

REPÚBLICA DE COLOMBIA



## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024

Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud en el marco del derecho fundamental a la salud.

#### EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En ejercicio de sus facultades legales, en especial las conferidas en los artículos 4 de la Ley 1438 de 2011, y 2, numerales 2, 8 y 30 del Decreto 4107 de 2011, y

#### CONSIDERANDO

Que según el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado y tiene la obligación de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Asimismo, corresponde al Estado la organización, dirección y reglamentación de la prestación de servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Que la Ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean las personas que residen en el país.

Que para la implementación de la Atención Primaria en Salud en el sistema, la precitada Ley establece en el artículo 14 como deber del Estado la formulación de la Política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de resolver de forma integral y oportuna las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.

Que el artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 establece que la rehabilitación hace parte del derecho fundamental a la salud para todas las personas, junto con la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la paliación. Así mismo el artículo 15 *ibidem* determina que la prestación de servicios y tecnologías se estructura sobre una concepción integral de la salud que incluye la rehabilitación.

Que el artículo 6 de la precitada norma establece los elementos esenciales y principios del derecho fundamental a la salud, dentro de los cuales se contempla el principio de accesibilidad, según el cual las tecnologías de salud deben ser accesibles a todos dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural; y de continuidad que establece que una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 2 de 59

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

Que de conformidad con lo señalado en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 es deber del Estado garantizar la disponibilidad de los servicios de salud a toda la población en el territorio nacional considerando la rentabilidad social, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, para lo cual adoptará medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para el acceso oportuno a los servicios de salud que se requieran con necesidad.

Que la Resolución 3202 de 2016 estableció los objetivos y características de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS determinando que en ellas se incluyen intervenciones en rehabilitación, ubicándolas en las de grupos de riesgo y eventos específicos, siendo la ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud la puerta de entrada a la rehabilitación, mediante mecanismos como la canalización, la derivación y la remisión. **Así mismo, la Resolución 3280 de 2018 establece las atenciones para la prevención y detección temprana de riesgos que pueden derivar en situaciones de morbilidad o discapacidad evitables.**

Que, la Organización Mundial de la Salud, en el marco de la iniciativa Rehabilitación 2030 reconoce que garantizar el acceso libre de barreras a los servicios de rehabilitación contribuye al logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 “Garantizar vidas saludables y fomentar el bienestar para todos en todas las edades”; así mismo, hace un llamado a la acción internacional para mejorar la integración de la rehabilitación en el sector salud y fortalecer las relaciones intersectoriales para satisfacer de forma efectiva y eficiente las necesidades de rehabilitación presentes en personas con diversas condiciones de salud.

Que, la septuagésima sexta Asamblea Mundial de Salud, celebrada en mayo de 2023, aprobó la Resolución WHA76.6 titulada Fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud, insta a los Estados miembros, a fortalecer los mecanismos de financiación para los servicios de rehabilitación y la provisión de ayudas técnicas, incluyéndolos en los paquetes esenciales de cuidado de la salud.

Que mediante la Resolución 2367 de 2023 se modifica el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, y se configura el marco estratégico que busca trascender de la perspectiva de eventos de salud-enfermedad hacia la visión de la salud como un derecho fundamental en los diferentes contextos en los que se desenvuelven las personas, sus familias, las comunidades y los territorios.

Que la Resolución 100 de 2024 establece las disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud propendiendo por una planeación territorial que permita respuestas en salud conforme a las necesidades y características de cada territorio, y de esta manera garantizar el derecho fundamental a la salud que incluye la rehabilitación y el cumplimiento de lo dispuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en función de intervenir las inequidades en salud y afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

Que la rehabilitación hace parte de los ejes estratégicos, líneas de acción y medidas de intervención dirigidas a la garantía de derechos de algunas poblaciones diferenciales, como se consagra en el artículo 465 de la Ley 906 de 2004 del Código de Procedimiento Penal, donde está definido que “(...) El tratamiento de los inimputables por trastorno mental estará a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud(...)” la Ley 1448 de 2011 “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno”, Ley Estatutaria 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”, Resolución 4886 de 2018 “Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental”, y en la Resolución 089 de 2019 “Por la cual se adopta la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, Decreto 681 de 2022 “Por el cual se adopta la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031”, lo cual implica el desarrollo de estrategias con enfoque diferencial que garanticen el acceso a la rehabilitación. Asimismo, el capítulo 8 del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 establece la necesidad de adecuación

# RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 3 de 59

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

sociocultural y diálogo intercultural de las acciones orientadas al cuidado de la salud, para garantizar el bienestar y la salud de las comunidades y pueblos étnicos conforme su autonomía y cosmovisión.

Que este Ministerio, requiere definir una línea técnica y operativa unificada dirigida a los actores del sistema de salud, con el propósito de fortalecer la rehabilitación en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud.

## RESUELVE

### CAPITULO I ASPECTOS GENERALES

**Artículo 1. Objeto.** Adoptar los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud, contenidos en el anexo técnico que hace parte integral de la presente resolución.

**Artículo 2. Ámbito de aplicación.** Las disposiciones contenidas en la presente resolución aplican a las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) o quien haga sus veces, las Administradoras de Riesgos Laborales en el componente de salud, el Fondo Nacional de Salud de las Personas Privadas de la Libertad, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, el talento humano en salud, los profesionales independientes de salud y las instituciones con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, y demás entidades que desarrollen acciones en salud, de acuerdo con sus competencias, responsabilidades y funciones.

**Artículo 3. Población objetivo.** La rehabilitación en salud está dirigida a personas que presentan condiciones de salud que pueden comprometer su funcionamiento y llevarles a presentar necesidades de rehabilitación, las cuales al ser intervenidas desde la misma, pueden lograr beneficios. Estas condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos, u otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética, entre otras. La población con mayor necesidad de rehabilitación corresponde a quienes tienen trastornos musculoesqueléticos, desórdenes neurológicos, deficiencias sensoriales, desórdenes mentales, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares y neoplasias. No obstante, podrán surgir otras condiciones de salud o riesgos para el funcionamiento humano que puedan beneficiarse de la rehabilitación, los cuales serán reconocidos en la identificación de necesidades de rehabilitación en los territorios, en coherencia con los procesos de Planeación Integral en Salud.

