CIRCULAR

Radicado No 0120009214402/ MDN-COGFM-JEMCO-DIGSA-SUBSA-GRERI-86.13

Bogotá D.C., 18 de Noviembre 2020

Señores
DIRECCIONES DE SANIDAD EJÉRCITO – ARMADA – JEFATURA SALUD FUERZA AÉREA
Bogotá D.C.

Asunto: Actualización de lineamientos técnicos para la atención de los niños, niñas y adolescentes con deficiencia/discapacidad (física, auditiva, visual, sordoceguera, intelectual, psicosocial (mental) y múltiple) en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

Respetuosamente, me permito remitir a los Señores Directores Sanidad Ejército - Armada y Jefe Salud Fuerza Aérea, la actualización de los lineamientos técnicos para la atención de los Niños, Niñas y Adolescentes con Deficiencia/Discapacidad- NNAcD, los cuales se articulan con las políticas del SSFM y normativa que ha emitido el Ministerio de Salud y de Protección Social que incluyen las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Dichos lineamientos fueron estructurados por profesionales de rehabilitación y discapacidad de la Dirección General, Direcciones y Establecimientos de Sanidad de las Fuerzas Militares y serán referentes para los procesos de atención y contratación que se realicen al interior del SSFM.

GENERALIDADES

El país ha avanzado en la comprensión de la discapacidad desde un enfoque social y de derechos y en ese sentido, ha desarrollado un importante marco normativo, tales como la Convención de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas – CDPcD y su marco constitucional, así mismo para el régimen de excepción el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, aprobó el 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), y el Acuerdo 070 de 2019 "Por el cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el SSMP, donde incluyo como elemento estratégico de la Atención Primaria en Salud con enfoque diferencial.

Los estereotipos y los prejuicios contra las personas con discapacidad son una de las principales causas de exclusión y discriminación que afectan a esta población en cuanto a su consideración como sujetos de derechos. Conforme a lo establecido en la CDPcD, el eje central de las políticas dirigidas a esta población, no debe centrarse en las deficiencias que tienen, sino en asegurar la igualdad de oportunidades para todos y todas garantizando el cumplimiento de sus derechos, eliminando cualquier barrera del entorno, haciéndolo inclusivo, respetuoso y de acceso universal. En este sentido, es muy importante trabajar estrategias que contribuyan a reducir las desigualdades en el acceso y goce efectivo de derechos de las personas con discapacidad. Para ello, el trabajo en torno al lenguaje y el trato a esta población desde la perspectiva de sujetos de derechos cobra gran relevancia, ya que este tiene un gran impacto sobre la perspectiva de las personas con discapacidad y esto se refleja en el trato y las actitudes que se muestran hacia ellos y ellas. "En forma inadvertida el uso incorrecto de la terminología refuerza el estereotipo negativo que portan. (...) Términos como inválido, minusválido, disminuido, entre otros, con los que se ha denominado hasta hace muy poco tiempo a las personas con discapacidad, contribuyen a alimentar prejuicios y discriminación, pues no consideran a la persona como tal sino en función de las condiciones propias de su deficiencia"[1]

Desde el marco de los derechos los niños, niñas y adolescentes con Discapacidad (NNAcD) deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás, de acuerdo con lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño.

Por lo anterior, en todas las actividades que los vinculen, una consideración primordial será siempre la protección de su interés superior. Así mismo, se deberá garantizar que los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, tengan derecho a expresar su opinión libremente sobre todas las cuestiones que les afecten, opinión que recibirá la debida consideración teniendo en cuenta su edad y madurez, en igualdad de condiciones con los demás niños, niñas y adolescentes, recibiendo la asistencia apropiada de acuerdo con su discapacidad y edad para poder ejercer ese derecho. Por ello, es importante establecer canales de comunicación alternativos y ajustados a sus necesidades para que puedan expresar libremente sus opiniones sobre las cuestiones que les afecten, a su vez puedan tomar decisiones con o sin apoyo y tengan la posibilidad de elegir sobre sus preferencias.

El proceso de atención se debe abordar desde sus necesidades diferenciales, en entornos accesibles e incluyentes, que conduzcan a su plena participación y al reconocimiento y goce efectivo de sus derechos, dentro de los cuales se deberán reconocer y valorar otros aspectos que están presentes y que también ameritan una atención diferencial, como lo son: momento curso de vida, género, orientación sexual diversa, pertenencia étnica, ser víctimas del conflicto armado, entre otros.

[1] Save the Children México (2011). Manual para la inclusión de niños y niñas con discapacidad y sus familias en centros comunitarios de desarrollo, P 16 y 21.

FUNDAMENTOS NORMATIVOS

- ✓ Constitución política de Colombia de 1991
- ✓ Ley 80 de 1993 Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.
- ✓ Ley 352 de enero 17 de 1997 "Por la cual se reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de policía Nacional"
- ✓ Ley 1098 de 2006 "Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia
- ✓ Ley 1150 de 2007 "Por la cual se introducen medidas para la eficiencia y la transparencia en la Ley 80 de 1993 y se dictan otras disposiciones generales sobre la contratación con recursos públicos".
- ✓ Ley 1346 de 2009 Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
- ✓ Ley 1419 de 2010, por la cual se establecen los lineamientos para el desarrollo de la Telesalud en Colombia.
- ✓ Ley 1616 de 2013 "Por medio de la cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones"
- ✓ Ley Estatutaria No. 1618 de 2013 Por medio de la cual se establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- ✓ Ley Estatutaria 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Especialmente el Articulo 11. Sujetos de Especial protección.
- ✓ Decreto ley 1795 de 2000 Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional
- ✓ Decreto 1082 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Planeación Nacional"
- ✓ Resolución No. 6345 del 14 de septiembre de 2012 del Ministerio de Defensa Nacional "Por la cual se expide el Manual de Contratación del Ministerio de Defensa Nacional, de las Fuerzas Militares y de sus Unidades Ejecutoras".
- ✓ Resolución 3280 de 2018 "Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la

Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación".

- ✓ Resolución 2654 de 2019, la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país.

- ✓ Resolución 3100 de 2019, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de Salud.

- ✓ Resolución 521 de 2020. "Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento durante la emergencia sanitaria por COVID-19".

- ✓ Resolución 536 de 2020. "Por la cual se adopta el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la pandemia por Sars- cov2 (covid19).

- ✓ Resolución 941 del 9 septiembre de 2020 "Por la cual se adopta el procedimiento para la expedición de la certificación de discapacidad y el registro de localización y caracterización de personas con discapacidad en el SSFM y se emiten lineamientos para su implementación"

- ✓ Resolución 1207 del 14 octubre de 2020 "por el cual se adoptan los lineamientos para asegurar los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad en el SSFM"

- ✓ Acuerdo No. 002 del 27 de abril de 2001 "Por el cual se establece el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial" del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional.

- ✓ 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)".

- ✓ Acuerdo 070 de 2019. "Por medio del cual se establece el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP)".

- ✓ Circular No. 336272 de 2013 "Lineamientos para prestación de servicios de Salud a los Niños, Niñas y Adolescentes con Discapacidad / Improcedencia legal para brindar servicios de Educación Especial".

- ✓ Circular 13084 de fecha 13-OCT/2020 relacionada con los Lineamientos técnicos para la implementación de la Certificación de Discapacidad.

MARCO CONCEPTUAL

La Organización Mundial de la Salud –OMS en el 2001 promulgó la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en la que se establece que "discapacidad es un término genérico que incluye: deficiencia o alteración en las funciones o estructuras corporales, limitación o dificultades en la capacidad de realizar actividades y restricción en la participación de actividades que son vitales para el desarrollo de la persona"[2]. La discapacidad representa entonces las alteraciones en el funcionamiento del ser humano, considerando que ésta es producto de la interacción del individuo con el entorno en el que vive y se desarrolla.

