integral. El objetivo de esta área denominada Gestión Social y Familia, es reconocer las diferentes redes de apoyo social. Así, las PcD se fortalecerán al vincularse en diferentes momentos del proceso, dentro de las redes, y de acuerdo con sus intereses y posibilidades, y asumirán compromisos concretos para incidir en sus proyectos de vida. Estas se pueden dividir por su proximidad en la familia, comunidad e instituciones en general. Teniendo en cuenta que la inclusión debe tener un acompañamiento en el lugar donde reside la persona y en donde piensa desarrollar su proyecto de vida. Al encontrar apoyo dentro de su comunidad, el usuario aumenta su confianza, se proyecta adecuadamente, satisface sus necesidades y la de su familia, lo cual favorece en gran medida su inclusión social.

Ilustración 8. Programas del Modelo de Rehabilitación Integral Inclusivo MRII



5.3.3 Hacia la Inclusión

La duración de la estadía y el hecho de que la inclusión se logra en el día a día con la participación del resto de entidades que influyen en el contexto de la PcD: familias, comunidades, gobiernos locales, entidades del sector público y privado, entre otras, el periodo de permanencia de la PcD dentro del GRI no será suficiente para lograr en forma plena su inclusión.

Por esta razón, a continuación, se emiten lineamientos generales para favorecer la inclusión social de la persona en los diferentes entornos que se desenvolverá después de su proceso dentro del GRI-DIVRI. 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 la población con discapacidad, quienes contribuirán a que la gestión del proyecto de vida pueda traducirse en inclusión familiar, social y laboral. Asimismo, será necesario celebrar alianzas estratégicas bajo el enfoque de responsabilidad social y valor compartido con el sector privado, para facilitar la inclusión como un proceso continuo a lo largo de la vida de la PcD.

Gestión, Implementación de Convenios y Alianzas:

Se deberá establecer un esquema de coordinación entre la DIVRI y las oficinas de atención al ciudadano de cada una de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional que se encuentren en las diferentes unidades del país. Con el apoyo de las Direcciones de Familia y Bienestar del Ejército y la Armada Nacional, la jefatura de Familia y Bienestar Social y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana y de la Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía Nacional, se buscará mantener una adecuada comunicación de las oportunidades y beneficios que se gestionen para la PcD que ya haya pasado por su proceso de inclusión dentro del GRI (becas, oportunidades laborales, capacitación, formación deportiva, entre otras). Con esto se garantiza el seguimiento centralizado al avance de las estrategias y programas que se desarrollen a nivel regional. Lo anterior con el fin de conocer y consolidar necesidades de alianzas y convenios en pro de la población y así remitirlas a la Dirección Sectorial de Bienestar y Salud o a la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva según corresponda. Trabajando articuladamente, se elimina la duplicidad de esfuerzos, y se brinda acceso a información procesada que permita hacer seguimiento para garantizar que los aliados están dando cumplimiento adecuado a los convenios y alianzas. Así como que estos se utilicen de manera eficiente por parte de la 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, y en todo caso se buscará que estas sigan las siguientes prioridades:

En la inclusión familiar: Es necesario realizar un fortalecimiento de las habilidades sociales, programas de cuidadores y, favorecer la formación y consolidación de grupos de apoyo familiar para el personal con discapacidad. Al adquirir un integrante del núcleo familiar una discapacidad, todas las dinámicas de convivencia e interacción cambian, así como su rol. De este modo, las Direcciones de Familia y Bienestar del Ejercito y la Armada Nacional, la Jefatura de Familia y Bienestar Social y la Jefatura de Salud de la Fuerza Aérea Colombiana y la Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía Nacional o sus equivalentes, junto con el Obispado Castrense, velarán por el bienestar de los miembros de la Fuerza Pública y el de sus familias, trabajando 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.

De igual forma, se buscará que las familias acompañen a su ser querido durante su proceso de inclusión dentro del GRI – DIVRI. Todo esto por las ganancias que representa en términos del apoyo que pueden prestarle, y para que los miembros de la familia aprendan a ser cuidadores en los casos en los que la persona necesitará asistencia permanente. Estos programas se prestarán dentro de las mismas instalaciones del GRI – DIVRI de manera paralela al PIT.

En la inclusión social: Las acciones deberán estar encaminadas hacia el fortalecimiento de las habilidades, capacidades, competencias que favorezcan la participación e interacción con el entorno y en la 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 GRI 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 con discapacidad en procesos de participación ciudadana que generen un cambio en lo concerniente al cumplimiento de derechos y deberes a los cuales están sujetos.

En la inclusión laboral: Se planean acciones de acompañamiento enfocadas fundamentalmente a la solución de los temas de empleabilidad y apoyo a proyectos de emprendimiento. Aquí entran las alianzas estratégicas con participación de empresas, Agencias Públicas de Empleo y el SENA, este último 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 educativa y laboral y, teniendo el pilar de la formación como un eje fundamental a la hora de adquirir conocimientos y capacidades para el campo laboral, se cuenta con normatividad actual y vigente. Así, se ofrece una serie de beneficios educativos que pueden recibir, siempre y cuando se cumplan los requisitos mínimos exigidos para su goce.

Es de gran importancia aclarar la población beneficiaria de los servicios del GRI- DIVRI que se contemplan en esta política:

1. Miembros de la Fuerza Pública con discapacidad, sean estos activos, retirados o pensionados.
2. Beneficiarios de los miembros de la Fuerza Pública mayores de edad que cuenten con alguna discapacidad.
3. Lesionados bajo las circunstancias previstas en los literales a, b, c, d del artículo 24 del Decreto 1796 de 2000 sin importar el porcentaje de pérdida de capacidad psicofísica otorgado por la junta médico laboral.
4. Soldados regulares que hayan adquirido una discapacidad durante la prestación de su servicio militar obligatorio.
5. Personal civil con discapacidad del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares.
6. Personal no uniformado con discapacidad de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, que se encuentren en servicio activo o retirado de la institución.

El GRI-DIVRI beneficia a más población, sin embargo, en este documento no se contemplan ya que no son objeto de la fase tres de esta política por no presentar discapacidad.

Es importante aclarar que la atención hacia la inclusión familiar, social y laboral de los beneficiarios de los miembros de la Fuerza Pública menores de edad con discapacidad, está a cargo de las Direcciones de Familia y Bienestar de cada una de las Fuerzas Militares, la Jefatura de Salud de Fuerza Aérea Colombiana y de la Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía Nacional o sus equivalentes. Son ellos los encargados de realizar las acciones tendientes a favorecer la calidad de vida de los menores con discapacidad y sus familias. Con esto se fortalece la dinámica e inclusión social de los niños y adolescentes con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.

5.3.4 Seguimiento

Una vez la persona con discapacidad haya pasado por la fase de inclusión deberá recibir periódicamente acciones de seguimiento por parte del gestor o de algún profesional del equipo interdisciplinario del GRI con el fin de evaluar entre otras, cómo la PcD percibe su proceso de participación social. En este espacio también se pueden proporcionar sugerencias que permitan mejorar el proceso inclusivo, potencializando los diferentes roles adquiridos. Con el fin de buscar herramientas que mitiguen al máximo la existencia de barreras que se puedan presentar en los diferentes escenarios, y para coordinar permanentemente los sectores, se garantiza una construcción mancomunada entre los diferentes actores. En este sentido, la PcD puede aportar para su buen desempeño, dando a conocer su percepción y adaptación al contexto social, así como su relación con los facilitadores. De este modo, se logra un pleno goce de derechos y una auténtica inclusión social.

Para mejorar el proceso de Inclusión Familiar Social y Laboral, se debe avanzar en los siguientes puntos fundamentales:

1. Promocionar accesibilidad a las PcD del Sector Seguridad y Defensa, ya que es "una condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos; herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas" (COCEMFE, 2020). La accesibilidad es la puerta de entrada a los derechos de las personas con discapacidad, y en general, de todo ser humano.
2. Disminución de la brecha de discriminación cambiando la cultura de la discapacidad a través de procesos de capacitación que favorezcan el uso adecuado del lenguaje a utilizar y la forma correcta de dirigirnos hacia la PcD según su categoría. De igual forma, es de suma importancia empoderar a cada PcD en la participación dentro de los diferentes escenarios sociales; y el conocimiento y goce de sus derechos y deberes en sociedad.

Tabla 5: Lineamientos Fase 3 del SGRRI

TEMA	NIVEL	LINEAMIENTOS	RESPONSABLE
Hacia la Inclusión	Inclusión Familiar	Programas y formación a cuidadores, consolidación de grupos de apoyo familiar y fortalecimiento para el personal con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa	Direcciones de Familia y Bienestar de cada una de las Fuerzas Militares, Jefatura de Salud de Fuerza Aérea Colombiana y de la Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía Nacional o sus equivalentes, junto con el Obispado Castrense y GRI bajo el liderazgo de la DIVRI.
	Inclusión Social	Fortalecimiento de las capacidades, habilidades y competencias para la participación e interacción con el entorno en ámbitos sociales, culturales, recreos deportivos, entre otros, en la Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria (RIPC). y en organizaciones a nivel civil de PcD.	Liderado por el GRI de la DIVRI.
	Inclusión Laboral	Alianzas estratégicas con el SENA, con participación de las empresas, para la adecuación de puestos de trabajo, la realización de cursos y programas de capacitación, encaminados al trabajo y el emprendimiento.	Liderado por el GRI de la DIVRI.