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

- 1. Rehabilitación en salud:** conjunto de intervenciones en salud diseñadas para optimizar el funcionamiento humano de personas que presentan condiciones de salud, buscando favorecer su máxima independencia y participación. Se desarrolla a través de la planeación e implementación de intervenciones individuales y su articulación con intervenciones colectivas y poblacionales que pueden incidir en el funcionamiento de la población. La rehabilitación en salud se fundamenta en el marco conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF.

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

2. **Funcionamiento humano:** interacción dinámica entre la condición de salud de una persona (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, entre otros) y los factores contextuales, de la que depende el desempeño en las actividades de la vida diaria y la participación social.
3. **Servicios de rehabilitación en salud:** servicios donde confluyen las intervenciones, tecnologías y profesionales capacitados para promover, mejorar o conservar la salud buscando alcanzar y mantener el mejor funcionamiento humano posible. Se reconocen como servicios de rehabilitación en salud los servicios de fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología, trabajo social, optometría, y las especialidades de medicina física y rehabilitación y psiquiatría. Otros servicios de salud que son complementarios y aportan a la integralidad de las intervenciones de rehabilitación, son medicina general, enfermería, odontología, nutrición, otras especialidades médicas, servicio farmacéutico, entre otros.
4. **Ciclo de rehabilitación:** secuencia de acciones orientadas a promover, mantener o recuperar el mayor nivel posible de funcionamiento de las personas. Se realizan en el contexto de la prestación de servicios de rehabilitación, mediante intervenciones individuales ejecutadas por uno o varios profesionales de rehabilitación, quienes también pueden, identificar necesidades de articulación y canalización hacia las intervenciones colectivas y oferta intersectorial disponible. Este ciclo consta de cuatro momentos: evaluación inicial, planeación de la intervención, implementación de la intervención y evaluación final, los cuales se encuentran descritos en el anexo técnico de la presente resolución. El ciclo está centrado en la persona y reconoce sus particularidades desde el enfoque diferencial en razón a su edad, género, pertenencia étnica, salud física o mental, identidad y orientación sexual, y cualquier otra condición, para adaptar su implementación.
5. **Ayudas Técnicas:** cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado para proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades, como también, prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

## **CAPÍTULO II**

### **Gobernanza y gobernabilidad para la rehabilitación en salud**

**Artículo 5. Desarrollo de capacidades para la gobernanza en rehabilitación en salud.** Las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal orientarán acciones de desarrollo de capacidades con su personal para ejercer el liderazgo y coordinación del proceso de fortalecimiento de la rehabilitación en salud y desarrollarán asistencias técnicas con los actores del sistema de salud presentes en su territorio para la adecuada implementación de los lineamientos de rehabilitación en salud adoptados mediante la presente resolución.

**Parágrafo 1.** Las secretarías de salud deberán convocar los espacios para articular responsabilidades y recursos con otros actores y sectores que aportan a la rehabilitación en el marco de la atención primaria en salud.

**Parágrafo 2.** Las secretarías de salud promoverán los espacios de participación social en salud para garantizar el diálogo, la coordinación, la concertación y la toma de decisiones colectiva con los diferentes actores sociales y comunitarios, frente al proceso de fortalecimiento de la rehabilitación en salud en el territorio.

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

**Parágrafo 3.** El Ministerio de Salud y Protección Social brindará orientaciones, herramientas y asistencia técnica a los actores en el nivel nacional y territorial para la implementación de los lineamientos de rehabilitación en salud adoptados por medio de la presente resolución.

**Artículo 6. Integración de la rehabilitación en la planeación integral de salud.** Las entidades territoriales del nivel departamental, distrital y municipal en el proceso de actualización del Análisis de Situación de Salud participativo ASIS- y de acuerdo con la lectura de necesidades de la población en su territorio y a la priorización, propenderán por integrar el proceso de análisis de necesidades de rehabilitación de la población. Así mismo, en la construcción del Plan Territorial de Salud -PTS- conforme a la priorización del ASIS, a las particularidades y necesidades del territorio y a los recursos disponibles incluirán acciones de fortalecimiento de la rehabilitación.

**Parágrafo.** Los actores que participan en la planeación integral de salud deberán propender por respuestas integrales a las necesidades de salud en el territorio, promoviendo el trabajo articulado con otros sectores e incluyendo cuando sea necesario acciones para orientar políticas, planes y programas que pongan en el centro la salud de las personas y su funcionamiento.

**Artículo 7. Inclusión de la Rehabilitación en salud en la conformación y organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud -RIITS.** Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales, en el marco de sus competencias deberán garantizar en los procesos de conformación y organización de las RIITS, en coordinación con los demás actores, la disponibilidad de servicios de rehabilitación en los niveles primario y complementario, buscando la accesibilidad, continuidad e integralidad de las atenciones en rehabilitación para la población de sus territorios.

**Parágrafo.** Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales deberán orientar acciones con los prestadores de servicios de salud que conforman las RIITS para que habiliten servicios de rehabilitación de baja complejidad en el nivel primario y fortalezcan y complementen servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad en el nivel complementario.

**Artículo 8. Planificación de la disponibilidad de profesionales de rehabilitación en salud en los territorios.** Las entidades departamentales, distritales y municipales deberán identificar la disponibilidad de profesionales de rehabilitación requeridos para responder a las necesidades de la población, teniendo en cuenta el proceso de planeación integral en salud y de conformación y organización de las RIITS, para direccionar de manera articulada con los demás actores, mecanismos que permitan contar con el talento humano requerido para la prestación de servicios de rehabilitación en el territorio. También podrán hacer uso de las herramientas con las que este Ministerio cuente o las que desarrolle para orientar dicha identificación. Asimismo, las entidades desarrollarán incentivos para los profesionales de la rehabilitación, a partir del modelo de incentivos vigente, así como fortalecerá la expansión de los convenios docencia-servicio para las profesiones de rehabilitación. De igual forma, se promoverá el servicio social obligatorio de profesionales de la rehabilitación con el objeto de fortalecer y cualificar los servicios de rehabilitación, determinando la viabilidad técnica y financiera para la creación y operación de las respectivas plazas.

**Artículo 9. Articulación con otras políticas y programas para garantizar la rehabilitación en salud a poblaciones y grupos diferenciales.** Las entidades departamentales, distritales y municipales deberán armonizar este instrumento en la gestión territorial con las demás políticas y programas dirigidos a poblaciones grupos diferenciales.