El anterior planteamiento dado por la OMS, fue ratificado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad - CDPcD, en la cual se establece, que "la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"[3]

Con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad-CDPcD, se propone la comprensión de la discapacidad desde un Modelo Biopsicosocial, integrando las alteraciones en el funcionamiento de una persona, asociadas a las condiciones de salud, y su relación con el entorno. Estas alteraciones se pueden dar en los niveles: i) Corporal en la afectación de las funciones y estructuras, ii) Individual en la disminución de la capacidad de ejecución de actividades, y iii) Social en la restricción de la participación en el contexto.

i. Nivel Corporal, por cuanto la persona presenta una alteración (desviación, pérdida, mal funcionamiento) significativa en una estructura o función corporal se establece entonces una deficiencia. Una persona que solo tiene una deficiencia, no se puede considerar como una persona con discapacidad. Las deficiencias pueden ser temporales, requiriéndose únicamente una ayuda médica igualmente temporal, o permanentes, manteniéndose estáticas, o progresar con el tiempo deteriorando cada vez más las condiciones de la persona.

ii. Nivel Individual, cuando la persona, por esa deficiencia, presenta además alteraciones en sus capacidades, habilidades o destrezas para ejecutar sus actividades cotidianas en ambientes normalizados, se dice entonces que la persona presenta limitaciones en la actividad.

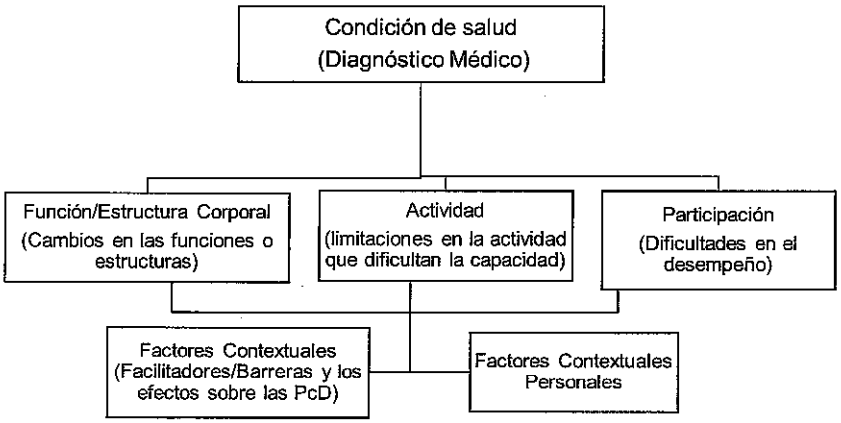
[2] Organización Mundial de la Salud - OMS (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

[3] El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Agustina Palacios. 2008

Una persona que presenta una deficiencia y por ella, dificultades para el desempeño, es una persona con discapacidad. Adicionalmente, una persona que presente una deficiencia (con o sin limitaciones para ejecutar actividades de la vida diaria) y experimente dificultades para involucrarse o participar en espacios vitales, se puede definir como una persona con discapacidad, pues además de las deficiencias presenta restricciones en la participación.

iii. Nivel Social, por cuanto las deficiencias, las limitaciones y las restricciones son consecuencias sociales dada la presencia o ausencia de barreras y facilitadores, en el entorno que afectan al individuo, y le impiden su pleno desarrollo y participación.

Diagrama 1. Modelo Conceptual de la CIF



Fuente: Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF) y su aplicación en rehabilitación. España. 2001.

Las barreras u obstáculos, al igual que los apoyos o facilitadores, forman parte de los Factores Contextuales, jugando un papel fundamental en la discapacidad, debido a que pueden afectar positiva o negativamente la condición del individuo que la posee. Los factores contextuales pueden ser ambientales o personales.

Los Factores Ambientales son factores externos al individuo y corresponden al ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y desarrollan sus vidas. Estos factores pueden tener una influencia negativa o positiva en el desempeño/realización del individuo como miembro de la sociedad, en la capacidad del individuo o en sus estructuras y funciones corporales. Estos factores contemplan dos niveles:

(a) Individual: en el ambiente inmediato del individuo, incluyendo espacios tales como el hogar, el lugar de trabajo o la escuela. En este nivel están incluidas las propiedades físicas y materiales del ambiente con las que un individuo tiene que enfrentarse, así

como el contacto directo con otras personas tales como la familia, amigos, compañeros y desconocidos.

(b) Servicios y Sistemas: estructuras sociales formales e informales, servicios o sistemas globales existentes en la comunidad o la cultura, que tienen un efecto en los individuos. Este nivel incluye organizaciones y servicios relacionados con el entorno laboral, actividades comunitarias, agencias gubernamentales, servicios de comunicación y transporte, redes sociales informales y también leyes, regulaciones, reglas formales e informales, actitudes e ideologías.

Los Factores Personales son internos al individuo, constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, los estilos de vida, los hábitos, los "estilos de afrontamiento", el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos en la historia de vida y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Todas ellas en conjunto, como algunas de ellas individualmente, pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel.

Las barreras u obstáculos forman parte de los factores contextuales y comprenden tres niveles:

a) BARRERAS FÍSICAS: las cuales hacen referencia a "aquellos obstáculos materiales, tangibles o construidos que impiden o dificultan el acceso y el uso de espacios, objetos y servicios de carácter público y privado, en condiciones de igualdad por parte de las personas con discapacidad"[4].

b) BARRERAS ACTITUDINALES: hacen referencia a "aquellas conductas, palabras, frases, sentimientos, preconcepciones, estigmas, que impiden u obstaculizan el acceso en condiciones de igualdad de las personas con y/o en situación de discapacidad a los espacios, objetos, servicios y en general a las posibilidades que les ofrece la sociedad".

c) BARRERAS COMUNICATIVAS: son "aquellos obstáculos que impiden o dificultan el acceso a la información, a la consulta, al conocimiento y en general, el desarrollo en condiciones de igualdad del proceso comunicativo de las personas con discapacidad a través de cualquier medio o modo de comunicación, incluidas las dificultades en la interacción comunicativa de las personas".

De otra parte, los *Facilitadores* hacen referencia a factores ambientales en el entorno de una persona, que, a través de su ausencia o presencia, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Pueden incluir aspectos como un ambiente físico accesible, disponibilidad de tecnología asistencial, actitudes positivas de las personas hacia la discapacidad, así como servicios, sistemas y políticas que intentan mejorar la participación

[4] Ley 1618 de 2013, "Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad".

de todas las personas con discapacidad, en todas las áreas de la vida.

APOYOS: La integración conceptual que se está produciendo en el ámbito internacional, respecto a la introducción de los apoyos y su incidencia en la calidad de vida de la persona con discapacidad, nos sitúa en la comprensión del concepto "calidad de vida" como multidimensional (Shalok, 2006), es decir formado por varias dimensiones: bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, desarrollo personal, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Entre los predictores para la calidad de vida señala factores personales, específicamente la conducta adaptativa y la autodeterminación y variables del entorno como el apoyo recibido por terceras personas. La calidad de vida para personas con discapacidad se compone de los mismos factores que para el resto de las personas. Ésta aumenta cuando se da el poder a las personas de participar en decisiones que afectan a sus vidas y cuando se da una aceptación e integración plena en la comunidad. Por lo tanto, se experimenta calidad de vida cuando se tienen las mismas oportunidades que las personas sin discapacidad, disponiendo de los apoyos necesarios para que las oportunidades sean reales[5].

De esta manera, cuando se interactúa con una PcD el propósito no es enfocarse en las deficiencias sino en sus potencialidades centrándose en la persona, tanto como individuo como en relación con su entorno; parte de este cambio supone pasar de una orientación basada en el déficit a una estrategia de mejora apoyada en el reconocimiento de sus posibilidades; debido a la consideración del concepto de calidad de vida como agente de cambio para mejorar la vida de las personas.