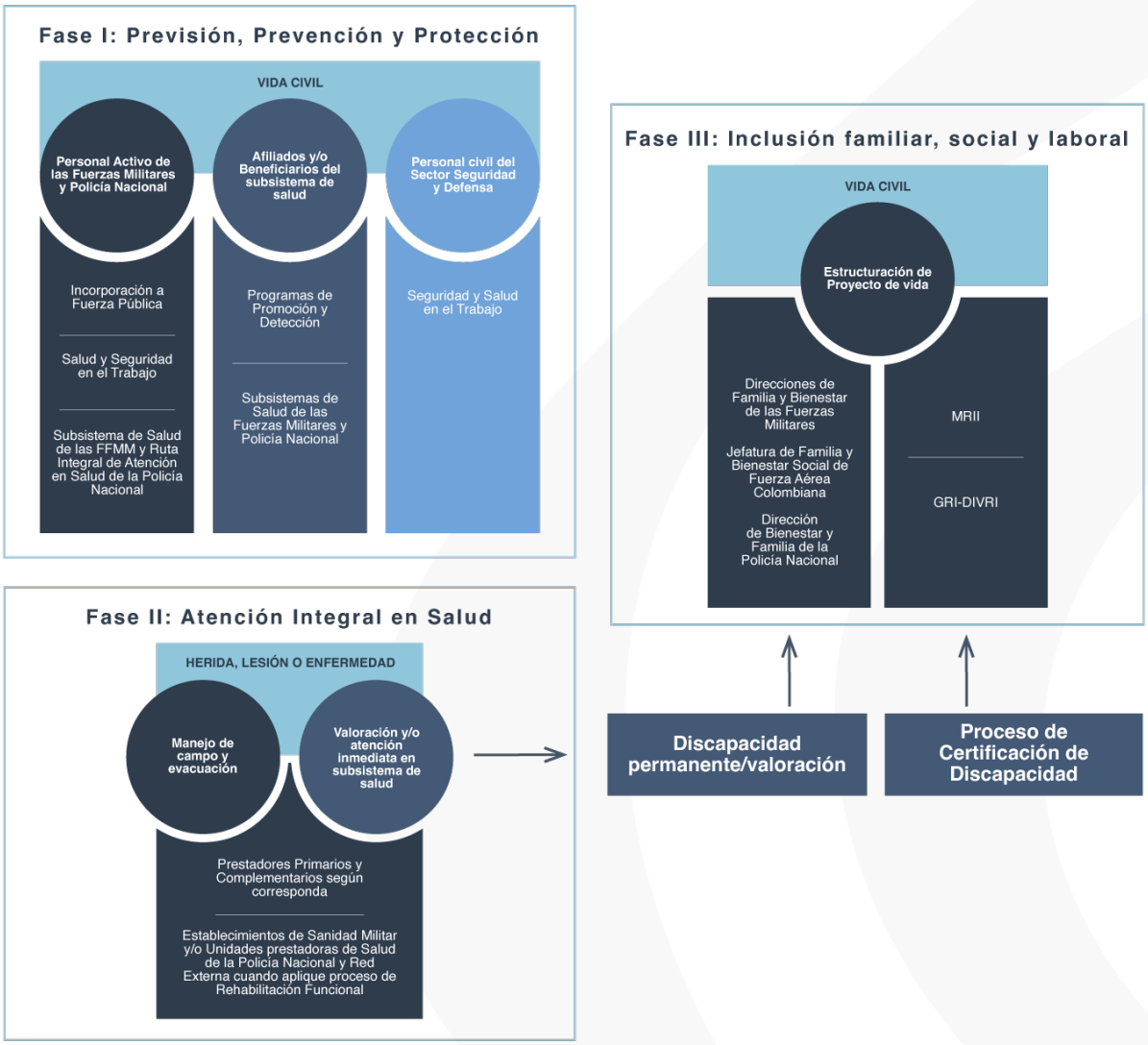
5.3.5 Monitoreo y Evaluación

El Sistema de Información Misional de Rehabilitación Inclusiva SIMRI será una de las fuentes para determinar datos verídicos del proceso de inclusión dentro del GRI – DIVRI de las PcD del Sector Seguridad y Defensa que se benefician de este. Las Direcciones de Familia y Bienestar de cada una de las Fuerzas Militares, la Jefatura de Salud de Fuerza Aérea Colombiana y de la Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía Nacional o sus equivalentes deberán contar con registros de población sensible que sustente las

acciones desarrolladas para la población con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa y sus familias. La relevancia de esta información es vital para lograr un alcance más representativo con relación a las proyecciones de acciones, equipamiento, instituciones y recursos destinados para la inclusión de las PcD.

Tabla 6: Seguimiento y Evaluación Fase de Inclusión Familiar social y Laboral

NOMBRE DEL INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	FRECUENCIA	FUENTE	REPORTA
Cantidad de PcD del Sector Seguridad y Defensa registrados en la fase de inclusión del GRI-DIVRI	Número total de personas con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa registradas en el Sistema de Información Misional de Rehabilitación Inclusiva SIMRI durante el periodo sobre el que se informa.	Anual	Sistema de Información Misional de Rehabilitación Inclusiva SIMRI	Grupo de Rehabilitación Inclusiva de la DIVRI
Indicador de participación y culminación de procesos de inclusión en la DIVRI: Cantidad de PcD del Sector Seguridad y Defensa con objetivos cumplidos en el proceso de inclusión del GRI-DIVRI	Número total de personas con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa con objetivos cumplidos en la fase de inclusión del GRI-DIVRI / Número total de personas con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa registradas en el Sistema de Información Misional de Rehabilitación Inclusiva SIMRI durante el periodo sobre el que se informa.	Anual	Sistema de Información Misional de Rehabilitación Inclusiva SIMRI	Grupo de Rehabilitación Inclusiva de la DIVRI
Cantidad de familias de PcD del Sector Seguridad y Defensa beneficiados de los procesos de inclusión familiar social y laboral.	Número total de familias con discapacidad del Sector Seguridad y Defensa beneficiarias de los procesos de inclusión familiar social y laboral a través de los registros de población sensibles existentes.	Anual	Registros de población sensibles existentes.	Direcciones de Familia y Bienestar del Ejercito y la Armada Nacional, Jefatura de Salud de Fuerza Aérea Colombiana y de la Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía Nacional o sus equivalentes



Capítulo 6.
Transversalidad

Buscando mantener la articulación de cada una de las entidades y actores que participan en el SGRRI, responsables de operativizar el sistema en las diferentes fases, se han identificado algunas dimensiones, parámetros y estrategias para la coordinación y

trazabilidad del proceso integral de rehabilitación en el Sector Seguridad y Defensa, los cuales se enuncian a continuación:

6.1 GRUPO ARTICULADOR DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS Y REHABILITACIÓN INTEGRAL

Teniendo en cuenta que la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva según el artículo 24 numeral 3 del Decreto 1874 de 2020 es el encargado de "Desarrollar y articular los planes y programas que conlleven a la operatividad del Sistema de Gestión del Riesgo y Rehabilitación Integral (SGRRI) en el Ministerio de Defensa Nacional", que articula los esfuerzos de las entidades del Sector Seguridad y Defensa y de la coordinación con las entidades externas, para ejecutar acciones que mitiguen el riesgo de adquirir una situación que pueda desencadenar en una disminución o pérdida de la capacidad laboral o en una discapacidad y que si, efectivamente, terminan adquiriéndola realicen el proceso de rehabilitación integral que favorezca la autogestión del proyecto de vida de las personas con discapacidad del sector). Es importante engranar esfuerzos con las entidades del sector que hacen parte de este sistema como actores fundamentales, con responsabilidades específicas. Para esto, es primordial contar desde la DIVRI con un grupo articulador de carácter permanente, que ejerza funciones de sinergia entre los actores y entidades del Sector Seguridad y Defensa; además, centralizar y potenciar la cooperación con entidades externas en el tema de prevención de la discapacidad y rehabilitación integral.

El Grupo articulador velará por la debida ejecución de los procesos indicados, siendo esta una herramienta fundamental que permite y facilite obtener información verídica del comportamiento de la discapacidad y de la inclusión en el sector, y realice un efectivo análisis que favorezca la toma de decisiones sobre planes de mejora en el SGRRI. Todo ello repercutirá en la calidad de vida de la población objeto de la presente política.

Por tanto, el grupo articulador será el encargado de consolidar y continuar con la construcción, concertación y coordinación interinstitucional de planes, proyectos y programas en función de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa con la participación de los actores del sistema (al igual que con los miembros del sector con discapacidad), centralizando y potenciando la cooperación con entidades externas en el tema de prevención de la discapacidad, rehabilitación e inclusión. Será ejercido por un ente rector -para este caso la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI)- que deberá poner a disposición el recurso humano con experiencia en discapacidad, así como los recursos logísticos y administrativos que le permitan desarrollar su labor en forma adecuada.

Son responsabilidades del Grupo articulador del SGRRI:

1. Actuar como articulador en la construcción, concertación y coordinación interinstitucional de la operativización de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.
2. Realizar la planificación y la articulación a nivel nacional, sectorial, intersectorial y territorial en los procesos de desarrollo, seguimiento, evaluación y actualización de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.

3. Adelantar las gestiones necesarias para la asesoría, socialización e implementación de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.
4. Atender las consultas que le sean formuladas por cualquier miembro del SGRRI.
5. Articular el plan de trabajo a desarrollar cada año del SGRRI.
6. Apoyar los encuentros, grupos de trabajo, mesas focales o comisiones nacionales o territoriales en torno a la actualización de la Política de Discapacidad y a los que se estimen necesarios en la operativización del SGRRI.
7. Asistir técnicamente a los pares territoriales sobre los asuntos del sistema nacional de discapacidad y contribuir a la articulación intersectorial en los territorios a través de los comités territoriales de discapacidad.
8. Desarrollar procesos de difusión, información, capacitación y promoción en temas relacionados con las tres fases del SGRRI en corresponsabilidad con los demás actores del sistema.
9. Elaborar, condensar y actualizar la base de datos geo-referenciada de oferta de bienes y servicios para las PcD en el Sector Seguridad y Defensa.
10. Elaborar la Ruta de Atención Integral a las Personas con Discapacidad en el Sector Seguridad y Defensa.