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

**Artículo 10. Organización de la rehabilitación en salud en el nivel primario y el nivel complementario.** La organización de los servicios de rehabilitación debe garantizar su disponibilidad en el nivel primario y nivel complementario, a través de prestadores que oferten servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad. Las entidades territoriales de salud en coordinación con las EAPB o quien haga sus veces y demás aseguradoras garantizarán la prestación de servicios de rehabilitación conforme a la organización de las RIITS, buscando una prestación integral y coordinada, acorde a las necesidades de rehabilitación de las personas afiliadas.

**Parágrafo 1.** Las EAPB o quien haga sus veces y demás aseguradoras buscarán garantizar las atenciones en rehabilitación con prestadores ubicados lo más cercano posible a la residencia de las personas afiliadas, garantizando así las condiciones de disponibilidad y accesibilidad. Así mismo, propenderán porque las atenciones de rehabilitación requeridas por la persona y prescritas por el profesional tratante se brinden en lo posible, a través del mismo prestador de servicios para garantizar la integralidad de la atención mediante el ciclo de rehabilitación.

**Parágrafo 2.** Los prestadores de servicios de salud, de acuerdo con las necesidades de la población que atienden y la complejidad de los servicios que prestan, deberán propender por mejorar o ampliar su oferta de servicios de rehabilitación, para mejorar el acceso y la integralidad de la atención, con la habilitación de nuevos servicios o a través de su habilitación en las diferentes modalidades, según lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 y en la Resolución 2654 de 2019 para la prestación de servicios a través de la modalidad de telesalud o aquellas normas que las modifiquen o sustituyan.

**Parágrafo 3.** Los procedimientos y condiciones para la inscripción de los prestadores y la habilitación de los servicios de rehabilitación serán las que se establezcan en el Sistema Único de Habilidadación de acuerdo con lo establecido en la Resolución 3100 de 2019 o la que la modifique o sustituya.

**Artículo 11. Procesos de referencia y contrarreferencia para la rehabilitación en salud.** Las EAPB o quien haga sus veces y demás aseguradoras y los prestadores de servicios de salud garantizarán la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de rehabilitación, mediante los procesos de referencia y contrarreferencia fortalecidos con criterios de remisión hacia los servicios de rehabilitación disponibles en el nivel primario y el nivel complementario. Asimismo, deberán fortalecer o implementar los mecanismos de coordinación necesarios para garantizar a las personas ciclos de rehabilitación integrales y de calidad. Una vez haya sido iniciada la provisión de estos servicios no puede ser interrumpida por razones administrativas o económicas.

**Artículo 12. Implementación del ciclo de rehabilitación en salud.** El ciclo de rehabilitación será implementado por los prestadores de servicios de salud, bajo las orientaciones conceptuales del funcionamiento humano, a través de sus profesionales y en coherencia con las disposiciones contenidas en el anexo técnico de la presente resolución. El ciclo incluirá la planeación e implementación de las intervenciones individuales y cuando sea necesario su articulación con las intervenciones colectivas y las acciones intersectoriales. Este conjunto de acciones interrelacionadas, secuenciales y continuas permiten establecer metas y objetivos de rehabilitación e identificar y organizar las acciones a realizar para su consecución. Estos momentos hacen parte integral de la historia clínica, de conformidad con las directrices de interoperabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo.** Las EAPB o quien haga sus veces y demás aseguradoras generarán los mecanismos que se requieran para evitar la interrupción del ciclo de rehabilitación en salud por parte de su red de prestadores,

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

garantizando que a través de los procesos de auditoría se asegure el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente resolución.

**Artículo 13. Prescripción, entrenamiento, adaptación y seguimiento clínico de las ayudas técnicas.** Las acciones de prescripción, entrenamiento, adaptación y seguimiento clínico de las ayudas técnicas hacen parte integral del ciclo de rehabilitación, y serán desarrolladas por los profesionales de salud a cargo, conforme a las competencias de su ejercicio profesional y teniendo en cuenta las necesidades de rehabilitación de la persona.

**Parágrafo 1.** El diseño, elaboración, seguimiento y garantía de las ayudas técnicas están a cargo del fabricante y será el Ministerio de Salud y Protección Social quien brinde las orientaciones para su cumplimiento.

**Parágrafo 2.** Las EAPB o quien haga sus veces y demás aseguradoras deben garantizar la provisión de las ayudas técnicas prescritas y que son financiadas con recursos del sector salud; están excluidos del alcance de esta resolución: artículos utilizados para la instalación de ayudas técnicas; soluciones obtenidas por combinación de ayudas técnicas que están clasificados individualmente en la norma internacional; medicamentos; ayudas técnicas e instrumentos, utilizados por profesionales de la salud; soluciones no técnicas, como asistencia persona, perros-guía o lectura labial; dispositivos implantados, y ayuda financiera.

Igualmente, debe garantizarse el entrenamiento en su uso y seguimiento clínico a través de los prestadores **aun cuando las ayudas técnicas requeridas por la persona no se encuentren financiadas con recursos de salud.** La provisión debe ser realizada bajo el principio de oportunidad, de manera que los trámites administrativos no se conviertan en barreras para la incorporación de la ayuda técnica durante el ciclo de rehabilitación.

**Artículo 14. Responsabilidades de los Prestadores de Servicios de Salud.** Además de las obligaciones ya establecidas en la presente resolución, los Prestadores de Servicios de Salud deben:

1. Garantizar la disponibilidad de agendas en los servicios de rehabilitación en salud, para que se programen y se presten la cantidad de atenciones requeridas y con la frecuencia adecuada para el logro de resultados, considerando los principios de oportunidad, continuidad e integralidad.
2. Asegurar la disponibilidad, suficiencia e idoneidad del talento humano requerido para la implementación del ciclo de rehabilitación de acuerdo con el grado de complejidad de los servicios y con las necesidades de rehabilitación de las personas. Asimismo, asegurar una vinculación laboral digna y estable, favorecer el trabajo en equipo del talento humano de rehabilitación disponible, y establecer mecanismos de coordinación que permitan la comunicación y articulación entre profesionales de la institución y otros prestadores de salud.
3. Organizar la prestación de servicios de rehabilitación de acuerdo con la caracterización del riesgo en salud de la población que atienden, las características sociales, culturales y lingüísticas, e incluir medidas de adaptabilidad en los procesos asistenciales, administrativos y de apoyo, para poblaciones diferenciales por razón de género, discapacidad, pertenencia étnica, víctima de conflicto, entre otras, de acuerdo con lo establecido en el anexo técnico de la presente resolución y demás orientaciones que brinde el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Fortalecer sus sistemas de información con la integración de información sobre la atención prestada en los servicios de rehabilitación, para orientar la gestión de estos servicios y aportar a los procesos de monitoreo y evaluación referenciados en el anexo técnico de la presente resolución.