Con el propósito de unificar categorías que permitan la captura análisis de la información con respecto a los niños, niñas, adolescentes con discapacidad se acogen las categorías definidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social y se adoptaron para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a través de la Resolución 0941 de 2020, así:

a) DISCAPACIDAD FISICA. En esta categoría se encuentran las personas que presentan en forma permanente deficiencias corporales funcionales a nivel musculo esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal. Se refiere a aquellas personas que podrían presentar en el desarrollo de sus actividades cotidianas, diferentes grados de dificultad funcional para el movimiento corporal y su relación en los diversos entornos al caminar, desplazarse, cambiar o mantener posiciones del cuerpo, llevar, manipular o transportar objetos y realizar actividades de cuidado personal, o del hogar, interactuar con otros sujetos, entre otras (Ministerio de la Protección Social & ACNUR, 2011).
   Para aumentar el grado de independencia, las personas con alteraciones en su movilidad requieren, en algunos casos, de la ayuda de otras personas, al igual que

[5] https://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/144L_guia.PDF

de productos de apoyo como prótesis (piernas o brazos artificiales), órtesis, sillas de ruedas, bastones, caminadores o muletas, entre otros. De igual forma, para su participación en actividades personales, educativas, formativas, laborales y productivas, deportivas, culturales y sociales pueden requerir espacios físicos y transporte accesible.

b) DISCAPACIDAD AUDITIVA. En esta categoría se encuentran personas que presentan en forma permanente deficiencias en las funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad; como consecuencia, presentan diferentes grados de dificultad en la recepción y producción de mensajes verbales y, por tanto, para la comunicación oral. Se incluye en esta categoría a las personas sordas y a las personas con hipoacusia esto es, aquellas que debido a una deficiencia en la capacidad auditiva presentan dificultades en la discriminación de sonidos, palabras, frases, conversación e incluso sonidos con mayor intensidad que la voz conversacional, según el grado de pérdida auditiva (Ministerio de la Protección Social & ACNUR, 2011). Para aumentar su grado de independencia estas personas pueden requerir de la ayuda de intérpretes de lengua de señas, productos de apoyo como audífonos, implantes cocleares o sistemas FM, entre otros. De igual forma, para garantizar su participación, requieren contextos accesibles, así como estrategias comunicativas entre las que se encuentran los mensajes de texto y las señales visuales de información, orientación y prevención de situaciones de riesgo.

c) DISCAPACIDAD VISUAL. En esta categoría se incluye a aquellas personas que presentan deficiencias para percibir la luz, forma, tamaño o color de los objetos. Se incluye a las personas ciegas y a las personas con baja visión, es decir quienes, a pesar de usar gafas o lentes de contacto, o haberse practicado cirugía, tienen dificultades para distinguir formas, colores, rostros, objetos en la calle, ver en la noche, ver de lejos o de cerca, independientemente de que sea por uno o ambos ojos (Ministerio de la Protección Social & ACNUR, 2011). Estas personas presentan diferentes grados de dificultad en la ejecución de actividades de cuidado personal, del hogar o del trabajo, entre otras. Para una mayor independencia y autonomía, estas personas pueden requerir productos de apoyo como bastones de orientación, lentes o lupas, textos en braille, macro tipo (texto ampliado), programas lectores de pantalla, programas magnificadores o información auditiva, entre otros. Para su participación requieren contextos accesibles en los que se cuente con señales informativas, orientadoras y de prevención de situaciones de riesgo, con colores de contraste, pisos con diferentes texturas y mensajes, en braille o sonoros, entre otros.

d) SORDOCEGUERA. La sordoceguera es una discapacidad única que resulta de la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva, que genera en las personas que la presentan, problemas de comunicación, orientación, movilidad y el acceso a la información. Algunas personas sordociegas son sordas y ciegas totales, mientras que otras conservan restos auditivos y/o restos visuales. Las personas sordociegas requieren de servicios especializados de guía interpretación para su desarrollo e inclusión social.

e) DISCAPACIDAD INTELECTUAL. Se refiere a aquellas personas que presentan deficiencias en las capacidades mentales generales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje de la experiencia. Estos producen deficiencias del funcionamiento adaptativo, de tal manera que el individuo no alcanza los estándares de independencia personal y de responsabilidad social en uno o más aspectos de la vida cotidiana, incluidos la comunicación, la participación social, el funcionamiento académico u ocupacional y la independencia personal en la casa o en la comunidad (American Psychiatric Association, 2014). Para lograr una mayor independencia funcional y participación social, estas personas requieren de apoyos especializados terapéuticos y pedagógicos, entre otros. Es necesaria la adecuación de programas educativos o formativos adaptados a sus posibilidades y necesidades, al igual que el desarrollo de estrategias que faciliten el aprendizaje de tareas y actividades de la vida diaria, como auto cuidado, interacción con el entorno y de desempeño de roles dentro de la sociedad. Los apoyos personales son indispensables para su protección y como facilitadores en su aprendizaje y participación social.

f) DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL (MENTAL): Resulta de la interacción entre las personas con deficiencias (alteraciones en el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas atendiendo a su duración, coexistencia, intensidad y afectación funcional) y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad. Estas barreras surgen de los límites que las diferentes culturas y sociedades imponen a la conducta y comportamiento humanos, así como por el estigma social y las actitudes discriminatorias. Para lograr una mayor independencia funcional, estas personas requieren básicamente de apoyos médicos y terapéuticos especializados de acuerdo a sus necesidades. De igual forma, para su protección y participación en actividades personales, educativas, formativas, deportivas, culturales, sociales, laborales y productivas, pueden requerir apoyo de otra persona (MSPS, 2015a).

g) DISCAPACIDAD MÚLTIPLE: Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental o intelectual, las cuales afectan significativamente el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, la comunicación, la interacción social y el aprendizaje, por lo que requieren para su atención de apoyos generalizados y permanentes. Las particularidades de la discapacidad múltiple no están dadas por la sumatoria de los diferentes tipos de deficiencia, sino por la interacción que se presenta entre ellos. A través de dicha interacción se determina el nivel de desarrollo, las posibilidades funcionales, de la comunicación, de la interacción social (Secretaría de Educación Pública, Perkins International Latin America & Sense International 2011).

LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA LA ATENCIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD EN EL SSFM

La evidencia científica[6] es enfática y establece que la infancia y la adolescencia son periodos en los cuales se sientan las bases del desarrollo posterior de la persona, etapas en las cuales se experimentan rápidos y profundos cambios, pasando de estar dotado de las capacidades elementales para la sobrevivencia y de una amplia gama de potencialidades, a dominar complejas habilidades físicas, emocionales, psíquicas, cognitivas y sociales. Así mismo, establece que el desarrollo del cerebro en estas etapas de la vida, es el eje central del crecimiento integral del menor, ya que es en este período cuando deben ocurrir los eventos más importantes de su maduración.

Es por esto que el SSFM como parte de su misionalidad ha implementado y generado una serie de estrategias en salud que le permitan a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, sus familias y/o cuidadores alcanzar habilidades y destrezas para lograr la mayor independencia posible que le permitan participar en procesos de inclusión.

Entre ellas se desataca la importancia de establecer un plan de habilitación y rehabilitación, que atienda las necesidades de los menores, efectuando la intervención temprana en los Niños, Niñas y Adolescentes con Discapacidad (NNAcD), a través de procesos terapéuticos intensivos y continuos que desarrollen las habilidades y potencialicen las destrezas, maximizando la funcionalidad e independencia de la población. Así mismo, el brindar una atención integral en salud que reduzca la probabilidad de generar una mayor restricción en su participación u aparición de otras enfermedades a causa de su discapacidad y generando una adecuada condición de salud. Por lo tanto, se promueve la prestación de los servicios de rehabilitación en el municipio y/o ciudad donde reside el menor con discapacidad, siempre y cuando se cuenten con los servicios requeridos; de lo contrario, estos deben ser prestados en el lugar más cercano a la residencia del menor a nivel local o regional.

Sin embargo, la contingencia derivada por el SARS CoV-2-COVID-19, ha suscitado una serie de cambios que ha obligado al Subsistema de Salud a incorporar y fortalecer nuevas estrategias de atención como la telemedicina que permitan la continuidad de los tratamientos terapéuticos para lograr una máxima habilitación y/o rehabilitación de los usuarios con discapacidad, así mismo garantizar el acceso y la oportunidad de los servicios de salud, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a los establecido en el Modelo de Atención Integral en Salud.