    Las demás que le asigne la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa.

Son responsabilidades de los actores del SGRRI:

1. Asistir cumplidamente a las reuniones a las que se les convoque.
2. Contribuir de forma propositiva en las diversas actividades de acuerdo con las acciones en cada una de sus fases.
3. Informar a sus representados sobre las actividades generales del SGRRI, los procesos de revisión y actualización de la política y las agendas.
4. Proporcionar la información pertinente y necesaria para el desarrollo de objetivos del SGRRI.
5. Proponer acciones que favorezcan la operativización del SGRRI en todas y cada una de sus fases a fin de favorecer a la población objeto de la política.
6. Los delegados que integran el SGRRI deberá actuar en representación, no solo de su organización, sino de la comunidad por la que trabajan. En ningún caso actuará en representación propia.

6.2 BASE DE DATOS, INFORMACIÓN, SEGUIMIENTO Y CUMPLIMIENTO DEL SGRRI

Para dar cumplimiento a los principios de interrelación sistémica y planeación de esta política, uno de los pasos fundamentales es el conocimiento de la población del sector, en todas y cada una de las fases del sistema. Por esto, es importante conocer las acciones que se desarrollan en cada una de las fases y el impacto de la implementación en la población objeto de esta. Es vital contar con un sistema de información y mecanismos de reporte estandarizados que permitan registrar datos para el análisis y el fortalecimiento de

las líneas de investigación sobre discapacidad e inclusión en el sector.

Con este fin, la presente política introduce los indicadores de gestión en cada una de las fases, para hacer el seguimiento, monitoreo y evaluación a la situación de las PcD en el Sector Seguridad y Defensa, así como al progreso de la política y sus acciones en la implementación. La información será reportada por cada uno de los actores del sistema pertinentes al grupo articulador; este insumo será la base y el sustento para realizar acciones de mejoras y favorecer la toma de decisiones basadas con evidencia en pro del bienestar de la población objeto.

La estrategia de monitoreo y control permite llevar un seguimiento del cumplimiento de lo contemplado en la política, los objetivos y las metas de mediano y largo plazo, definidas en resultados y ejecutadas principalmente a través de programas y proyectos institucionales. Para esto se deben tener en cuenta algunos aspectos tanto cualitativos como cuantitativos, que se exponen a continuación:

Aspectos Cuantitativos:

El número de personas que se atiende en cada una de las fases del SGRRI será el primer determinante de la infraestructura y los recursos que se requiere para la adecuada atención. La población por cuantificar será la que reporten en los indicadores como población objetivo y, por supuesto, estará supeditada por la definición que como sector se adopta 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 Grupo articulador del SGRRI o cualquier otra entidad dentro del sector, cuando lo solicite. En este orden de ideas, los actores implicados en la fase 1 serán los responsables de cuantificar la población para la Fase de Previsión, Prevención y Protección. Las Direcciones de Sanidad cuantificarán la población en la fase 2 Atención Integral en Salud; y, por último, la responsabilidad de la cuantificación de la PcD para posteriores procesos inclusivos(en la Fase de Inclusión Familiar, Social y Laboral) recaerá sobre el GRI-DIVRI y las Direcciones de Familia y Bienestar de cada una de las Fuerzas Militares, la Jefatura de Familia y Bienestar de la Fuerza Aérea Colombia y de la Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía Nacional o sus equivalentes. Desde el Grupo articulador se realizará el seguimiento permanente de la cuantificación y actualización de las PcD en cada fase del sistema.

Aspectos Cualitativos:

Para poder realizar un proceso analítico del comportamiento de la discapacidad del sector, y realizar acciones de mejora y de atención a necesidades presentes, se hace necesario contar con algunas variables cualitativas de la población objeto tales como: tipo de afiliación, categoría de discapacidad, curso de vida, género, nivel educativo, lugar de origen y de residencia, y origen de la situación que generó la discapacidad.

Será fundamental, para diseñar programas de impacto, minimizar el riesgo 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 adoptan las variables

contenidas en el Registro de Localización y Caracterización de las PcD establecidos en la nomenclatura de la metodología CIF, para la caracterización de nuestro personal con discapacidad. Todas las instancias sectoriales que interactúen con las PcD deberán tener en cuenta estas variables para la construcción de sus bases de datos.

Es necesario fortalecer el uso de la información para la toma de decisiones en el tema de la discapacidad. Así, las investigaciones alrededor de este tema dentro del sector serán determinantes tras el análisis de los indicadores de gestión, diseñados para el SGRRI, igual a como sucede con la información suministrada en las bases de datos, las escalas de evaluación, entre otros mecanismos; lo que permitirá identificar las necesidades del personal con discapacidad y sus familias, proponiendo nuevos procedimientos y programas para cubrirlas.

6.3 SOCIALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS OFERTADOS EN TODAS LAS FASES DEL SGRRI

Para garantizar el aprovechamiento de todas y cada una de las acciones que se desarrollan dentro del SGRRI, el grupo articulador deberá realizar acciones con todos los actores para el desarrollo de mecanismos de socialización y difusión sobre la presente política, las fases del sistema, los servicios ofertados, las rutas de atención, las entidades participantes y otros temas de interés. Lo anterior, con el fin de que las PcD del Sector Seguridad y Defensa a nivel nacional, tengan la información precisa y actualizada sobre el proceso que deben seguir en cada fase; permitiendo el acceso y participación a los beneficios que ofrece el sistema.

La oferta de bienes y servicios deberá estar actualizada y disponible en una base de datos geo-referenciada que incluya los convenios, alianzas y programas, entre otros. Esta será una responsabilidad del grupo articulador en coordinación y colaboración de todos los actores del sistema. Deberá incluir la oferta de bienes y servicios existentes para cada una de las Fases del Sistema según la normatividad vigente.

6.4 CULTURA INCLUSIVA

El Sector Seguridad y Defensa debe aunar esfuerzos por favorecer una cultura hacia la inclusión, promoviendo actitudes positivas de tolerancia, respeto, solidaridad y no discriminación frente a la discapacidad; lo que permitirá fomentar la adecuada convivencia, empatía y la aceptación de las PcD como sujetos con derechos. Por tanto, Se deben realizar acciones desde el grupo articulador en concertación con todos los actores del sistema a fin de promover estrategias de sensibilización hacia la discapacidad en todo el sector. Para ser punto de referencia a nivel nacional, se debe promover el lenguaje inclusivo, la inclusión y el cambio de paradigmas. Esta construcción cultural deberá estar orientada por la unificación de conceptos y variables que se enuncian enseguida.

Unificación de conceptos y variables: Discapacidad

Es importante, sin duda, la unificación de conceptos y variables relacionadas con el tema

de la discapacidad, rehabilitación e inclusión, contando con un criterio objetivo y sistematizado. El Sector Seguridad y Defensa se acoge a los conceptos de la ley 1618 del 2013 y a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y a las tendencias internacionales. Adopta la metodología de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)14, en todo el SGRRI, bajo el liderazgo de las Direcciones de Sanidad y la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI), como criterio objetivo en la definición sobre quién es una persona con discapacidad.

Igualmente, la SGRRI acoge los lineamientos dados por el Ministerio de Salud y Protección Social de garantizar la realización del procedimiento de Certificación de Discapacidad y el RLCPD15. Este proceso se evidencia en un documento personal e intransferible que reciben las personas tras una valoración clínica multidisciplinaria, que permite establecer la existencia de dicha discapacidad, a partir de la identificación de las deficiencias en funciones y estructuras corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona.

La Dirección General de Sanidad Militar (DIGSA) y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional serán las encargadas de poner a disposición los equipos humanos, infraestructura y demás requerimientos para poder realizar el procedimiento de implementación de la certificación, dando cobertura a nivel nacional. La certificación también será una opción para recibir los servicios del GRI de la DIVRI en la fase de Inclusión Familiar, Social y Laboral.

6.5 INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO TECNOLÓGICO

Las necesidades de investigación en materia de la discapacidad son múltiples y el camino recorrido es aún corto. 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 el Sector Seguridad y Defensa tiene requerimientos específicos adicionales que se relacionan con el contexto sociosanitario propio de un régimen especial. Tras lo anterior, los procesos de investigación y desarrollo tecnológico en discapacidad son fundamentales y es deber del Ministerio de Defensa Nacional, con la colaboración del Ministerio de Salud y Protección Social, el SENA y Colciencias, establecer 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 a todas las dependencias del sector, actores del sistema, y por supuesto a la población objeto:

Investigación de los Factores del Contexto:

De acuerdo con el abordaje y visión de la discapacidad en el Sector Seguridad y Defensa,

14 Ver Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), Organización Mundial de la Salud, 2001.
15 Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución 0113 de 2020. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf

se deben ampliar los temas de investigación, abarcando el fortalecimiento de las habilidades del individuo, el desarrollo de procedimientos de enseñanza o entrenamiento para la persona con discapacidad. Lo anterior corresponde a cambios contextuales de sus condiciones de vida y frente a la participación en los diferentes procesos sociales, que afectan a esta población. La investigación deberá analizar la influencia que tienen los 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 curso de vida, así como el fortalecimiento de sus condiciones de vida independiente, corresponsabilidad, empoderamiento, y habilidades de interacción indispensables para lograr la inclusión social. Es así como se apunta a la visión de concebir a 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.

Participación de las Personas con Discapacidad y el Cuidador:

Es importante que las investigaciones que se desarrollen en el tema tengan 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 este, incorporando también las conductas y roles de los cuidadores y familias. 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 del personal con discapacidad y los cuidadores en la formulación de las diferentes investigaciones y, cuando sea posible, facilitar su participación en su desarrollo.