#### **CAPITULO IV**

#### **Talento humano de rehabilitación en salud**

# RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 8 de 59

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

**Artículo 15. Formación permanente y entrenamiento avanzado para la rehabilitación en salud.** Los prestadores de servicios de salud que oferten servicios de rehabilitación deberán financiar la formación permanente y entrenamiento avanzado definidos en los Planes Institucionales de Capacitación, para el desarrollo de competencias orientadas a la prestación de servicios de rehabilitación, bajo las orientaciones conceptuales del funcionamiento humano. De no existir oferta de instituciones educativas en el territorio, los mismos prestadores podrán hacerlo teniendo en cuenta las orientaciones establecidas en el anexo técnico de esta resolución.

**Artículo 16. Disponibilidad de talento humano de rehabilitación en salud.** La definición del talento humano de rehabilitación deberá responder a las necesidades de rehabilitación identificadas en los procesos de planeación territorial. La conformación de los equipos multidisciplinarios de rehabilitación deberá realizarse de acuerdo con las necesidades territoriales y el análisis de capacidad instalada del prestador. Cuando su conformación no pueda realizarse en un mismo prestador se deberá garantizar con otros prestadores de su red, asegurando siempre que se lleven a cabo los procesos de comunicación y coordinación, mediante los mecanismos que estén establecidos para el desarrollo del ciclo de rehabilitación. La ausencia del equipo multidisciplinario no deberá convertirse en una barrera para la prestación de servicios de rehabilitación para quienes los requieran.

**Parágrafo 1.** El talento humano de rehabilitación se articulará con los equipos básicos de salud o quienes hagan sus veces, para mejorar la resolutividad e integralidad de la atención en salud.

## CAPITULO V DISPOSICIONES FINALES

**Artículo 17. Financiamiento para la rehabilitación en salud.** Las tecnologías y servicios requeridos para la rehabilitación en salud serán cubiertos con recursos que financia la salud y demás recursos destinados para el aseguramiento administrados por la ADRES. Aquellas tecnologías, intervenciones, acciones y procedimientos requeridos para la rehabilitación que no estén cubiertos con recursos del sector salud, deberán ser financiados con otros recursos que gestione la entidad territorial o por otros sectores de acuerdo con sus competencias.

**Parágrafo 1.** Las ayudas técnicas están financiadas con cargo a la UPC, en los términos señalados en el artículo 56 de la Resolución 2366 de 2023 y aquellas que la modifiquen o deroguen. Así mismo, la prescripción, entrenamiento y seguimiento clínico de las ayudas técnicas en el ciclo de rehabilitación están cubiertos con cargo a la UPC aun cuando las ayudas técnicas requeridas no se encuentren financiadas con recursos de salud.

**Parágrafo 2.** Las intervenciones colectivas y procesos de gestión de la salud pública que aportan a la rehabilitación serán financiados con recursos del Sistema General de Participaciones –SGP y recursos propios que asigne la entidad territorial, los cuales serán dispuestos en coherencia con los procesos de Planeación Integral en Salud.

**Parágrafo 3.** Las entidades territoriales podrán financiar con recursos establecidos mediante el Sistema General de Regalías definido en el Decreto 1821 de 2020, proyectos orientados al mejoramiento de la infraestructura y dotación de servicios de rehabilitación de su red pública de prestadores de servicios.

**Artículo 18. Sistemas de información, monitoreo y evaluación para la rehabilitación en salud.** Las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, coordinarán los mecanismos de reporte de información de los diferentes actores del sistema de salud con responsabilidades relacionadas con la recolección, uso y análisis de información para la rehabilitación. Así mismo, dicha información aportará para la evaluación de los indicadores de rehabilitación a nivel nacional. Este Ministerio

**RESOLUCIÓN NÚMERO                    DE 2024    HOJA No 9 de 59**

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

establecerá las orientaciones para el desarrollo del monitoreo y evaluación, mediante metodologías, instrumentos y flujos de información que serán operados desde el nivel nacional y territorial.

**Artículo 19. Vigencia.** La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

**PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

Dada en Bogotá, D.C., a los

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO**  
Ministro de Salud y Protección Social

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

## **ANEXO TÉCNICO**

**Lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud en el marco del derecho fundamental a la salud.**

### **Tabla de contenido**

<b>1. OBJETIVOS</b> .....	<b>12</b>
1.1. OBJETIVO GENERAL .....	12
1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
<b>2. POBLACIÓN SUJETO DE LOS LINEAMIENTOS</b> .....	<b>12</b>
<b>3. SITUACIÓN DE LA REHABILITACIÓN EN COLOMBIA</b> .....	<b>12</b>
3.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
3.2. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	14
<b>4. MARCO CONCEPTUAL</b> .....	<b>16</b>
4.1. REHABILITACIÓN EN SALUD.....	16
4.2. FUNCIONAMIENTO HUMANO.....	17
4.3. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD .....	18
4.4. GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD EN REHABILITACIÓN .....	18
4.5. ORGANIZACIÓN DE LA REHABILITACIÓN EN LOS NIVELES PRIMARIO Y COMPLEMENTARIO.....	19
<b>5. ELEMENTOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA REHABILITACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO</b> .....	<b>20</b>
5.1. GOBERNANZA Y GOBERNABILIDAD EN REHABILITACIÓN .....	20
5.2. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN .....	27
5.3. TALENTO HUMANO EN REHABILITACIÓN .....	41
5.4. GESTIÓN FINANCIERA Y DE RECURSOS PARA LA REHABILITACIÓN EN SALUD .....	45
5.5. INFORMACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN .....	48
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>1</b>

# RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 11 de 59

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

## SIGLAS

ADRES - Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

APS: Atención Primaria en Salud

ASIS - Análisis de Situación de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

INS: Instituto Nacional de Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

OIM: Organización Internacional para las Migraciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAPSIVI: Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas

PDET: Programa de Desarrollo con Enfoque Territorial

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

PSPIC: Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas

RBC: Rehabilitación Basada en la Comunidad

REPS: Registro de Especial de Prestadores de Servicios de Salud

RETHUS: Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud

RIITS: Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud

RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios

SGP: Sistema General de Participaciones

SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social

SIVIGILA: Sistema de Vigilancia en Salud Pública

SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

SOGCS: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

# RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 12 de 59

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

USAID: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

UPC: Unidad de Pago por Capitación

WHO: World Health Organization

## 1. Objetivos

### 1.1. Objetivo general

Brindar las orientaciones técnicas y operativas a los actores del sector salud para el fortalecimiento de la rehabilitación en los territorios como parte del derecho fundamental a la salud, con el fin de favorecer el acceso equitativo de la población.

### 1.2. Objetivos específicos

- Reconocer los elementos conceptuales que orientan el fortalecimiento de la rehabilitación en salud en el marco del Sistema de Salud.
- Guiar a los actores del Sistema de Salud sobre las acciones a llevar a cabo para fortalecer la rehabilitación en salud a partir de orientaciones para la mejora de la gobernanza, la prestación de servicios, el talento humano, el financiamiento y los sistemas de información y monitoreo en rehabilitación.

## 2. Población objetivo de los lineamientos

Este lineamiento busca favorecer el acceso equitativo a la rehabilitación en salud de todas las personas con condiciones de salud que pueden comprometer el funcionamiento humano y, que, al ser intervenidas desde la misma pueden lograr beneficios para su salud, independencia en la realización de actividades de la vida diaria y participación social.

## 3. Situación de la rehabilitación en Colombia

### 3.1. Identificación del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud -OMS la rehabilitación es un servicio de salud esencial, hace parte de la cobertura universal en salud y es fundamental en el abordaje del espectro completo de las necesidades de salud de una población (OMS, 2020). No obstante, en la actualidad no está efectivamente integrada en los sistemas de salud en muchas partes del mundo y tampoco ha sido una prioridad para muchos gobiernos, lo que se puede evidenciar en los limitados recursos para su financiación, la inadecuada disponibilidad de talento humano, la escasa información disponible sobre la rehabilitación, la ausencia de estructuras de gobernanza para la rehabilitación dentro de los ministerios encargados de su liderazgo, entre otros limitantes (OMS, 2020) (World Health Organization [WHO], 2017).

Particularmente, el sistema de salud colombiano enfrenta enormes desafíos para avanzar hacia el fortalecimiento del sistema en general, y de los servicios de rehabilitación en particular. En este sentido, uno de los principales desafíos tiene que ver con la consolidación de una gobernanza en salud sólida que permita el cumplimiento de los propósitos del sistema. Lo anterior, teniendo en cuenta que, a pesar de los esfuerzos por fortalecer la función de rectoría en el sistema, se evidencia desfavorable desempeño para Colombia en ciertas

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 13 de 59

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

dimensiones de la gobernanza como, por ejemplo, la rendición de cuentas o el control de la corrupción (Restrepo & Zapata, 2021). Lo anterior, ha estado mediado por factores como la fragmentación de responsabilidades y competencias, la interferencia de intereses particulares clientelares en la elaboración e implementación de la normatividad, falta de control social, entre otros, que se presentan en todos los niveles de gestión (Roth & Molina, 2013).

Frente a la gobernanza para el fortalecimiento de la rehabilitación se precisa que en Colombia no ha existido una legislación, política o plan estratégico que pueda movilizar apoyo suficiente para garantizar acceso equitativo, ni está claramente establecida una estructura de gobierno que dirija, coordine o brinde apoyo técnico específico sobre la rehabilitación. Por otro lado, si bien se reconocen enfoques específicos que han fomentado acciones para garantizar la rehabilitación como una cuestión de derechos humanos y equidad en población con discapacidad y de las víctimas del conflicto armado, es necesario avanzar en el reconocimiento y garantía de la rehabilitación para toda la población, pues son servicios que hacen parte de la atención integral y necesarios en múltiples condiciones de salud. Para que esto sea posible se debe fortalecer la capacidad de liderazgo y coordinación de las autoridades sanitarias.

Otro de los grandes desafíos que enfrenta el sistema de salud se relaciona con el financiamiento, considerando que en el país existen grandes limitaciones económicas y sociales en los presupuestos públicos, y desajustes entre necesidades y recursos del sistema (Arango, Botero, Gallo & Melo, 2023). En el marco del mecanismo de aseguramiento, en los servicios y tecnologías en salud con cargo a recursos de Unidad de Pago por Capitación (UPC) se encuentran cubiertas los procedimientos para la prestación de servicios de rehabilitación (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2023d). No obstante, el desconocimiento frente al alcance de los servicios de rehabilitación, la falta de contratación, las barreras administrativas, entre otras, han condicionado el acceso efectivo de la población, llevando a que quienes han tenido la necesidad de acudir a estos servicios, deban recurrir a gastos de bolsillo. Aunque no se cuenta con datos específicos para Colombia, se ha documentado que en países de ingresos bajos y medianos las personas experimentan costos elevados porque los servicios de rehabilitación son limitados en las ciudades intermedias, las zonas rurales o remotas. De igual manera, aunque no se disponen de estimaciones fiables y comparables de los gastos directos para la rehabilitación a nivel mundial, evaluaciones de la situación indican que los gastos directos son la fuente dominante de financiación de la rehabilitación en muchos países (OMS, 2023b).

Con relación a la prestación de servicios de rehabilitación, de acuerdo con el Registro de Especial de Prestadores de Servicios de Salud -REPS en Colombia la mayoría de los servicios de rehabilitación se encuentran en prestadores privados y concentrados en las grandes ciudades. La oferta en Empresas Sociales del Estado -ESE y particularmente en las de primer nivel de atención que garantizan atención a la población en la mayoría de los municipios categoría 4, 5 y 6 del país, es casi inexistente. Así, por ejemplo, de 10.262 servicios de psicología habilitados, el 11,4% están habilitados en ESE, y solo el 9,0% en ESE de primer nivel; en el caso de servicios de fisioterapia, de 6254 habilitados en el país solo 561 (8,9%) están habilitados en ESE, y escasamente el 6,1% en ESE de primer nivel (MSPS, 2023b). Este comportamiento es similar para los demás servicios del grupo de rehabilitación (terapia ocupacional, fonoaudiología, optometría), encontrando una concentración de estos servicios en solo la mitad del total de departamentos del país. Además, es importante señalar que la oferta basada en criterios de habilitación en REPS no es una expresión de disponibilidad real, dado que no todos los servicios habilitados se prestan.