Igualmente, se promueve la participación activa del núcleo familiar en los procesos de habilitación y rehabilitación funcional, así como los de inclusión temprana en actividades de tipo social, cultural, educativo, recreativo, deportivo, entre otras, que contribuyan a potenciar

[6] UNICEF Infancia La equidad se juega en la primera infancia Documento de trabajo No. 4 – Mayo 2004
OMS Desarrollo la adolescencia
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

las expectativas de desarrollo en los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, independientemente de sus capacidades y de su manera de relacionarse en el mundo.

OBJETIVO GENERAL

Establecer lineamientos técnicos y conceptuales con enfoque diferencial para la atención integral en salud de niños, niñas y adolescentes con discapacidad en el SSFM, que promuevan los procesos de inclusión social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar el seguimiento de la salud y el desarrollo integral de los NNAcD en cada uno de los momentos de curso de vida, de acuerdo con la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RPMS) y rutas de riesgo, según corresponda.

- Identificar oportunamente vulnerabilidades, factores de riesgo y alteraciones que emergen en cada momento vital, que ameriten acciones en salud en los NNAcD, las familias y/o cuidadores, con el fin de referirlas para su manejo a las rutas de riesgo que corresponda.

- Facilitar el desarrollo de las habilidades, destrezas, competencias y capacidades de los niños entre los 0 y los 6 años de edad que estén en alto riesgo de presentar algún tipo de deficiencia/discapacidad, a través de procedimientos terapéuticos integrales en salud, con el fin de prevenir e intervenir las alteraciones que afecten sus procesos de interacción, desempeño, movilidad y/o autonomía en los primeros años de vida.

- Desarrollar en los niños, niñas y adolescentes con discapacidad las habilidades y capacidades para el adecuado desempeño de sus Actividades de la vida Diaria (AVD) y orientar a sus familias en este aspecto.

- Identificar y desarrollar capacidades, habilidades y prácticas en los NNAcD, las familias y cuidadores para el cuidado y mantenimiento de la salud, así como promover los procesos de inclusión social.

- Establecer parámetros generales que articulen la acción de los diferentes actores territoriales en torno a la promoción de la salud, el desarrollo integral y la gestión del riesgo en salud de las personas, las familias y las comunidades

POBLACIÓN OBJETO

1. Niños y niñas entre 0 y 6 años, a quienes no se les haya diagnosticado una alteración, pero que a la evaluación clínica se evidencie un alto riesgo como consecuencia de algunos de los siguientes criterios: resultado de un embarazo o parto de alto riesgo, deprivación psicoactiva, desnutrición, sufrimiento fetal, evidencia de alteraciones

congénitas o genéticas, parto distócico, dificultades en el proceso de desarrollo infantil afectando los primeros años de vida, entre otras.

2. Niños de 7 años hasta cumplir la mayoría de edad (18 años) que presenten alteraciones funcionales (físicas, mentales, intelectuales o sensoriales), que han sido diagnosticados por el especialista tratante (neuropediatría, pediatra, psiquiatría, fisiatría, otorrinolaringología y oftalmología, entre otros) y requieren el desarrollo de habilidades, competencias, destrezas y capacidades en el marco de un proceso terapéutico ofreciendo la oportunidad de desarrollar el máximo nivel de funcionalidad e independencia posible.

ORIENTACIONES PARA LA ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD POR LOS ESM DEL SSFM.

- Asegurar la atención integral en salud de los NNAcD bajo un enfoque diferencial, garantizando la promoción y mantenimiento de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

- Disponer de personal capacitado y entrenado para brindar información clara y oportuna, de acuerdo con las necesidades propias del NNAcD, utilizando los modos, medios y formatos disponibles que se requieran para que el usuario, comprenda la situación de salud y pueda tomar decisiones libres e informadas sobre su cuidado, el de su familia y su entorno.

- Promover la atención en salud de los NNAcD asegurando la identificación y provisión de los apoyos y ajustes razonables que se requieran, para el acceso a una atención integral en salud sin barreras y realizar el consentimiento informado.

- Implementar la ruta para la atención de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad (anexo 1)

- Realizar seguimiento de los usuarios con discapacidad que están siendo atendidos por la red interna y externa, con el objeto de verificar que estén incluidos en las diferentes rutas integrales de atención en salud de cada Establecimiento de Sanidad Militar.

- Asegurar que a los NNAcD accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos, de conformidad a lo establecido por el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares o el Ministerio de Salud y de Protección Social.

- Realizar seguimiento al plan individualizado de tratamiento – PIT establecido por la red interna o externa bajo supervisión del coordinados del ESM, según corresponda. Los PIT deberán establecerse para un tiempo máximo de (6 meses), el cual debe contar con objetivos específicos y metas alcanzables, los cuales deberán ser evaluados periódicamente, con el fin de realizar los ajustes, de acuerdo a los avances del proceso de habilitación y rehabilitación funcional. (anexo 4)

- Solicitar a los usuarios que van a iniciar el proceso de Habilitación/Rehabilitación funcional de los NNAcD, la siguiente documentación:

  - Orden médica de especialista (Pediatría, Neuropediatría, Fisiatría, entre otros). En el caso de ser valorado por la ruta de primera infancia, infancia y adolescencia; podrá ingresar con la orden del profesional de medicina general o enfermería.
  - Historia clínica del menor.
  - Exámenes diagnósticos de apoyo.
  - Una foto de 3X4
  - Una foto postal de la familia
  - Copia carne de vacunación
  - Copia de documento de identidad del menor.
  - Copia del documento de identidad del cotizante.
  - Copia de documento de padres de familia y/o acudiente, con datos personales: teléfono, correo electrónico y dirección de residencia.
  - Diligenciamiento de la ficha de identificación, el cual se debe incluir como un anexo en Salud.SIS. (Anexo 3)

  Nota: Una vez inicie proceso de habilitación/rehabilitación funcional, el coordinador deberá orientar a los padres de familia y/o cuidador, para que el NNAcD sea incluido en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud (según el momento curso de vida del menor) y realizar seguimiento.

- Asegurar el cumplimiento de los lineamientos para la prestación y contratación de los servicios de rehabilitación funcional en los NNAcD del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así como de los procesos de auditoria (Anexo 2)

- Verificar que los procesos de contratación con la red externa se incluyan los procedimientos, intervenciones y actividades establecidas en el Plan de Servicios de Sanidad Militar.

- Utilizar los cupos de vigencia futura autorizados con el fin de dar continuidad al servicio durante el proceso contractual, así como realizar negociación de tarifas bajo el principio de integración funcional entre las Fuerzas en cada una de las ciudades.

- Expedir la certificación de discapacidad, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 941 de 2020 del SSFM o las normas que lo modifiquen adicionan o sustituyan.

EXCLUSIONES EN LA ATENCIÓN DE NNAcD

- No se podrán incluir servicios de carácter educativo, instruccional o de capacitación bajo cualquier modalidad, ni pago de alimentación, insumos de aseo y cuidado personal, manutención, vestuario, transporte, vivienda, internación que no corresponda a una hospitalización, estrategias lúdicas y recreativas, sombras terapéuticas y/o

cuidador en salud, terapias con animales y tratamientos no reconocidos por las asociaciones medico científicas a nivel nacional o aquellos de carácter experimental. Lo anterior, teniendo en cuenta a la normatividad vigente, en particular lo señalado en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Con la presente actualización queda sin valor ni efecto la Circular No. 358626 CGFM/DGSM/SS/GGESA 86.13 "Lineamientos Técnicos para la Prestación de los servicios de Rehabilitación Funcional en la Red Externa para la atención de los niños, niñas y adolescentes con deficiencia/discapacidad motora, cognitiva, sensorial (auditiva - de voz y habla y ceguera - baja visión) y múltiple" y la Adenda No. 361182 CGFM/DGSM/SS/GGESA 86.13" del 20 de febrero de 2014, así como las directrices que le sean contrarias.