Diseño e Investigación dentro de la DIVRI:

A futuro, el grupo articulador del SGRRI junto con los investigadores de la DIVRI podrán diseñar proyectos de investigación que se puedan desarrollar de manera directa o mediante convenios con instituciones educativas públicas y privadas. Ello teniendo en cuenta que es función de la dirección “promover y facilitar procesos de investigación y desarrollo en temas de discapacidad e inclusión”16. En dichas investigaciones, podrán participar y apoyar todos los actores del sistema, según pertinencia y necesidad, y deberán orientarse hacia la solución de problemas particulares en el proceso de rehabilitación integral que hayan sido identificados tras la información registrada en los indicadores ya mencionados.

6.6 ASPECTOS JURÍDICOS

Para favorecer el buen funcionamiento de todo el SGRRI se deberá dejar abierta la posibilidad de emitir decretos reglamentarios que contengan los vehículos jurídicos para facilitar la continuidad y mejora de la operatividad del sistema. La elaboración de estos decretos, además de las interacciones y principios expuestos en esta política, serán su objetivo principal, y deberán contemplar los siguientes parámetros:

16 Artículo 2, párrafo B del numeral 7. Resolución 285 de 2022 por la cual se crea y organiza los grupos internos de trabajo de la Dirección de Veterano y Rehabilitación Inclusión del Ministerio de Defensa Nacional.

I. Definición clara y objetiva de la población que tendrá acceso a cada beneficio que se plantee en el SGRRI.
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.

6.7 INFRAESTRUCTURA Y ACCESIBILIDAD

Para continuar con el funcionamiento del sistema y favorecer el acceso, desarrollo y culminación, se deberá velar por el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Prestación de servicios médicos: determinación de las necesidades:

En la planeación y construcción de nueva infraestructura para cobertura nacional, así como en la adecuación de la infraestructura actual para la atención médica con servicios de rehabilitación integral contemplados en el SGRRI, 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. Por tanto, la estimación de la demanda real, y la información sobre la ubicación actual del personal con discapacidad jugará un papel fundamental para poder continuar con la planeación dando acceso local en servicios ofertados en las tres fases del sistema, siempre dentro del marco de recursos limitados que nos lleva a garantizar la sostenibilidad y la eficiencia. En la estimación de la oferta, y particularmente para cubrir los servicios de la fase de rehabilitación dentro de la atención integral en lugares donde no se cuente con red propia, se deberá trabajar articuladamente con una red externa conjunta para la prestación, pero manteniendo una vigilancia tanto de los costos como de la calidad de los resultados.

Dada la limitación de recursos, las necesidades adicionales del SSMP y la dispersión de la población, evidentemente no será posible garantizar el desarrollo en infraestructura de establecimientos de salud en cada parte del territorio, sin embargo, se estará apoyando con nuevos mecanismos como la telemedicina mediante redes interinstitucionales con especialistas de otras regiones y equipos móviles que garanticen la prestación de los servicios de salud.

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 según normatividad vigente14. Cuando la atención sea tercerizada, y la entidad no cumpla con los estándares mínimos requeridos, se tendrá que considerar la posibilidad de hacer traslados a otra entidad que cuente con mejores condiciones para la accesibilidad de nuestro personal con discapacidad, en términos de diseño universal

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). Tal es el caso de las páginas web, atención telefónica, telemedicina, etc.; y mediante la implementación de sistemas de comunicación que incluyan el braille, y la capacitación en el lenguaje de señas para los funcionarios involucrados, entre otros. La progresividad de estas modificaciones a la infraestructura existente, tanto física como de TICs, se guiará por el principio de ajustes razonables, entendido 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"17.

Adicionalmente, el diseño universal será una condición fundamental para la aprobación de las nuevas infraestructuras que se construyan con el fin de apoyar diferentes procesos relacionados con las PcD.

Ilustración 9. Transversalidad del SGRRI

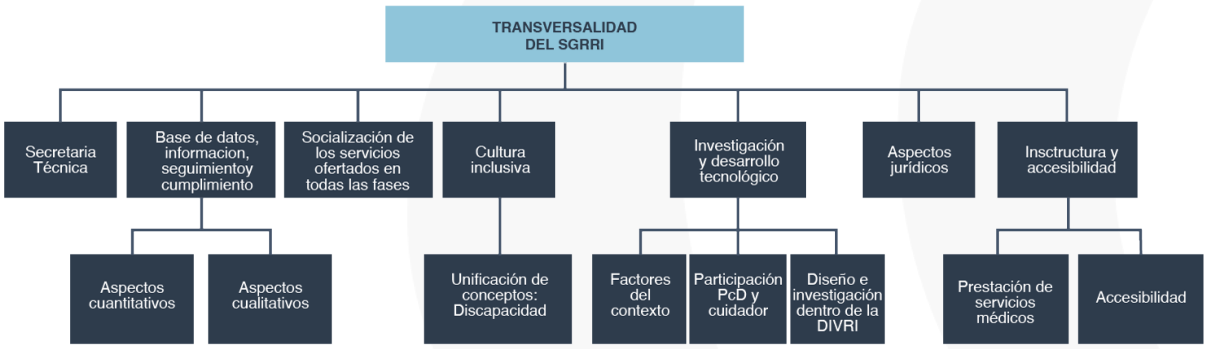


Ilustración 10. Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral

17 Organización de la Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006. Artículo 2.

Referencia Bibliográfica

1. Acuerdo 002 del 27 de abril de 2001 "– Dirección General de Sanidad Militar. Recuperado 09 de junio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-

publica/4-normatividad/42-normatividad-ssfm/426-acuerdos/acuerdo-002-2001-se-establece-plan-servicios

2. Acuerdo 056 de 2014 - Dirección General de Sanidad Militar. Recuperado 13 de junio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/42-normatividad-ssfm/426-acuerdos/acuerdo-056-2014-se-senala-procedimiento
3. Acuerdo 069 de 2019– Dirección General de Sanidad Militar. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-aseguramiento-salud-proas/normas-internas-del-sistema-salud-ssmp/acuerdo-69-2019-se-establecen-politicas
4. Acuerdo 070 de 2019 – Dirección General de Sanidad Militar. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-prestacion-operacion-servicios/normas-internas-del-sistema-salud-ssmp/acuerdo-070-2019-se-establece-modelo
5. Acuerdo 071 de 2019- Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Recuperado 16 de agosto de 2022, de https://xperta.legis.co/visor/legcol/legcol_1bfe4d7afdc64636a1cfce9c4792b55b/coleccion-de-legislacion-colombiana/acuerdo-71-de-agosto-2-de-2019
6. Amnistía Internacional. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.amnesty.org/es/what-we-do/discrimination/
7. Asociación Mexicana de Psicoterapia y Educación. Inclusión y Equidad en la Discapacidad. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.psicoedu.org/inclusion-y-equidad-en-la-discapacidad/?v=55f82ff37b55
8. Asamblea Constituyente. (1991). Constitución Política de 1991. https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdfCircular 048 de 2021- Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/circular-externa-48-de-2021.pdf
9. Baquero, M. El enfoque diferencial en discapacidad: un imperativo ético en la revisión del Plan de Ordenamiento Territorial de Bogotá D.C. Bogotá, junio de 2009
10. Becerra, Ricardo. Documento preparado para el Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva. Interacción con el Entorno: Una visión incluyente del diseño. D.I. Agosto. 2009
11. Circular 0120009214402 de 2020– Dirección General de Sanidad Militar. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-gestion-del-riesgo-salud-progreri/normas-internas-del-sistema-salud-ssmp/circular-0120009214402-2020-actualizacion

12. Circular 13084 de 2020– Dirección General de Sanidad Militar. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-gestion-del-riesgo-salud-progreri/normas-internas-del-sistema-salud-ssmp/circular-13084-2020-lineamientos-tecnicos
13. Circular 336272 de 2013– Dirección General de Sanidad Militar. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-gestion-del-riesgo-salud-progreri/normas-internas-del-sistema-salud-ssmp/circular-336272-2013-lineamientos-para
14. Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos. (s.f). Glosario de términos sobre discapacidad. Recuperado el 30 de junio de 2022 de: http://www.semar.gob.mx/derechos_humanos/glosario_terminos_discapacidad.pdf
15. Congreso de Colombia. (1988). Ley 82 de 1988—EVA - Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=14931
16. Congreso de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
17. Congreso de Colombia. (1994). Ley 115 de 1994. https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf
18. Congreso de Colombia. (1997). Ley 361 de 1997. https://www.minambiente.gov.co/images/normativa/leyes/1997/ley_0361_1997.pdf
19. Congreso de Colombia. (2000). Ley 582 de 2000. http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1662973
20. Congreso de la República de Colombia. (1992). Ley 762 de1992. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0762_2002.html
21. Congreso de Colombia. (2007). Ley 1145 de 2007—EVA - Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=25670
22. Congreso de Colombia. (2008). Ley 1237 de 2008—EVA - Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=31611
23. Congreso de Colombia. (2011). Ley 1471 de 2011. http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/Juridica/Ley%201474%20de%2012%20de%20Julio%20de%202011.pdf
24. Congreso de Colombia. (2016, marzo 3). Ley 1448 de 2011. Unidad para las Víctimas. https://www.unidadvictimas.gov.co/es/ley-1448-de-2011/13653
25. Congreso de Colombia. (2019). Ley 1955 de 2019—EVA - Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=93970
26. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, & Departamento Nacional de Planeación. (2004). CONPES SOCIAL 80. https://www.javeriana.edu.co/documents/245769/293416/conpes+80.pdf/26165300-e182-4a44-aa4d-232a0fb82c45
27. Consejo Nacional de Discapacidad, República de Colombia, & Departamento Nacional de Planeación. (2013). CONPES SOCIAL 166. http://discapacidadcolombia.com/phocadownloadpap/GOBIERNO/CONPES%20N