Las barreras de acceso a los servicios de rehabilitación en el territorio nacional han sido poco documentadas, sin embargo, en un Estudio de Necesidades de Rehabilitación realizado en municipios categorías 4,5 y 6 por la Organización Internacional para las Migraciones en asocio con diferentes universidades del país, se evidenciaron barreras para acceder a los servicios de rehabilitación, relacionadas con trámites administrativos, así como condiciones geográficas y socioeconómicas en la población que limitan las posibilidades de acceso

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

(Organización Internacional para las Migraciones [OIM], 2021). Estos hallazgos dan cuenta de la necesidad de analizar la distribución de los servicios en el país desde una perspectiva territorial, considerando las desigualdades y la deficiente capacidad instalada en muchos hospitales de municipios con condiciones sociales adversas, pues se consolida en una barrera de acceso que determina los resultados en salud de estas poblaciones.

Con relación al talento humano de rehabilitación, de acuerdo con datos del Observatorio de Talento Humano en Salud, en Colombia para el 2022 se contaba con una densidad por cada 10.000 habitantes de 16,02 profesionales de psicología, 6,30 fisioterapeutas, 1,74 profesionales de fonoaudiología, 1,15 optómetras, 1,07 terapeutas ocupacionales y 0,10 especialistas de medicina física y rehabilitación (MSPS, 2022). También se encuentran desigualdades en la distribución del talento humano en el país, evidenciando que hay concentración del número de profesionales en Bogotá, y en los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca. En términos de condiciones laborales del talento humano de rehabilitación se encuentran salarios por debajo de otras profesiones de la salud (MSPS, 2022).

Por otra parte, se evidencia una falta de identificación de necesidades de rehabilitación, debido a la carencia de investigación y fuentes de datos. La limitada información en los datos disponibles, extraídos principalmente de encuestas específicas de discapacidad, pone de manifiesto la discrepancia entre la creciente necesidad de rehabilitación en todo el mundo y la poca prestación del servicio (Kamenov, Mills, Chatria, & Cieza, 2019). Particularmente, en Colombia la limitada información que dé cuenta de la situación de rehabilitación y la falta de capacidades para la utilización de información de los sistemas de información se convierte en un obstáculo, pues esta es necesaria para la toma de decisiones y el fortalecimiento de la rehabilitación.

En síntesis, aún son insuficientes las acciones para el fortalecimiento de la rehabilitación en el marco de los sistemas de salud en muchos países, incluido Colombia. La falta de reconocimiento respecto a su importancia se convierte en un obstáculo para una mayor inversión en la fuerza de trabajo e infraestructura de los servicios de rehabilitación, y mayor liderazgo (OMS, 2017). En este sentido se identifican retos importantes para el desarrollo de los servicios de rehabilitación en Colombia considerando su estado actual, así como diversos factores relacionados con las características del sistema de salud colombiano y del contexto social, económico y político que inciden sobre este proceso. Además, el énfasis del sistema de salud en acciones curativas y del predominio de un modelo médico en rehabilitación, ha sido barrera para la comprensión de las necesidades de rehabilitación desde un modelo de funcionamiento humano y de la necesidad de la integralidad e intersectorialidad en el abordaje de estas necesidades.

### **3.2. Diagnóstico situacional**

Los cambios en las tendencias demográficas y de salud como son el aumento de la esperanza de vida y el crecimiento de la población mayor, el aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y el aumento del número de personas que viven con consecuencias de lesiones o traumas suponen un crecimiento de la población que demandará de servicios de salud en general y, específicamente, de la atención por servicios de rehabilitación para la recuperación o mantenimiento de sus capacidades físicas, mentales y sociales (WHO, 2017). Se ha identificado que hasta una de cada tres personas en todo el mundo experimenta una condición de salud a lo largo de su vida que se beneficiaría de la rehabilitación. En la región de las Américas se estima que 310 millones de personas experimentan condiciones que pueden beneficiarse de servicios de rehabilitación (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2021).

En un marco general, las necesidades de rehabilitación hacen referencia a aquellas condiciones de salud que pueden comprometer el funcionamiento humano y que, al ser intervenidas desde la rehabilitación, pueden lograr beneficios como recuperar, mejorar o mantener la independencia funcional y favorecer la participación en las

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 15 de 59

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

diferentes esferas de la vida (Kamenov, Mills, Chatria & Cieza, 2019; Cieza, 2020). Estas condiciones pueden ser afecciones, lesiones, traumatismos, enfermedades agudas o crónicas que tienen un impacto en el funcionamiento y que, de no atenderse de forma integral y temprana, pueden ser altamente discapacitantes. Se considera que, aunque sólo sea brevemente, de forma prolongada o de por vida, esta característica está relacionada con medidas como años vividos con discapacidad a partir de estudios globales de carga de la enfermedad (Jesús et al., 2019; Kamenov et al., 2019; Cieza et al., 2020).

De acuerdo con un estudio de la OMS sobre necesidades de rehabilitación, Colombia se encuentra en el quintil 4 de los países de las Américas con mayor demanda o necesidad de rehabilitación. Esto quiere decir que pertenece al grupo entre el 61% y 80% de los países con mayor demanda de rehabilitación, siendo el dolor lumbar la afectación más común en el país, que se encuentra en el quintil 5 de las Américas, después de Estados Unidos y Canadá. Con relación a las enfermedades que derivan en necesidades de rehabilitación, se destacan los trastornos musculoesqueléticos, deficiencias sensoriales y enfermedades respiratorias crónicas (MSPS, 2024a).