Con respeto,

Mayor General JAVIER ALONSO DÍAZ GÓMEZ
Director General de Sanidad Militar

Anexo 1: Ruta de atención Niños, Niñas y Adolescentes con discapacidad en el SSFM
Anexo 2: Parámetros técnicos para la prestación y contratación de los servicios de Rehabilitación funcional en los NNACD del SSFM
Anexo 3: Ficha de identificación
Anexo 4: Plan Individualizado de Tratamiento

Elaboró: PD. Angelica Rico – Grupo Gestión del Riesgo en Salud – DIGSA
SMSM Clara Medina -Coordinadora Rehabilitación DISAN EJC
SMSM Marcelena Rodriguez – Coordinadora Rehabilitación DMGEM
CC Juan Carlos Gil - Coordinador Rehabilitación DISAN ARC
CC Paola Andrea Zabala – Jefe Rehabilitación HONAC
SMSM Paola Arroyabe - Coordinadora Rehabilitación JEFSA FAC
SMSM Carol – Ubaque – Coordinadora Rehabilitación DMEFAC

Revisó: SMSM. Saida M Duran Acosta
Coordinadora Grupo Gestión del Riesgo en Salud – DIGSA

PD. Angela María Tofiño Saavedra
Coordinadora Grupo Asuntos Legales – DIGSA

323.
Vo.Bo. Coronel Rocio del Pilar Garzón Ayala
Subdirectora de Salud – DIGSA

ANEXO 1 **Ruta de atención Niños, Niñas y Adolescentes con discapacidad en el SSFM**			
Actividad	Descripción	Responsable	Instrumento
Identificación de la población a riesgo o NNAcD	La ruta de Materno Perinatal reportará los embarazos de alto riesgo	Equipo Básico de Atención en Salud del ESM	RIA Materno Perinatal
	Identificación de factores de riesgo en la alteración del desarrollo psicomotor del infante o niño (a) o adolescente.	Equipo Básico de Atención en Salud del ESM	Ficha Familiar RIA Promoción y Mantenimiento de la Salud
	Las especialidades de Pediatría, fisiatría, Neuropediatría u otra especialidad que identifique la condición de discapacidad.	Médico Familiar Grupos de Apoyo y Diagnóstico Terapéutico del ESM Red externa contratada	Historia Clínica
Registro e ingreso	Identificación y caracterización del NNAcD	Coordinador Equipo de RHB del ESM	Matriz identificación población con discapacidad SSFM
Valoración por parte del Equipo Interdisciplinario de RHB del ESM	Asignación de la cita de valoración por el equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESM, la cual deberá ser agendada con los profesionales requeridos	Agendamiento ESM	Salud.SIS
	Diligenciar ficha de identificación (Anexo)	Coordinador de Rehabilitación	Formato emitido por la DIGSA
	Valoración del equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESM, el cual deberá estar conformado por las siguientes profesiones: un (1) médico general o especialista en pediatría, fisiatría o neuropediatría entre	Equipo de Rehabilitación Funcional según tipo de discapacidad	HCL Salud.SIS

	otros, un (1) fisioterapeuta, un (1) Terapeuta ocupacional, un (1) fonoaudiólogo, un (1) enfermero profesional, un (1) psicólogo, un (1) trabajador social. En caso de no contar con todos los profesionales, se deberá contar con mínimo tres (3) profesionales; y será de obligatoria participación del profesional de medicina.		
	Establecer la condición socio familiar del menor, y hacer seguimiento de los casos identificados de mayor vulnerabilidad	Trabajo Social del ESM	Historia Clínica
Sensibilización y capacitación del usuario familia y cuidador	Capacitación, asesoría e instrucción para los usuarios, padres o cuidadores primarios, que permitan conocer los derechos y deberes de las personas con discapacidad.	Equipo de Rehabilitación del ES	Políticas para la atención integral de Personas con Discapacidad (PcD) Convención de los Derechos de las PcD Lineamientos emitidos por el SSFM y entes externos
Plan Individualizado de Tratamiento	Establecerá el Plan Individualizado de Tratamiento, en el cual deberá contar con objetivos y metas claramente definidas, duración de tratamiento, intervenciones a realizar, actividades y compromisos de	Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESM según tipo de discapacidad	Historia Clínica Informes de seguimiento red interna

	la familia, recomendaciones y seguimiento al mismo. Es fundamental que la familia participe activamente en el proceso de rehabilitación. El PIT deberá ser consignado en la matriz de seguimiento emitida por la DIGSA y reportado trimestralmente a la DISAN; donde se evidencie los avances terapéuticos de cada NNAcD		Matriz de seguimiento del PIT
	Cuando la prestación de los servicios de rehabilitación se realice en la red externa está valoración se realizará en forma conjunta entre la institución contratada y el respectivo equipo interdisciplinario del ESM, de igual manera se revisará y evaluará por cada usuario su plan de tratamiento de acuerdo al estado funcional y a la programación previamente establecida durante el proceso contractual. El PIT deberá ser consignado en la matriz de seguimiento emitida por la DIGSA y reportado trimestralmente a la DISAN; donde se evidencie los avances terapéuticos de cada NNAcD	Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del ESM según tipo de discapacidad Equipo Interdisciplinario de Rehabilitación del Red externa contratada	Plan Integral de Tratamiento concertado Informes de seguimiento red externa contratada Matriz de seguimiento del PIT
Actividades de promoción y mantenimiento de la salud	Verificación que los NNAcD estén incluidos en las rutas de atención integral en salud de acuerdo al curso de vida; el cual deberá hacerse entre el coordinador del programa de	Coordinador del programa de rehabilitación y EBAS al cual este adscrito el usuario	RIA PMS Historia clínica Informes trimestrales de

	rehabilitación y el personal encargado de la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS del ESM.		seguimiento discapacidad
Ejecución del Plan Individualizado de tratamiento;	Ejecución del Plan Individualizado de tratamiento; el cual se podrá desarrollar dentro del ESM, en el domicilio a través del programa de atención domiciliaria o con la contratación de red externa	Equipo de RHF del ESM Programa de Atención Domiciliaria Red Externa contratada	Historia clínica Informes trimestrales de seguimiento discapacidad
Educación y capacitación usuarios con discapacidad, familias y cuidadores	Realización mínima de 3 talleres a padres de familia y/o cuidador durante el año; donde se den a conocer los lineamientos de rehabilitación en NNAcD, deberes y derechos de la población con discapacidad y orientación e importancia de los procesos de inclusión en los NNAcD a nivel educativo, cultural, deportivo y recreación con el fin de garantizar el goce pleno y las condiciones de igualdad de los derechos de las personas con discapacidad.	Equipo de RHB del ESM	Plan de educación y capacitación para usuarios con discapacidad, familias y cuidadores Historia clínica Informes trimestrales de seguimiento discapacidad
Evaluación del PIT	Finalización del proceso de rehabilitación funcional en NNAcD; el usuario debe continuar en las rutas de promoción y mantenimiento de la salud o rutas de riesgo según corresponda.	Equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESM Usuario, familia y/o cuidador Equipo Básico de Atención en Salud	Historia Clínica

Certificación de Discapacidad	Realizar el Certificado de discapacidad	Padres de familia y/o cuidador del NNAcD DISANES Y JEFSA Equipo multidisciplinario de Certificación de Discapacidad de los ESM	Resolución No. 941 de 2020
Actividades de Inclusión	Promover y coordinar acciones inter e intrasectoriales que apoyen actividades que permitan desarrollar y entrenar habilidades y destrezas en la población entre 12 a 14 años; con el fin de que al cumplir los 18 años, puedan realizar actividades de inclusión. Así como fortalecer la importancia del proyecto de vida a los usuarios que se encuentren próximos a cumplir los 18 años.	Equipo interdisciplinario de Rehabilitación del ESM Usuario, familia y/o cuidador	Alianzas inter e intrasectoriales Centro de Rehabilitación Inclusiva del Min Defensa
Junta de Calificación de Invalidez	Antes de cumplir el usuario con discapacidad la mayoría de edad (18 años) el usuario, debe realizar una capacitación a los padres de familia y/o cuidador del proceso de calificación de invalidez para los beneficiarios del SSFM; según lo establecido en el Acuerdo No. 069 del 2019 del SSMP o normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.	Coordinador de Rehabilitación	Acuerdo No. 069 del 2019 del SSMP o normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan

Anexo 2
Parámetros técnicos para la prestación y contratación de los servicios de rehabilitación funcional en los NNAcD del SSFM

1. La institución contratada deberán estar inscrita en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social, Certificado de Habilitación expedido por las Direcciones Departamentales y Territoriales de Salud, donde se encuentre ubicado el prestador correspondiente, de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019.(Anexar Registro y/o Certificado donde se evidencie los servicios ofrecidos, complejidad y tipo de modalidad en que son prestados).