o.%20166%20de%202013%20DISCAPACIDAD%20E%20INCLUSION%20SOCIAL.pdf

28. Consejo Nacional de Política Económica y Social, República de Colombia, & Departamento Nacional de Planeación. (2009). CONPES 3591 de 2009. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/CONPES/Econ%C3%B3micos/3591.pdf
29. Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. (1999a). https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html
30. Crespo MA. La política de discapacidad del sector seguridad y defensa en Colombia: una mirada desde los derechos fundamentales. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):427-440. Doi: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6126
31. Declaración de Cartagena de Indias. (1992). http://www.insor.gov.co/home/wp-content/uploads/filebase/declaracion_cartagena_politica_discapacidad.pdf
32. Decreto 0094 de 1989- Presidencia de la Republica de Colombia. Recuperado 04 de octubre de 2022, de https://www.armada.mil.co/sites/default/files/normograma_arc/205.%20Decreto%200094%20de%201989.pdf
33. Decreto 1381 de 2015—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 12 de mayo de 2021, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=67867
34. Decreto 1795 de septiembre 14 de 2000, Ministerio de Defensa Nacional. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.hospitalmilitar.gov.co/recursos_user/normatividad/DECRETO%201795%20DE%202000.pdf
35. Decreto 1796 del 2000 – Ministerio de Defensa Nacional. Recuperado 08 de julio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/?idcategoria=9459
36. Decreto 1874 de 2021—EVA - Función Pública. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1756
37. Decreto 2358 de 1981. (1981). http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1766747
38. Decreto 2369 de 2019 —EVA - Función Pública. Recuperado 30 de junio de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=104872
39. Decreto 3132 de 1968—EVA - Función Pública. (1968). https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=1568
40. Departamento Nacional de Planeación. (1995). Plan Nacional de Desarrollo Alternativo. https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/2799.pdf
41. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=780
42. Directiva Transitoria 27—2014. (2014). https://www.dcri.gov.co/transparencia/normatividad/resoluciones_circulares/directiva_transitoria_27_2014_66

43. Documento Consejo Nacional de Política Económica y Social Republica de Colombia Departamento Nacional de Planeación CONPES 3591- junio 1 de 2009. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/CONPES/Econ%C3%B3micos/3591.pdf
44. Documento Consejo Nacional de Política Económica y Social Republica de Colombia Departamento Nacional de Planeación CONPES 3591- junio 1 de 2009, pp. 7-8 https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/CONPES/Econ%C3%B3micos/3591.pdf
45. Fuerza Pública de Colombia. (2022, 7 de mayo). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Fecha de consulta: 20:28, julio 7, 2022 desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Fuerza_P%C3%BAblica_de_Colombia&oldid=143384702
46. Gestión del Riesgo. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.eird.org/cd/toolkit08/material/proteccion-infraestructura/gestion_de_riesgo_de_amenaza/8_gestion_de_riesgo.pdf
47. Grupo Incluir (2014). Glosario Orientado al Trabajo con Personas con Discapacidad. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.javeriana.edu.co/documents/245769/2338340/Glosario+orientado+all+trabajo+de+personas+con+discapacidad.pdf/9d9e102b-f0a8-4413-aec3-bec525f7c17b
48. Informe del levantamiento diagnóstico sectorial, análisis estructural de la política y análisis situacional del SGRRI del sector seguridad y defensa. Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva. Área de Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral. Septiembre 2022
49. Justicia Especial para la Paz. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.jep.gov.co/JEP/Paginas/Jurisdiccion-Especial-para-la-Paz.aspx
50. La Declaración De Cartagena De Indias. (1992). http://www.insor.gov.co/home/wp-content/uploads/filebase/declaracion_cartagena_politica_discapacidad.pdf
51. Ley 352 de 1997 el Congreso de la República de Colombia—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 16 de agosto de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66484#:~:text=Por%20la%20cual%20se%20reestructura,Militares%20y%20la%20Polic%C3%ADa%20Nacional.
52. Ley 368 de 1997—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 11 de mayo de 2021, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=10578
53. Ley 1098 de 2006- Congreso de la Republica. Recuperado 30 de junio de 2022, de https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
54. Ley 1145 del 10 de Julio de 2007, Función Pública- EVA. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=25670#:~:text=Las%20normas%20consagradas%20en%20la,y%20la%20sociedad%20civil%2C%20con

55. Ley 1275 de 2009—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 16 de agosto de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=34494#:~:text=Declara%20como%20personas%20en%20condici%C3%B3n,y%20efectivo%20de%20sus%20Derechos
56. Ley 1306 de 2009—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 16 de agosto de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=36400
57. Ley 1346 de 2009—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 11 de mayo de 2021, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37150
58. Ley 1448 de 2011 – Congreso de Colombia. Recuperado el 30 de junio de 2022. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1680697Ley 1616 de 2013- Congreso de Colombia. Recuperado 16 de agosto de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf
59. Ley 1618 de 2013—EVA - Función Pública. (s. f.). Recuperado 20 de septiembre de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=52081
60. Ley 1699 de 2013 – Congreso de Colombia. Recuperado 08 de julio de 2022, de https://www.mincit.gov.co/ministerio/normograma-sig/procesos-estrategicos/gestion-de-informacion-y-comunicacion/leyes/ley-1699-de-2013-z.aspx
61. Ley Estatutaria 1751 de 2015- Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
62. Ley 1752 de 2015- EVA - Función Pública. Recuperado el 16 de agosto de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=61858
63. Ley 1979 de 2019- EVA - Función Pública. Recuperado el 30 de junio de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=143199
64. Ley 1996 de 2019—EVA - Función Pública. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=99712
65. Ley 1979 de 2019- EVA - Función Pública. Recuperado el 30 de junio de 2022. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=143199
66. Los paradigmas definición. Recuperado el 30 de junio de 2022 de http://www.bibliotecapleyades.net/esp_paradigmaholo03.htm
67. Medin-García, M. (2018). La educación inclusiva como mecanismo de garantía de la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con discapacidad. Una propuesta de estrategias pedagógicas inclusivas. Jaén: Universidad de Jaén. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=129866

68. Mendoza Angarita, Y. (2015). Aproximaciones a la comprensión de la política de discapacidad de la Fuerza Pública [Tesis de Maestría, Discapacidad e Inclusión Social]. Universidad Nacional de Colombia
69. Ministerio de Defensa. (1990). Decreto 1214 de 1990-EVA – Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=72018
70. Ministerio de Defensa. (2014). Política de discapacidad del sector seguridad y defensa. Imprenta Nacional de Colombia.
71. Ministerio de Defensa. (2015). Decreto 1381 de 2015—EVA - Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=67867
72. Ministerio de Defensa Nacional. Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa (2014). Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/Prensa/Documentos/politicadiscapacidad24jul2014.pdf
73. Ministerio de Protección Social. (2010). Decreto 3951 de 2010. http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1539196
74. Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Resolución 0113 de 2020. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf
75. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/institucional-objetivos-funciones.aspx
76. Ministerio de Salud y Protección Social. Certificación de Discapacidad. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/certificacion.aspx#:~:text=El%20procedimiento%20est%C3%A1%20orientado%20a,de%20la%20Salud%20(CIF).
77. Ministerio de Salud y Protección Social. Consejo Nacional de Discapacidad. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Discapacidad-CND.aspx#:~:text=El%20Consejo%20Nacional%20de%20Discapacidad,Pol%C3%ADtica%20P%C3%BAblica%20Nacional%20de%20Discapacidad.
78. Ministerio de Salud y Protección Social. Glosario de términos sobre discapacidad. Oficina de Promoción Social, grupo Gestión en Discapacidad. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.minsalud.gov.co/lists/glosario/allitems.aspx#:~:text=Condici%C3%B3n%20que%20permite%2C%20en%20cualquier,aut%C3%B3noma%20de%20los%20servicios%20instalados.
79. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Publica Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf
80. Ministerio de Salud y protección Social. Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad - RLCPD. Recuperado el 30 de

junio de 2022 de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/registro-localizacion.aspx

81. Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva - MRII, Vicepresidencia de la República-PAICMA, Impresol Ediciones Ltda., 2010, pp. 14-15
82. Naciones Unidas. Oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos. Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/Publications/FAQsp.pdf
83. Nations, U. (s. f.). La Declaración Universal de Derechos Humanos | Naciones Unidas. United Nations; United Nations. Recuperado 11 de mayo de 2021, de https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights
84. Norma ISO 9999:2007. Recuperado el 30 de junio de 2022 de http://ciapat.org/biblioteca/pdf/734-Norma_espanola_UNE_EN_ISO_9999_Productos_de_apoyo_para_personas_con.pdf
85. Norma UNE 11-909-90/1, adoptada de la ISO 8549/1. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.uv.es/mpisea/54656d615f315f46756e64616d656e746f735f7465c3b37269636f735f67656e6572616c6573.pdf
86. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A. (1975). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. https://www.ohchr.org/documents/publications/advocacytool_sp.pdf
87. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, A. (1993). Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/PersonsWithDisabilities.asp
88. Oficio Radicado N°S-2021GS2021-025719-DISAN/ARASI-GUGER-29.25 / Oficio Radicado N°012003864202/MDN-COGFM-JEMCOD-DIGSA-SUBSA-GRERI-ARGRI-86.13
89. Organización de Naciones Unidas, O. (2006). Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
90. Organización de Naciones Unidas, O. (2019). Estrategia de las Naciones Unidas para la Inclusión de la Discapacidad. https://www.un.org/en/content/disabilitystrategy/assets/documentation/UN_Disability_Inclusion_Strategy_spanish.pdf
91. Organización de Naciones Unidas, O. (2020). Informe de la ONU sobre discapacidad y desarrollo. https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Spanish.pdf
92. Organización Internacional del trabajo. (1983). Convenio C159—Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas). https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C159