Teniendo en cuenta las múltiples condiciones de salud que podrían necesitar servicios de rehabilitación, en la Tabla 1 se presentan unos datos relevantes sobre prevalencias e incidencias de causas de morbilidad y mortalidad registradas a nivel nacional, que pueden dar cuenta del panorama frente a posibles necesidades insatisfechas en términos de alteraciones en el funcionamiento y acceso a rehabilitación. Sin embargo, se reitera la importancia de la rehabilitación como un servicio de salud esencial en cualquier condición de salud que genere alteración del funcionamiento de forma transitoria o permanente, en todo el curso de vida, en estados agudos, subagudos o crónicos, dado su evidencia científica e impacto en resultados de salud.

*Tabla 1- Datos estadísticos de condiciones de salud más frecuentes que pueden beneficiarse de los servicios de rehabilitación.*

Condición de salud		Datos estadísticos
Enfermedades Crónicas No Transmisibles - ENT	Hipertensión arterial	Prevalencia de 8.75 por 100 afiliados al SGSSS en personas de 18 a 69 años en el año 2021 (MSPS, 2023).
	Enfermedades cerebrovasculares	Segunda causa de mortalidad en el 2022 (MSPS, 2023). Sobrevivientes con secuelas en el funcionamiento.
	Enfermedades isquémicas del corazón	Primera causa de mortalidad en 2022 (MSPS, 2023). Años de Vida Ajustados por Discapacidad 1.327,7 por 100.000 habitantes en 2019 (OPS, 2023).
	Diabetes Mellitus	Prevalencia en servicios de salud de 2,94 por cada 100 afiliados en personas de 18 a 69 años (MSPS, 2023).
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Prevalencia en mujeres de 3,3% y en hombres de 4,1% (Instituto Nacional de Salud [INS], 2015).
	Obesidad	Prevalencia de 17,1% a 33,7% de 2016 a 2019 (INS, 2022).
	Cáncer	Incidencia estimada de 182 por 100.000 habitantes y mortalidad cercana a 84 por 100.000 habitantes (Observatorio Nacional de Cáncer, 2021).
Enfermedades de estructuras del ojo	Enfermedades de los ojos y sus anexos	Representan el 5,43% de la morbilidad atendida por enfermedades no transmisibles para el periodo de 2009 a 2014 (MSPS, 2016).
Enfermedades huérfanas	Síndrome de Guillain Barré, esclerosis múltiple y enfermedad de Von Willebrand	Prevalencia por 100.000 habitantes: Guillain Barré 2,0; Esclerosis múltiple 1,9; Von Willebrand 1,4. (INS, 2019)

# RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 16 de 59

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

Condición de salud		Datos estadísticos
Enfermedades y/o trastornos asociados a la salud mental	Enfermedades y/o trastornos asociados a la salud mental	Consultas realizadas por salud mental en 2021, 7.740.317 comparadas con 1.084.489 en 2009. Número de atenciones en 2021 para los trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas en hombres fue de 2.704.103, en mujeres 716.621 (MSPS, 2023a).
Enfermedades Transmisibles - ET	Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH / Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida - SIDA	En 2022, la incidencia por 100.000 habitantes fue de 25,31; la prevalencia 0,30 por 100 habitantes y mortalidad 4,11 por 100.000 habitantes (CAC, 2023).  En 2021, la prevalencia entre los 15 y 49 años de edad fue de 0,42 por 100 habitantes (MSPS, 2023a).
	COVID-19	De 2019 a junio 7 de 2023 6.373.639 casos confirmados y 142.780 muertes (INS, 2023).
Lesiones de causa externa	Lesiones no fatales	En 2021, se realizaron 169.164 valoraciones médico-legales por lesiones no fatales de causa externa, con una tasa de 408,76 por 100.000 habitantes. 218.081 años de vida saludable por lesiones no fatales de causa externa, 54,4% en mujeres y 45,6% en hombres (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2022)
	Lesiones por Minas Antipersonal -MAP y Municiones Sin Explotar -MUSE	Entre 2006 y 23 de mayo de 2023 se han registrado 12.352 víctimas por MAP y MUSE. En 498 municipios de los 32 departamentos del país se han presentado accidentes por MAP y MUSE. Los 5 departamentos con mayor número de víctimas son: Antioquia, Meta, Nariño, Norte de Santander y Caquetá. En los civiles el grupo demográfico más afectado es el de hombres mayores de edad 65,59%, seguido de niños y adolescentes 20,18%, mujeres mayores de edad 7,63%, y niñas y adolescentes 5,77% (Presidencia de la República, 2023).
Enfermedades de origen laboral y accidentes de trabajo	Enfermedades laborales	En 2020 la tasa de enfermedades calificadas como laborales fue de 487,14 por 100.000. En 2022 se reportaron 32.412 enfermedades laborales (MSPS, 2023a).
	Accidentes de trabajo	En 2019 una tasa de 4,62 por 100.000. En 2022 se reportaron 545.133 (MSPS, 2023a).

**Nota:** Elaboración propia a partir de distintas fuentes las cuales son referenciadas en cada condición.

## 4. Marco conceptual

A continuación, se presentan los referentes conceptuales para la comprensión del alcance de la rehabilitación en el sistema de salud en Colombia. Este marco acoge las orientaciones de la Resolución 76.6 de la Asamblea Mundial de Salud (OMS, 2023a), relacionada con el fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud (WHO, 2023a; WHO, 2023b) y, desde el nivel nacional, los elementos conceptuales y estratégicos dispuestos en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y el Modelo de Salud Preventivo y Predictivo (MSPS, 2023).

### 4.1. Rehabilitación en salud

La rehabilitación en salud implica un conjunto de intervenciones centradas en personas con condiciones de salud y diseñadas para optimizar su funcionamiento y capacidades, al momento de interactuar con su entorno. Las condiciones de salud que aborda la rehabilitación incluyen enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos, y circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, anomalías congénitas

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

o predisposiciones genéticas. Los entornos se refieren a los contextos físicos, sociales y culturales en los que viven las personas y sus comunidades (WHO, 2018).