2. La institución contratada tendrá que certificar que el personal se encuentra registrado en el RETHUS, con experiencia laboral mínimo dos (2) años de los cuales un (1) año en manejo de población con discapacidad; por ningún motivo podrán ser atendidos por estudiantes o practicantes. "Certificación firmada por el representante legal en donde manifiesta que los servicios prestados en habilitación y rehabilitación para usuarios en discapacidad física y múltiple serán prestados por profesionales con experiencia en: Fisioterapia o terapia física: (Neurorrehabilitación), Terapia Ocupacional: (Terapia cognitiva conductual), Fonoaudiología: (Integración sensorial) y psicología (Terapia cognitiva comportamental)".

3. Toda intervención que se realice por la red externa contratada para la atención en salud de las personas con discapacidad, deberá estar registrada y autorizada a través del consentimiento informado, así como con los apoyos y ajustes razonables requeridos.

4. La institución contratada debe contar con la infraestructura, los recursos tecnológicos y técnicos, así como el recurso humano acordes a la norma de Habilitación de los servicios y de acuerdo a la población objeto. (previa visita técnica), tales como:

   a. Áreas terapéuticas para trabajo grupal.
   b. Áreas terapéuticas independientes para trabajo individual.
   c. Zonas verdes, salón o patio para actividades recreativas.
   d. Zonas de alimentación.
   e. Baños con adaptaciones de acuerdo a la capacidad instalada y rampas de acceso en caso de requerirlas para cada área terapéutica.
   f. Todas las instalaciones de la institución deberán tener los ajustes razonables para el acceso y movilización, así como tener buena iluminación y ventilación.

5. La institución al inicio del contrato, deberá realizar una evaluación individual que permita identificar la condición de salud con base a la Clasificación Internacional de Funcionamiento, discapacidad y salud – CIF por parte del equipo interdisciplinario de rehabilitación; identificando las necesidades, objetivos terapéuticos, plan de tratamiento y duración en tiempo, del proceso de intervención de habilitación/rehabilitación,

proyectado de acuerdo con el tiempo de duración del contrato; siempre y cuando el ESM no cuente con el equipo interdisciplinario de rehabilitación.

Así mismo deberá realizar una valoración del entorno social y familiar por parte del trabajador social, que identifique las condiciones que puedan afectar el correcto desempeño del tratamiento; al igual que conocer cuáles son las expectativas y proyecto de vida para el menor.

6. La institución contratada deberá presentar el Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), de acuerdo al diagnóstico emitido por los médicos y/o profesionales del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el cual debe contar con un objetivo general integral y unos objetivos específicos que sean claros, medibles en tiempo, con un método de ejecución integral que contemple las habilidades establecidas, necesidades del usuario, metas y compromisos y que integren plenamente la corresponsabilidad de la familia o cuidador y al coordinador del Programa de rehabilitación y discapacidad del ESM, realizando las anotaciones correspondientes en la historia clínica.

7. La institución contratada deberá entregar al coordinador del programa de rehabilitación del ESM, la programación mensual con el horario de atención y de actividades que se realizaran con cada uno de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad; así como los cambios a que haya lugar durante el mes.

8. La institución contratada deberá ofrecer asesoría y consejería individual a la familia, niño, niña o adolescente, para el logro de los objetivos propuestos por cada área de desarrollo de acuerdo con el resultado de la evaluación inicial.

   También deberán promover la utilización de planes caseros en cada una de las áreas de desarrollo, con el fin de afianzar el compromiso de los padres en el proceso de habilitación/rehabilitación funcional de los niños, niñas y adolescentes los cuales deben quedar registrados en la historia clínica y realizar el seguimiento y cumplimiento de estos.

   La institución contratada deberá garantizar que el tiempo establecido para la atención será mínimo de 40 minutos, de los cuales 30 minutos serán para el desarrollo de las actividades terapéuticas y 10 minutos para la asesoría a los padres de familia y/o cuidador, entrenamiento en ayudas técnicas, las cuales deben ser documentadas y soportadas en los registros de atención de los usuarios y en el seguimiento del plan terapéutico y el diligenciamiento de la historia clínica.

9. La institución contratada deberá garantizar sesiones a nivel individual y grupal; estas últimas deberán estar justificadas en el PIT, deberán contar con un máximo de 5 participantes que tendrán el mismo tipo de discapacidad, momento de curso de vida y no podrán superar la cantidad de sesiones individuales programadas.

10. La institución contratada deberá entregar al coordinador del programa de rehabilitación del ESM un informe trimestral de la evolución del usuario y donde se evidencie el avance y logros obtenidos por el niño, niña o adolescente, de acuerdo a las metas, compromisos y tiempos establecidos. Así como el replanteamiento de estos, en caso que lo requiera.

11. La institución contratada al finalizar el contrato deberá presentar un informe de cierre que permita identificar y evidenciar el cumplimiento de objetivos y metas trazadas, en relación con el plan de tratamiento inicial, generando recomendaciones a la familiar y al coordinador del programa de rehabilitación ESM.

12. La institución contratada asignará un trabajador social y/o psicólogo quién será el enlace oficial entre la familia - cuidador y el coordinador del programa de rehabilitación del ESM; así mismo realizará las remisiones que se consideren pertinentes para procesos terapéuticos familiares.

13. La institución contratada deberá garantizar la realización de mínimo una visita domiciliaria por parte del trabajador social a la familia y/o cuidador, presentando un informe al coordinador del programa de rehabilitación del ESM sobre los hallazgos, recomendaciones y/o intervenciones que se consideren pertinentes para cada caso.

14. La institución contratada deberá realizar asesoría, acompañamiento y orientación a los profesionales del contexto escolar y a la institución educativa donde se encuentre realizando procesos de inclusión el NNAcD, de acuerdo a la necesidad de cada usuario; así mismo deberá informar al coordinador del programa de rehabilitación del ESM de estas acciones para dar seguimiento.

15. La institución contratada deberá asesorar a las familias y/o cuidador, sobre los procesos de inclusión social, en actividades educativas, sociales, laborales acordes a su desempeño e intereses (Ley Estatutaria de Discapacidad).

    Así mismo, deberá realizar tres talleres de sensibilización y capacitación dirigidos a las familias de los NNAcD a través de los cuáles se les brinden herramientas de empoderamiento; el cual estará soportado en un informe con anexos fotográficos y entregado al coordinador de rehabilitación de discapacidad del ESM.

16. La institución contratada deberá facilitar el agentamiento de las sesiones acorde a las actividades diarias y escolares de cada niño, niña y/o adolescente con discapacidad, para garantizar una asistencia efectiva a las mismas. Así mismo asegurar que los profesionales que prestan los servicios sean permanentes, evitando que haya cambios en el contexto de la consulta que pueda generar retrocesos en la adaptación, colaboración y empatía.

17. La institución contratada deberá informar por medio escrito al coordinador del programa de rehabilitación, las novedades presentadas con los NNAcD respecto al ausentismo

semanal, retiro del programa, cambios de terapeutas, ajustes en el plan de tratamiento, cambios de domicilio y situaciones especiales y de notificación obligatoria.

18. La institución contratada solo podrá facturar hasta máximo dos (2) inasistencias mensuales, las cuales deberán tener causa justificada y reportada al coordinador de rehabilitación del ESM en la fecha que ocurra la novedad.

19. La institución contratada deberá presentar y dar cumplimiento a Protocolos y Guías de Manejo de las primeras diez (10) causas de morbilidad de acuerdo con los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y que son utilizadas dentro de la institución.