93. Organización Mundial de la salud (1992). 45va Asamblea Mundial de la Salud. Prevención de la Discapacidad. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202677/WHA45_R10_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
94. Organización Mundial de la salud (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
95. Organización Mundial de la salud (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. Glosario de términos. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/informe-mundial-discapacidad-oms.pdf
96. Organización Panamericana de la Salud –OPS-. Implementación del Modelo Biopsicosocial para la Atención de las Personas con Discapacidad a Nivel Nacional. San Salvador. 2011.
97. Organización Panamericana de Salud. Protección Social en Salud. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4180:2007-proteccion-social-salud&Itemid=2080&lang=es#:~:text=Se%20entiende%20por%20protecci%C3%B3n%20social,de%20los%20subsistemas%20de%20salud
98. Resolución 0583 del 2018 – Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado 30 de junio de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-583-de-2018.pd
99. Resolución 0941 de 2020– Dirección General de Sanidad Militar. Recuperado 02 de junio de 2022, de https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-gestion-del-riesgo-salud-progreri/normas-internas-del-sistema-salud-ssmp/resolucion-941-2020-se-adopta-procedimiento
100. Resolución 1207 del 14 de octubre de 2020– Dirección General de Sanidad Militar. (s. f.). Recuperado 02 de junio de 2022, de file:///C:/Users/diana.barbosa/Downloads/Circular_01200009214402_de_2020%20(1).pdf
101. Resolución 1239 de 2022 del 21 de julio de 2022- Ministerio de Salud y protección Social. Recuperado 26 de julio de 2022, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201239%20de%202022.pdf
102. Romañach, J., & Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro de vida independiente, 5, 1-8. Recuperado el 30 de junio de 2022 de http://forovidaindependiente.org/wp-ontent/uploads/diversidad_funcional.pdf
103. Rosell Puig W. Medios de enseñanza. La Habana: Pueblo y educación, 1989.

104. Sánchez et. Al. (2008), Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física, Panamericana Editores, España, p. 255.
105. Sanidad Fuerzas Militares. (2015). Acuerdo 059 de 2015. https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-prestacion-operacion-servicios/normas-internas-del-sistema-salud-ssmp/acuerdo-059-2015-medio-del-se-establece
106. Sanidad Fuerzas militares. (2016). Directiva 406867 de 2016. https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/transparencia-acceso-informacion-publica/4-normatividad/4-6-normograma-digsa/subdireccion-salud-digsa/grupo-gestion-del-riesgo-salud-progreri/normas-internas-del-sistema-salud-ssmp/directiva-406867-2016-lineamientos-tecnicos
107. Secretaría de trabajo y Previsión social. Gobierno Federal. (2012) México. Uso de lenguaje incluyente de: Secretaría trabajo y Previsión social. Guía para la inclusión laboral de personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas con VIH 2012. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/183695/Manual_Lenguaje_Incluyente_con_perspectiva_de_g_nero-octubre-2016.pdf
108. UNICEF. (s. f.). Recuperado 12 de octubre de 2022, de https://www.unicef.org/es
109. Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.unidadvictimas.gov.co/es/reparacion/que-es-la-reparacion-las-victimas/56877
110. Wikipedia. Artefactos explosivos improvisados. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://es.wikipedia.org/wiki/Artefacto_explosivo_improvisado
111. Wikipedia. Fuerza Publica de Colombia. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://es.wikipedia.org/wiki/Fuerza_P%C3%BAblica_de_Colombia
112. Wikcionario. Previsión. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://es.wiktionary.org/wiki/previsi%C3%B3n
113. Wilhelmi, M. A., & Pisarello, G. (2008). Los derechos humanos y sus garantías: nociones básicas. Recuperado el 30 de junio de 2022 de https://www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/derechos-economicos-sociales-culturales/Los%20derechos%20humanos%20y%20sus%20garantias%20nociones%20basicas.pdf

N°	TÉRMINO	SIGNIFICADO
1	**ACCESIBILIDAD**	Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como herramientas y dispositivos para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas con discapacidad. Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad, entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con el uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, el mobiliario y equipo, el transporte, la información y las comunicaciones (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).
2	**ACTIVIDAD**	En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la ejecución de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva personal del funcionamiento (OMS, 2011).
3	**AJUSTES RAZONABLES**	Son aquellas modificaciones y adaptaciones 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 que las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. (Ley 1996 de 2019)
4	**AMBIENTES PROPICIOS**	Ambientes que promueven la participación al eliminar barreras y proporcionar elementos que la favorecen (OMS, 2011).
5	**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 a 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 (Wikipedia, 2022).
6	**ASISTENCIA**	Combinación de elementos constructivos y operativos que permiten a cualquier persona con discapacidad, entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse con el uso seguro, autónomo y cómodo en los espacios construidos, el mobiliario y equipo, el transporte, la información y las comunicaciones (Pontificia Universidad Javeriana, 2014).
7	**AYUDAS TÉCNICAS/ DISPOSITIVOS ASISTENCIALES**	Dispositivos tecnológicos y materiales diseñados, creados o adaptado para ayudar a una persona a realizar una tarea determinada, que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad (Pontificia Universidad Javeriana, 2014).
8	**BARRERAS**	Factores en el entorno de una persona que, en su ausencia o presencia, limitan la funcionalidad y originan discapacidad. Se incluyen: entornos físicos inaccesibles, falta de una adecuada asistencia tecnológica y actitudes negativas hacia la discapacidad (Pontificia Universidad

		Javeriana, 2014).
9	**BRAILLE**	Sistema para la comunicación representado mediante signos en relieve, leídos en forma táctil, por los ciegos (Pontificia Universidad Javeriana, 2014).
10	**CAPACIDAD**	Es un constructo de la CIF que indica el máximo nivel posible de funcionamiento que puede alcanzar una persona, medido en un entorno uniforme o normalizado: refleja la habilidad del individuo ajustada en función del ambiente (OMS, 2011).
11	**CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD**	Es el procedimiento de valoración clínica multidisciplinaria simultánea, fundamentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-, que permite identificar las deficiencias corporales, incluyendo las psicológicas, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación que presenta una persona, cuyos resultados se expresan en el correspondiente certificado, y son parte integral del RLCPD. El procedimiento de certificación de discapacidad estará exento de pago por parte del solicitante. (Resolución 1239 de 2022).
12	**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD (CIF)**	Clasificación que proporciona un lenguaje uniforme y estándar y un marco para describir la salud y los estados conexos. Es un instrumento propuesto por la Organización Mundial de la Salud, que proporciona un marco común para la comprensión de los estados relacionados con la salud. Forma parte de las clasificaciones internacionales desarrolladas por la OMS (OMS, 2001).
13	**CONDICIÓN DE SALUD**	En la CIF, expresión genérica que abarca enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos. Puede incluir también otras circunstancias, como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas (OMS, 2011).
14	**CONSEJO NACIONAL DE DISCAPACIDAD (CND)**	Organismo consultor, asesor institucional y de verificación, seguimiento y evaluación del Sistema y de la Política Pública Nacional de Discapacidad (Ministerio de Salud y Protección Social. Consejo Nacional de Discapacidad, 2022).
15	**DEFICIENCIAS**	En la CIF, es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica (incluidas las funciones mentales); por “anormalidad” se hace referencia a una desviación significativa respecto de la norma estadística establecida. Son problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida (OMS, 2001).
16	**DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE)**	Entidad responsable de la planeación, levantamiento, procesamiento, análisis y difusión de las estadísticas oficiales de Colombia (DANE, 2022).

17	**DERECHOS**	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 (OHCHR, 2022).
18	**DESEMPEÑO/ REALIZACIÓN**	En la CIF, es un constructo que describe lo que las personas hacen en su contexto/ entorno actual, incluido el acto de involucrarse en una situación vital. Tal entorno se describe utilizando factores ambientales (OMS, 2011).
19	**DISCAPACIDAD**	En la CIF, término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una condición de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales). 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 (OMS,2001).
20	**DISCRIMINACIÓN**	Es cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, entre ellas, la denegación de ajustes razonables (AMNESTY, 2022).
21	**DISCRIMINACION POR MOTIVO DE DISCAPACIDAD**	Cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el objeto o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales; incluye la denegación de ajustes razonables (OMS,2011).
22	**DIVERSIDAD FUNCIONAL**	Se ajusta a una realidad en la que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad. Este término considera la diferencia de la persona y la falta de respeto de las mayorías, que en sus procesos constructivos sociales y de entorno, no tiene en cuenta esa diversidad funcional (Romañach & Lobato, 2005).
23	**EDUCACIÓN ESPECIAL**	Incluye a los niños con otras necesidades —surgidas, por ejemplo, de desventajas resultantes del género, el origen étnico, la pobreza, las dificultades de aprendizaje o la

		discapacidad— relacionadas con su dificultad para aprender o acceder a la educación en comparación con otros niños de la misma edad. En países de ingreso alto, esta categoría también puede comprender a los niños "excepcionalmente dotados y talentosos". Se la conoce asimismo como educación para las necesidades especiales (OMS,2011).
24	**EDUCACIÓN INCLUSIVA**	Se basa en el derecho de todos los educandos a recibir educación de buena calidad que atienda las necesidades básicas de aprendizaje y enriquezca la vida. Dirigida principalmente a los grupos vulnerables y marginados, procura desarrollar plenamente el potencial de cada persona (OMS,2011).
25	**EQUIDAD**	La equidad en educación tiene dos dimensiones que están interrelacionadas: -Justicia. Asegurar que las circunstancias personales y sociales, por ejemplo, género, estatus socioeconómico u origen étnico, no representan un obstáculo para alcanzar el potencial educativo. Busca minimizar la divergencia entre los grupos sociales al llevar los logros de los menos aventajados al mismo nivel que los de aquellos grupos con más ventajas y asegurar un estándar básico común de educación para todos. -Inclusión. Conocer las necesidades de todos los individuos a través de un tratamiento diferencial para tener en cuenta la diversidad de los estudiantes (Asociación Mexicana de Psicoterapia y Educación, 2022)
26	**ESTRUCTURA CORPORAL**	En la CIF, las partes estructurales o anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, los miembros y sus componentes, están clasificados en relación con los sistemas corporales (OMS,2011).
27	**FACILITADORES**	Son aquellos factores en el entorno de una persona que, con su presencia o ausencia, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad, por ejemplo, un ambiente físico accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial, las actitudes inclusivas y la legislación. Pueden impedir que las deficiencias o las limitaciones de la actividad restrinjan la participación, dado que mejoran la ejecución real de una acción, con independencia del problema de capacidad de la persona (OMS,2011).
28	**FACTORES AMBIENTALES**	Según la CIF, se trata de un componente de los factores contextuales que se refiere al entorno físico, social y psicológico en el que las personas viven, por ejemplo, los productos y la tecnología, el medio ambiente natural, el respaldo y las relaciones, las actitudes, y los servicios, sistemas y políticas (OMS,2011).
29	**FACTORES DE RIESGO**	Se trata de un atributo o la exposición a una situación que tienen una relación causal con un aumento de la probabilidad de tener una enfermedad o una lesión (OMS,2011).