20. La institución contratada deberá permitir al equipo interdisciplinario de rehabilitación del ESM el acceso a las Historias Clínicas (teniendo en cuenta la Resolución 1995 de 1999), estadísticas, soportes y demás documentos relacionados con la atención de los pacientes; así como aprobar la realización de visitas periódicas por parte del área de auditoria de calidad del ESM y verificar las condiciones de las instalaciones, recurso humano disponible, en el momento de la ejecución del contrato.

21. La institución contratada deberá certificar por escrito su compromiso de no cobrar a la Dirección y/o Establecimiento de Sanidad Militar, costos por servicios de educación formal en aulas regulares o especiales, así como: insumos de aseo y cuidado personal, sombras terapéutica, transporte, aditamentos o accesorios que no suplan funciones vitales ni objetivos terapéuticos dentro del proceso de habilitación/rehabilitación integral en salud y aquellos servicios adicionales que la institución preste por fuera de lo pactado en el respectivo contrato o que induzcan a la demanda de los mismos. Tampoco deberá prescribir, recomendar o sugerir por escrito o verbal, servicios que no estén contemplados dentro del Plan de Servicios de Sanidad Militar y en el respectivo contrato.

22. La institución contratada certificara por escrito su compromiso de no realizar, ni incitar, ni recomendar a los usuarios, padres de familia y/o acudientes actos de promoción de intereses contrarios a la misión del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. lo que dará lugar a la terminación anticipada del respectivo contrato.

23. La institución contratada debe responder por las no conformidades que se presenten en desarrollo de la prestación de servicios a los usuarios y aplicará las acciones de mejora pertinentes. Lo anterior, sin perjuicio de las responsabilidades civiles y contractuales que como prestadores del servicio se deriven de esta actividad.

24. La institución contratada debe recibir, tramitar y solucionar de manera diligente y sin dilaciones injustificadas las peticiones, las quejas o sugerencias de los usuarios que recaigan sobre la prestación del servicio objeto del contrato, para lo cual se debe efectuar un consolidado de las quejas, reclamos o sugerencias y las acciones adelantadas para su solución y/o mejoramiento. Igualmente deberá enviar copia de la

respuesta generada por la institución de la petición, queja o reclamo, al coordinador del programa de rehabilitación del ESM, así como el manejo de satisfacción de usuarios verificada por encuestas del servicio.

25. Durante la ejecución del contrato, la institución contratada deberá aceptar la inclusión de nuevos usuarios, así como el retiro de estos; toda vez que sea a causa de traslados de los padres y/o razones de fuerza mayor, previo concepto del coordinador del programa de rehabilitación del ESM.

26. La institución contratada deberá comprometerse a mantener informado mensualmente al supervisor del contrato y al coordinador del programa de rehabilitación del ESM, del estado de ejecución del contrato. Alcanzado el 70% de la ejecución del contrato, el supervisor deberá informar al ordenador del gasto y solicitar una adición de rubro para dar continuidad a los tratamientos instaurados.

    No se podrán suspender los servicios de rehabilitación a los NNAcD, por falta de recursos económicos y deberán tomarse acciones necesarias para dar continuidad a los mismos.

27. La institución contratada deberá prestar los servicios en el inmueble presentado en la oferta. En caso de requerir cambio de instalaciones durante la ejecución del contrato deberá ser tendiente a mejorar la calidad del servicio o superarla y deberá informar al coordinador del programa de rehabilitación y al supervisor del contrato, anexando copia de la habilitación emitida por la Secretaria de Salud.

    El supervisor del contrato en compañía de auditoria de la calidad del ESM, deberá realizar visita de verificación y emitir el concepto favorable, e informar al ordenador del gasto para que se efectué la correspondiente modificación al contrato, indicando el nuevo lugar de ejecución.

    Cualquier cambio que realice la institución contratada en los profesionales aprobados al inicio del contrato, deberá ser del mismo perfil y experiencia profesional o de superior calidad y deberá ser notificado al supervisor del contrato y coordinador del programa de rehabilitación del ESM.

    Mantener vigentes los permisos, licencias y títulos especiales exigidos por parte de la ley o las autoridades administrativas, civiles o sanitarias, para el ejercicio de las actividades contratadas. Cualquier cambio debe ser informado al coordinador del Programa Niños, Niñas y Adolescentes con Discapacidad.

28. De conformidad con lo establecido en el Artículo 41 de la Ley 80 de 1993 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, la institución contratada al momento de oficializar el contrato y de presentar las respectivas facturas con los respectivos RIPS para su radicación, deberá acreditar el pago mensual de los aportes de la afiliación y cotización a los sistemas de Seguridad Social y Cajas de Compensación Familiar, Instituto de Bienestar familiar y Sena. Para tal fin deberá allegar con la correspondiente factura, certificación donde conste dicho cumplimiento firmado por el representante legal o el revisor fiscal, conforme a la normatividad legal vigente que estuviese obligado a tener.

    Comunicar por escrito al contratante cualquier cambio en la información suministrada para el desarrollo del contrato; de igual forma, se deberá informar cualquier cambio en el número de cuenta bancaria, con el fin de realizar los respectivos contratos modificatorios, allegando en original la certificación bancaria correspondiente.

29. En el caso en que durante el tiempo de ejecución del contrato surja alguna eventualidad de fuerza mayor o caso fortuito que afecte a cualquiera de las partes, la red externa contratada informara por escrito al supervisor del contrato, con el fin de definir la solución de mutuo acuerdo.

30. La institución contratada deberá comprometerse a notificar ante las entidades como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), las comisarías de familia, inspecciones de policía o personerías municipales o distritales, e inclusive ante la Fiscalía General de la Nación, todo acto de negligencia por parte de los padres o adultos responsables de los NNAcD, o cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos, violencia intrafamiliar o violencia sexual, preservando la cadena de custodia si fuera el caso; y deberá ser notificado al coordinador del programa de rehabilitación del ESM y supervisor del contrato.

    Para lo anterior, deberá contar con un protocolo de manejo en los casos que los padres soliciten desistimiento de los tratamientos; teniendo en cuenta que priman los derechos de los niños sobre los de los adultos. Dicho procedimiento debe incluir la intervención de entes de control anteriormente mencionados.

31. La institución contratada no podrá cobrar al ESM las tecnologías en salud de carácter experimental, sobre la cual no exista evidencia científica, seguridad o costo efectividad, aplicación de tratamientos de carácter experimental o que no hayan sido reconocidas por las autoridades nacionales competentes. No podrá aplicar procedimientos que no estén incluidos en el contrato.

32. La institución contratada deberá acceder a entregar información estadística requerida por el ESM, respecto a los procedimientos y actividades realizadas a los NNAcD, durante la ejecución del contrato.

33. La red externa deberá abstenerse de realizar actos que atenten contra la salud física y mental de los NNAcD. Ante cualquier evento de estos que se presenten, se deberá responder civil, penal y contractualmente.

34. La institución contratada deberá contar con los servicios de terapia física, fonoaudiología, terapia ocupacional, piscología, trabajo social, especialista de apoyo para los comités de habilitación/rehabilitación en (fisiatría, psiquiatría infantil, neuropediatría y neuropsicología, entre otros) en la modalidad de telemedicina, de acuerdo con la Resolución 2654 de 2019, y deberán estar habilitados de acuerdo a la Resolución 3100 de 2019 o las normas que lo modifiquen o adicionen.

35. La red externa contratada para prestar los servicios por telemedicina deberá diligenciar con los padres del menor el consentimiento informado y establecer las responsabilidades de las personas involucradas en el proceso de rehabilitación del menor, que aplique la empresa para la prestación de los servicios.

NOTA: las anteriores condiciones deben quedar establecidas e incorporadas en el texto de las minutas de contrato que se suscriban.

PROCESO DE AUTORIA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR

Con el objetivo de monitorear la calidad y reducir los riesgos en la prestación de los servicios de rehabilitación funcional a los NNAcD del SSFM se requiere que los auditores dentro de sus programas de auditoria verifiquen que:

Durante el proceso precontractual, se requiere asegurar que la institución está habilitada y cumple con los estudios técnico científicos de capacidad administrativa y financiera y además la inclusión de los siguientes documentos: Certificado de habilitación expedido por el Ente Departamental o Distrital de los servicios que se vayan a contratar o inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, copia del cargue indicadores de calidad en los periodos establecidos en la Resolución 256 de 2016.

De igual forma se deben incluir condiciones de contratación tales como; la existencia de una política de seguridad del paciente, aseguramiento de la referencia y la inclusión de

reuniones cuando se requiera concertar por fallas en la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Realización trimestral o antes si es necesario de reuniones con la red externa contratada, para el seguimiento a los procesos en los cuáles se evidencie el incumplimiento del contrato o fallas de calidad en la prestación del servicio (Se deberá levantar un acta de la reunión que incluya los compromisos de ser necesario).

Cada ESM, en cabeza del Director debe contar con un responsable del proceso de auditoría de calidad de red externa, este debe ser preferiblemente el mismo que monitorea la red interna, profesional de salud especialista en auditoría en salud, y/o profesional del área de la salud con experiencia en el área administrativa y/o asistencial.

Dentro de los documentos con que deberá requerir el ESM a la red externa a contratar serán:

- ✓ Portafolio de servicios.
- ✓ Realizar un cronograma de visitas de auditorías durante el año a la red externa; para ello es necesario enviar con anterioridad copia de notificación de la visita de auditoria a la red externa.
- ✓ Realizar Informe de auditoría de la red externa y hacer entrega del mismo.
- ✓ La red externa contratad deberá realizar un plan de mejoramiento como resultado de la auditoria de calidad en salud en caso de requerirlo o acta de reunión con compromisos.
- ✓ La red externa contratada deberá entregar soportes del cargue de los indicadores de calidad y de planes de mejoramiento al sistema de información SISPRO del Ministerio de Salud y Protección Social
- ✓ Actas de reunión con la red externa.

Dentro de los registros y procedimientos en la auditoria de calidad en salud a verificar mínimo una vez durante el contrato están:

- ✓ Verificar por cada distintivo de habilitación y para cada sede si es el caso el certificado o la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y estudios de capacidad instalada.
- ✓ Verificar el cumplimiento del programa de auditoria para el mejoramiento de la calidad en salud PAMEC y auditoría interna.
- ✓ Solicitar copia del reporte de indicadores de calidad y reporte de planes de mejoramiento al sistema de información SISPRO semestralmente.
- ✓ Solicitar copia de reporte y gestión de eventos adversos ocurridos a pacientes del SSFM presentados durante el mes o estrategias implementadas con el objetivo de minimizar los riesgos.

- ✓ Verificar el proceso del sistema de referencia y contra referencia de la red contratada con el fin que el ESM tenga conocimiento del proceso de autorizaciones, remisión y contra referencia de ser necesario.
- ✓ Verificar copia comités de obligatorio cumplimiento y calidad sobre todo cuando hayan sido instrumentos para la verificación de fallas en la calidad de la prestación de los servicios de salud a los usuarios del SSFM y en los cuales se registren compromisos y acciones de mejora realzados por la IPS de la red externa.
- ✓ Procedimientos de auditoria médica concurrente en especial y en casos de pacientes por eventos adversos o incidentes reportados por la empresa contratada

DIGSA

ANEXO No. 3

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD

DATOS PERSONALES

FECHA DE DILIGENCIMIENTO DE LA FICHA:								
FUERZA	ESM	FECHA EVALUACION			INSTITUCION			
		DD	MM	AAAA				
Departamento:					Municipio			
Nombre y apellidos					No. documento identidad			
					Registro Civil	Tarjeta Identidad		
Lugar de nacimiento y fecha			género		Fecha ingreso programa			
DD	MM	AAAA	M	F	DD	MM	AAAA	
Diagnóstico								
CIE 10		Descripción						
CIE 10		Descripción						
CIE 10		Descripción						
Discapacidad								
Física		Intelectual			Visual		Auditiva	
Sordoceguera		Psicosocial (mental)			Múltiple			
MEDICO TRATANTE		ESPECIALIDAD			TELÉFONO			

DESCRIPCION FAMILIAR

Nombre padre	Dirección y cuidad	Teléfono fijo y celular	Correo electrónico
Nombre madre	Dirección y cuidad	Teléfono fijo y celular	Correo electrónico
Nombre cuidador	Dirección y cuidad	Teléfono fijo y celular	Correo electrónico

HERMANOS	SI	NO	Edad (años)	GENERO		PRESENTA DISCAPACIDAD		
NOMBRE Y APELLIDOS				M	F	SI	NO	Especifique tipo de discapacidad

GENOGRAMA

NECESIDADES TERAPEUTICAS POR TRIMESTRE

SERVICIO	I.	II.	SERVICIO	III.	IV.
TERAPIA FISICA			PSICOLOGIA		
TERAPIA OCUPACIONAL			FONOAUDIOLOGIA		
OTROS: CUALES					

REQUERIMIENTO PRODUCTOS DE APOYO EN SALUD	DESCRIPCION

NOMBRE Y FIRMA

COORDINADOR PROGRAMA
CC:

Descripción del tipo y las características de discapacidad.

TIPO DE DISCAPACIDAD	FUNCIONES CORPORALES
FISICA	Funciones corporales a nivel musculo esquelético, neurológico, tegumentario de origen congénito o adquirido, pérdida o ausencia de alguna parte de su cuerpo, o presencia de desórdenes del movimiento corporal
VISUAL	Funciones para percibir la luz, forma, tamaño o color de los objetos. Se incluye a las personas ciegas y a las personas con baja visión
AUDITIVA	funciones sensoriales relacionadas con la percepción de los sonidos y la discriminación de su localización, tono, volumen y calidad
SORDO CEGUERA	Resulta de la combinación de una deficiencia visual y una deficiencia auditiva
INTELECTUAL (COGNITIVA)	Funciones relacionadas con el aprender y el entender.
PSICOSOCIAL (MENTAL)	Funciones relacionas con el pensamiento, percepciones, emociones, sentimientos, comportamientos y relaciones, considerados como signos y síntomas atendiendo a su duración, coexistencia, intensidad y afectación funcional
MULTIPLE	Presencia de dos o más deficiencias asociadas, de orden físico, sensorial, mental o intelectual

Anexo 4. PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO (PIT).

PLAN INDIVIDUALIZADO DE TRATAMIENTO- PIT												
Nombre usuario												
Documento identificación		NIT		TI								
Fecha de nacimiento	DD/MMM/AAAA							Edad actual (Años/meses)				
Departamento de Residencia				Municipio de Residencia								
Ámbito	Urbano			Rural			Dispersa					
Dirección de Residencia												
Teléfono de contacto				Teléfono celular								
Discapacidad	Física		Intelectual			Sordoceguera						
Visual		Auditiva			Psicosocial (mental)			Múltiple				
Diagnóstico(s)	CIE 10 Código		Descripción									
	CIE 10 Código		Descripción									
	CIE 10 Código		Descripción									
Tipo de discapacidad:	Física		Intelectual			Sordoceguera						
Visual		Auditiva			Psicosocial (mental)			Múltiple				
Valoración inicial (En este espacio el equipo interdisciplinario de rehabilitación consignara el resumen de las valoraciones por cada disciplina y un resumen en consenso del equipo)												
Pronóstico												
Objetivos generales de rehabilitación funcional												
Objetivos específicos de rehabilitación funcional												
Logros y metas esperadas del tratamiento de rehabilitación funcional												

Intervenciones terapéuticas a realizar e intensidad terapéutica por disciplina
Productos de apoyo en salud que requiere el usuario
Compromisos de la familia en el proceso de rehabilitación funcional
Tiempo de ejecución del plan de tratamiento

Seguimiento al plan individualizado de tratamiento	
Fecha	Evolución

Valoración final (En este espacio el equipo interdisciplinario de rehabilitación deberá consignar el resumen de las valoraciones por cada disciplina y un resumen en consenso del equipo)
Recomendaciones y plan de seguimiento

Firma equipo interdisciplinario de rehabilitación			
Profesión	No. Registro profesional	Nombres y apellidos	Firma
Firma usuario			
Documento de identificación	Nombres y apellidos		Firma
Firma familiar y/o cuidador			
Documento de identificación	Nombres y apellidos		Firma