30	**FUERZA PÚBLICA**	Está integrada en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y, bajo la autoridad del Presidente de la República, a su cargo están de un lado el monopolio de las armas para la defensa y la soberanía, la independencia, la integridad del territorio nacional y del orden constitucional y del otro, el mantenimiento de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos y libertades públicas y para asegurar que los habitantes de Colombia convivan en paz (Wikipedia, 2022).
31	**FUNCIONAMIENTO**	Término genérico, empleado en la CIF, que comprende funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre una persona (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (OMS,2011).
32	**FUNCIONES CORPORALES**	En la CIF, las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (se entiende por cuerpo el organismo humano en su totalidad, lo que incluye el cerebro). Se clasifican en funciones mentales; funciones sensoriales y dolor; funciones de la voz y el habla, y funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento. Tiene que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos, y es su ausencia o alteración lo que concebimos como deficiencias en las funciones y las estructuras (OMS,2001).
33	**GARANTÍA DE LOS DERECHOS**	Hace referencia a que todo individuo posee por el simple hecho de haber nacido, sin importar nacionalidad, raza, sexo, edad, creencias religiosas o políticas, las cuales se encuentran manifestadas en la Constitución Política (Wilhelmi & Pisarello, 2008).
34	**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.
35	**GESTIÓN DEL RIESGO**	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 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.
36	**HABILITACIÓN**	Supone la adquisición de conocimientos que permitan a la persona con discapacidad funcionar en la sociedad (Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos, 2022)

37	**IGUALDAD**	Proceso de adecuaciones, ajustes y mejoras necesarias en el entorno jurídico, social, cultural y de bienes y servicios, que faciliten a las personas con discapacidad una integración, convivencia y participación, con las mismas oportunidades y posibilidades que el resto de la población (Secretaría de trabajo y Previsión social, 2012).
38	**IGUALDAD DE OPORTUNIDADES**	Principio basado en la idea de que una sociedad justa sólo puede lograrse si cualquier persona tiene las mismas posibilidades de acceder a unos mínimos niveles de bienestar social y sus derechos no son inferiores a los de otros grupos. Para ello, se establecen mecanismos que prohíben la discriminación por motivos de raza, sexo, etnia, edad, religión o identidad sexual (Medin-García, 2018).
39	**INCLUSIÓN SOCIAL**	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 (CONPES 3591, 2009).
40	**INTÉRPRETE DE LENGUA DE SEÑAS**	Es una persona capacitada para expresar en habla la información vertida en una lengua de señas y viceversa. Las lenguas de señas varían en todo el mundo (OMS,2011).
41	**JURISDICCIÓN ESPECIAL PARA LA PAZ (JEP)**	Es el componente de justicia del Sistema Integral de Verdad, Justicia, Reparación y no Repetición, creado por el Acuerdo de Paz entre el Gobierno Nacional y las Farc-EP. La JEP tiene la función de administrar justicia transicional y conocer de los delitos cometidos en el marco del conflicto armado que se hubieran cometido antes del 1 de diciembre de 2016.
42	**LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD**	En la CIF, dificultades que una persona puede experimentar para ejecutar actividades. Una limitación abarca desde una desviación leve hasta una grave, en términos de calidad o cantidad, respecto de la manera o el grado de ejecución de la actividad esperados de las personas sin la condición de salud de que se trate. Alteración cualitativa o cuantitativa en la forma en que las actividades son llevadas a cabo. Se evalúa en comparación con una norma aceptada, de acuerdo con expectativas culturales y sociales. Los dispositivos de ayuda o la asistencia personal pueden suplir algunas limitaciones en la actividad (OMS,2001).
43	**MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**	Entidad pública del nivel central del Gobierno Nacional y cabeza del sector salud, encargada de dirigir, orientar, coordinar y evaluar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formúla, establece y define los lineamientos relacionados a con los sistemas de información de la Protección Social (MINSALUD, 2022).
44	**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, diferenciándose de los demás productos de apoyo.
45	**PARADIGMA**	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 nuevo.
46	**PARTICIPACIÓN**	Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva social del funcionamiento. Trata de las circunstancias sociales en relación con el funcionamiento de un individuo en diferentes áreas de la vida. Denota el grado de intervención de la persona en el contexto real en el que vive (OMS,2001).
47	**PERIODO DE ORO**	Comprende el intervalo de tiempo que abarca desde que tiene lugar un accidente hasta el proceso de intervención rápida y eficiente y puede suponer la diferencia entre la vida, la discapacidad y la muerte.
48	**PERSONA CON DISCAPACIDAD**	Son aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos (OMS,2001).
49	**POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL**	Acuerdo de la sociedad colombiana que se encuentra comprometida con la inclusión plena de sus ciudadanos con discapacidad.
50	**PREVISIÓN**	Acción y efecto de disponer o preparar medios para dar solución a futuras contingencias. La acción y efecto de determinar el riesgo basándose en las condiciones de vulnerabilidad y posibles amenazas.
51	**PREVENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD**	Son todas las medidas de salud pública para prevenir la enfermedad, medidas curativas aplicadas para tratarla y medidas curativas y de rehabilitación para tratar la deficiencia o la discapacidad; estos tres tipos de medidas forman un todo continuo de prevención primaria, secundaria y terciaria. La mayor parte de los esfuerzos desplegados para prevenir la discapacidad se centran en las dos etapas que la preceden en la evolución de la enfermedad hacia la minusvalía y pueden clasificarse así: prevención de enfermedad o lesión (prevención primaria) y prevención o tratamiento de la lesión o la deficiencia (prevención secundaria y terciaria) (OMS,1992).
52	**PRODUCTOS DE APOYO**	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.
53	**PROTECCIÓN DE LA SALUD**	Conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios dirigidos a prevenir efectos adversos que los productos, elementos y procesos del entorno, agentes físicos, químicos y biológicos puedan tener sobre la salud y el bienestar de la población.
54	**PRÓTESIS**	Productos sanitarios que sustituyen total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica que presenta algún defecto o anomalía.
55	**REHABILITACIÓN FUNCIONAL**	Conjunto de procedimientos, actividades e intervenciones que tienden a restaurar, mantener o mejorar las funcionalidades físicas, psicológicas, mentales o sociales para que los pacientes puedan realizar sus rutinas diarias de forma óptima. Esto permitirá que alcancen la máxima autonomía. Las características principales de la Rehabilitación se enfocan a desarrollar un proceso de rehabilitación a cargo de un equipo interdisciplinar, cuyas atenciones se orientan desde un enfoque biopsicosocial. Las intervenciones desarrolladas en el proceso de rehabilitación funcional deben brindarse de manera integral, orientando durante cualquier momento del ciclo de rehabilitación funcional a la persona con discapacidad (OMS,2011).
56	**REHABILITACIÓN INTEGRAL**	La rehabilitación integral se define como “mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad”*. 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. La rehabilitación integral es posible cuando, una vez superado el proceso de rehabilitación funcional, la persona se incorpora a su ámbito familiar, escolar, laboral y social y reedifica su proyecto de vida. (*).
57	**REPARACIÓN DE VÍCTIMAS**	Es un deber del Estado y es un derecho de las víctimas afectadas por las infracciones al derecho internacional humanitario y/o las violaciones graves y manifiestas a los derechos humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno, que han sufrido daños severos en sus vidas, su integridad, su patrimonio, sus proyectos de vida personales, familiares y profesionales. La reparación

		comprende cinco tipos de medidas: restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantías de no repetición. La víctima podrá acceder a una o varias de estas medidas dependiendo de los daños sufridos y del tipo de hecho violento que la afectó.
58	**REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**	Es una herramienta técnica que recolecta, 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 Colombia.
59	**RESTRICCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN**	Se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento constituyen las restricciones (OMS,2001).
60	**SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS Y REHABILITACIÓN INTEGRAL (SGRRI)**	Es el encargado de 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 (Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa, 2014).
61	**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 la ley (Ley 1145 de 2007).
62	**SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES**	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, cuál es prestar el servicio público esencial en salud a sus afiliados y beneficiarios (Decreto 1795 de 2000).
63	**VETERANOS**	Son los integrantes de la Fuerza Pública que cuentan con una asignación de retiro, o pensionados por invalidez, o reservistas de honor; así como los que participaron en nombre de Colombia en conflictos internacionales o han sido reconocidos como víctimas por hechos ocurridos en servicio activo o en razón del mismo (Ley 1979 de 2019).
64	**VETERANOS DE COREA**	Soldados veteranos del batallón Colombia que combatieron en el conflicto bélico armado de la guerra fría en Corea que ocurrió hacia el año 1951 (Ley 1979 de 2019).
65	**VÍCTIMAS**	Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1° de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de los Derechos Humanos ocurridas con ocasión del conflicto armado interno (Ley 1448 de 2011).

Anexo 2. Siglas

A

AE..... Artefactos Explosivos.
AEI..... Artefactos Explosivos Improvisados.
AF..... Actividad Física.

C

CAJA HONOR..... Caja Promotora de Vivienda Militar y Policía.
CEDOC..... Comando de Educación y Doctrina del Ejército Nacional.
CENOP..... Escuela Nacional de Entrenamiento Policial.
CIF..... Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
C-SAR..... Grupo Búsqueda y Salvamento Dirección Antinarcóticos Policía Nacional.
CIMAR..... Comando de infantería de Marina.
COARC..... Comando Armada Nacional.
COGFM..... Comando General de las Fuerza Militares.
CODEH..... Comando de Desarrollo Humano.
CONPES..... Consejo Nacional de Política Económica y Social.
COPER..... Comando de Personal de Ejército Nacional.
COREC..... Comando de Reclutamiento y Control de Reservas.
CRF..... Centro de Rehabilitación Funcional.
CRI..... Centro de Rehabilitación Integral.
CSSMP..... Consejo Superior de Salud Militar y Policial.
CyT..... Ciencia y Tecnología.

D

DANE..... Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
DCL..... Disminución de la Capacidad Laboral.
DCRI..... Dirección del Centro de Rehabilitación Inclusiva (ahora DIVRI).
DIBIE..... Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía.

DICER..... Dirección de Centros de Reclusión Militar.
DICOR..... Dirección Control Reservas del Ejército Nacional.
DIEDU..... Dirección de Educación del Ejército Nacional.
DIFAB..... Dirección de Familia y Bienestar de Ejercito Nacional.
DIFAM..... Dirección de Familia de la Armada Nacional – Jefatura de Desarrollo Humano y Familia.
DIGEH..... Dirección de Gestión Humana por Competencias.
DIGSA/ DGSM..... Dirección General de Sanidad Militar.
DIEPOL..... Dirección de Educación Policial
DINCO..... Dirección de Incorporación de la Policía Nacional.
DIPEC..... Dirección de Personal del Comando.
DIPER..... Dirección de Personal del Ejército Nacional.

DIPSO..... Dirección de Prestaciones Sociales del Ejército.
DIPSE..... Dirección de Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército.
DIRES..... Dirección Reclutamiento y Control Reservas de Fuerza Aérea Colombiana.
DISAN..... Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.
DISAN EJC..... Dirección de Sanidad del Ejército Nacional.
DITAH..... Dirección de Talento Humano de la Policía Nacional.
DITER..... Dirección de Instrucción y Entrenamiento Del Ejército Nacional.
DIVRI..... Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva.
DSBS..... Dirección Sectorial de Bienestar y Salud del Ministerio de Defensa.

E

EPP..... Elementos de Protección Personal.

ESM..... Establecimientos de Sanidad Militar.
ESP..... Establecimientos de Sanidad Policial.
EVA..... Espacio Virtual de Asesoría de Función Pública.

G

GRI..... Grupo de Rehabilitación Inclusiva.
GSED..... Grupo Social y Empresarial del Sector Defensa.

I

ICFE..... Instituto de Casa Fiscales del Ejército.
IEC..... Información, Educación y Comunicación.

J

JACID..... Jefatura de Acción Integral y Desarrollo Armada Nacional.
JEAES..... Jefatura Educación Aeronáutica y Espacial.
JEDHU..... Jefatura de Desarrollo Humano Armada Nacional.
JEFAB..... Jefatura Familia y Bienestar Social
JEFSA..... Jefatura Salud.
JEFSA FAC..... Jefatura de Salud Fuerza Aérea Colombiana.
JEMAF..... Jefatura de Estado Mayor Naval de Apoyo a la Fuerza.
JEMCO..... Jefatura de Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Militares.
JEMOP..... Jefatura de Estado Mayor Naval de Operaciones.
JEMPE..... Jefatura de Estado Mayor Naval de Personal.
JEP..... Jurisdicción Especial para la Paz.
JERLA..... Jefatura de Relaciones Laborales.
JINEH..... Jefatura Integral de Educación Naval.
JOLAN..... Jefatura de Operaciones Logísticas Armada. Nacional
JONAV..... Jefatura de Operaciones Navales.

M

MAP..... Mina Antipersona.
MATIS..... Modelo de Atención Integral en Salud.
MDN..... Ministerio de Defensa Nacional.
MRII..... Modelo de Rehabilitación Integral Inclusiva.

MUNAB..... Munición Abandonada.
MUSE..... Munición sin explotar.

O

OEA..... Organización de los Estados Americanos.
OIT..... Organización Internacional del Trabajo.
OMS..... Organización Mundial de la Salud.
ONU..... Organización de Naciones Unidas.

P

PcD..... Personas con Discapacidad.
PCL..... Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional.
PIT..... .Plan Individualizado de Trabajo (fase 3).
PIT..... Plan Individual de Tratamiento (fase 2).
PONAL..... Policía Nacional de Colombia.

R

REG..... Restos de Explosivos de Guerra.
RIAS..... Rutas Integrales de Atención en Salud.
RIPC..... Rehabilitación Integral con Participación Comunitaria.
RIPS..... Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.
RISS..... Redes Integrales de Servicios de Salud.
RLCPD..... Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad.

S

SEMAI..... Subjefatura de Estado Mayor Administrativa Institucional.
SEMPE..... Subjefatura de Estado Mayor de Planificación Estratégica.
SENA..... Servicio Nacional de Aprendizaje.
SIATEM..... Sistema Integrado de Atención, Evacuación y Traslado Médico de las Fuerzas Militares.
SIMRI..... Sistema de Información Misional de Rehabilitación Inclusiva.
SGRRI..... Sistema de Gestión de Riesgos y Rehabilitación Integral.
SSFM..... Subsistema de Salud de

las Fuerzas Militares.

SSMP..... Sistema de Salud Militar y Policial.

SG-SST..... Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo.

T

TICs..... Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

V

VAPE..... Vida Activa Productiva y Entorno.

VVGSED..... Viceministro de Veteranos y del Grupos Social y Empresarial de la Defensa.

Anexo 3. Entidades

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

Viceministerio de Veteranos y del Grupo Social Empresarial del Sector Defensa GSED:

1. Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva
2. Dirección Sectorial de Bienestar y Salud

Viceministerio para la Estrategia y Planeación:

1. Dirección de Planeación y Presupuesto

Secretaria General:

1. Dirección Administrativa
2. Dirección de Gestión del Talento Humano

Viceministerio para las Políticas de Defensa y Seguridad:

1. Dirección de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario

COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Jefatura de Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Militares

Subjefatura de Estado Mayor de Planificación Estratégica:

1. Departamento Conjunto de Personal
2. Departamento Conjunto de Educación Militar
3. Departamento Conjunto de Acción Integral y Desarrollo

Subjefatura de Estado Mayor Administrativa Institucional:

1. Dirección de Personal del Comando

Dirección General de Sanidad Militar

EJÉRCITO NACIONAL DE COLOMBIA

Comando de Personal de Ejército Nacional:

1. Dirección de Centros de Reclusión Militar
2. Dirección de Familia y Bienestar de Ejército Nacional
3. Dirección de Gestión Humana por Competencias
4. Dirección de Personal del Ejército Nacional
5. Dirección de Prestaciones Sociales del Ejército
6. Dirección de Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército
7. Dirección de Sanidad del Ejército Nacional

Comando de Educación y Doctrina del Ejército Nacional

1. Dirección de Instrucción y Entrenamiento del Ejército Nacional
2. Dirección de Educación del Ejército Nacional

Comando de Reclutamiento y Control Reservas

1. Dirección Control Reservas del Ejército Nacional

FUERZA AÉREA COLOMBIANA

Comando de Desarrollo Humano:

1. Jefatura de Educación Aeronáutica y Espacial

2. Jefatura de Salud
3. Jefatura de Potencial Humano
4. Jefatura de Familia y Bienestar Social
5. Jefatura de Relaciones Laborales
6. Centro Direccionamiento Operacional de Desarrollo Humano

Comando de Apoyo a la Fuerza:

1. Jefatura Seguridad y Defensa de Bases Aéreas

Comando de Operaciones Aéreas y Espaciales:

1. Jefatura Operaciones Espaciales

Departamento Estratégico Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

ARMADA NACIONAL DE COLOMBIA

Comando Armada Nacional

Jefatura de Estado Mayor Naval de Personal:

1. Jefatura de Desarrollo Humano
2. Jefatura Integral de Educación Naval
3. Dirección de Personal Naval
4. Dirección de Incorporación Naval
5. Dirección de Prestaciones Sociales
6. Dirección de Bienestar

Jefatura de Estado Mayor Naval de Operaciones:

1. Jefatura de Operaciones Navales
2. Jefatura de Acción Integral y Desarrollo

Jefatura de Estado Mayor Naval de Apoyo a la Fuerza:

1. Comando de infantería de Marina
2. Jefatura de Operaciones Logísticas

POLICÍA NACIONAL DE COLOMBIA

Jefatura Nacional de Administración de Recursos

1. Dirección Logística y Financiera de la Policía Nacional

Jefatura Nacional de Desarrollo Humano:

1. Dirección de Incorporación de la Policía Nacional
2. Dirección de Bienestar Social y Familia de la Policía
3. Dirección de Sanidad de la Policía Nacional
4. Dirección de Educación Policial: Dirección Nacional de Escuelas de la Policía Nacional
5. Dirección de Talento Humano

Obispado Castrense

Anexo 4.
Formato de Encuesta de percepción de la Política de Discapacidad del Sector Seguridad y Defensa **y lectura de necesidades de las PcD y su Cuidador**