De esta manera, la rehabilitación se orienta en mejorar el funcionamiento de las personas, buscando su máxima independencia y participación en los diferentes entornos sociales, con un importante énfasis en su educación y empoderamiento, para que manejen su propia salud, se adapten a su situación y permanezcan lo más independientes y activas posible (OMS, 2020). Como intervención temprana permite, entre otras, prevenir y mitigar riesgos de complicaciones en la salud, maximizar la efectividad de intervenciones médicas y quirúrgicas y acelerar la recuperación (WHO, 2018). Además de las intervenciones individuales, la rehabilitación en salud implica el desarrollo de intervenciones colectivas orientadas a potenciar el desempeño de las personas en la realización de las actividades de la vida diaria, y de acciones intersectoriales que favorezcan la participación social, a través de mecanismos de coordinación con diferentes actores e instancias. La rehabilitación en salud se implementa en servicios de rehabilitación en los cuales confluyen intervenciones, tecnologías y profesionales capacitados para desarrollar acciones que permitan alcanzar o mantener el óptimo funcionamiento humano, e incluye servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, trabajo social, optometría, y las especialidades médicas de medicina de rehabilitación y psiquiatría. Otros servicios de salud aportan a la integralidad de las intervenciones de rehabilitación y al estar articulados con estos mejoran el funcionamiento de las personas.

#### **4.2. Funcionamiento Humano**

El funcionamiento humano es el fundamento de la rehabilitación; reconoce las interacciones de las condiciones de salud con los factores ambientales y personales, de las que dependen el desempeño en las actividades de la vida diaria y la participación social, y, que generan o pueden resultar en alteraciones (Stucki, Cieza & Melvin, 2007). Bajo la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud -CIF, publicada por la OMS en 2001, el proceso de funcionamiento y discapacidad resulta de la interacción de las condiciones de salud, con las funciones y estructuras corporales, las actividades y la participación, y los factores contextuales. Sobre el componente de factores contextuales, es preciso aclarar que estos pueden actuar como facilitadores o barreras de participación en el entorno, y que entre estos se encuentran los servicios, sistemas y políticas sanitarias y, por ende, los servicios de rehabilitación en salud.

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

Es de anotar que el funcionamiento humano reconoce la importancia de las dimensiones biológica, psicológica y social en el abordaje del ser humano con condiciones de salud; es decir, acoge la mirada holística propuesta por el modelo biopsicosocial (OMS, 2001). En términos prácticos, la rehabilitación bajo el funcionamiento humano implica el desarrollo de acciones con una perspectiva biopsicosocial, orientadas al abordaje integral de las deficiencias en funciones y estructuras corporales, las limitaciones en las actividades y las restricciones en la participación social, así como el reconocimiento de los factores personales y ambientales que determinan los resultados en la salud y en el funcionamiento. Todo ello con el fin de que las personas puedan permanecer

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

lo más independientes y activas posible para favorecer su participación y lograr la reducción de las desigualdades sociales en salud.

### **4.3. Atención Primaria en Salud**

De acuerdo con la Ley 1438 de 2011 la APS se define como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Congreso de Colombia, 2011, p.6).

Teniendo en cuenta que la APS busca evitar la fragmentación asistencial y que la rehabilitación es un componente de la atención integral en salud, se hace necesario que, en el marco de esta estrategia y desde la perspectiva del derecho a la salud, a las personas como sujetos de derecho se les garantice el acceso a servicios en salud de acuerdo con sus necesidades específicas y considerando las diferencias poblacionales y territoriales. Lo anterior, bajo un contexto de integralidad que comprende la prestación de servicios individuales, incluidos los servicios de rehabilitación, así como las intervenciones colectivas, propias de las obligaciones del Estado en lo que concierne a la Salud Pública (MSPS, 2016a).

La reorientación de los servicios de salud basada en APS exige el fortalecimiento del nivel primario de atención, puesto que es donde se diagnostican la mayoría de los problemas de salud, se identifican los problemas de funcionamiento y se derivan los pacientes a otros servicios. También es donde se produce el cumplimiento de los planes de tratamiento y se garantiza una atención integral a lo largo del curso de vida, lo que repercute positivamente en el funcionamiento y la calidad de vida. La intervención temprana de la rehabilitación en los centros de atención primaria puede reducir la prevalencia y minimizar los efectos incapacitantes de las enfermedades crónicas, las consecuencias de lesiones y traumas y puede optimizar los resultados de otros tipos de Intervenciones de salud (quirúrgicas o psicológicas) facilitando la continuidad de la atención que apoya la recuperación total (WHO, 2018).

### **4.4. Gobernanza y gobernabilidad en rehabilitación**

La gobernanza y gobernabilidad en rehabilitación implica el reconocimiento de los resultados en salud y los beneficios sociales de la rehabilitación, por parte de las autoridades sanitarias. Para su consolidación es necesario considerar aspectos como: a) políticas, planes y programas de rehabilitación, b) el liderazgo, coordinación y formación de coaliciones para la rehabilitación, c) la capacidad e incentivos para la implementación de políticas y planes, d) rendición de cuentas, presentación de informes y transparencia, e) reglamentación relativa a la rehabilitación y las ayudas técnicas y, f) políticas, planes, liderazgo y adquisición relativos a las ayudas técnicas (OMS, 2020). Además, requiere de la participación de la ciudadanía y de las comunidades para el reconocimiento de las necesidades de rehabilitación y adecuación de todas las acciones que permitan respuestas efectivas y su aceptación social.

Este elemento es fundamental en el marco de este lineamiento, dado que desde el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 se asume como primer eje estratégico la gobernabilidad y gobernanza en salud pública, orientando hacia la cogestión, coadministración y cogobierno liderados por la autoridad sanitaria local, que permita un diálogo con pueblos, organizaciones y comunidades, para el logro de resultados en salud, de acuerdo a las particularidades del territorio. Además, reitera que, en aras de fortalecer la gobernanza, se requiere a la par, fortalecer la gobernabilidad y autonomía en salud de los pueblos y comunidades, considerando las estructuras de sus sistemas propios en salud, las formas de participación y la toma de decisiones colectivas

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

(MSPS, 2023c). Lo anterior se refleja en el contexto de la Planeación Integral para la Salud, haciendo efectivos los propósitos de la gobernanza y la gobernabilidad.

Desde la iniciativa de Rehabilitación 2030 y su guía de acción: Rehabilitación en los sistemas de salud, se presentan una serie de buenas prácticas para fortalecer la capacidad de liderazgo y gobernanza en rehabilitación, que se enmarcan en la definición de un plan estratégico de rehabilitación para el país; estas son: aumentar la capacidad humana y financiera para la rehabilitación en el Ministerio de Salud, crear una estructura clara de gobernanza y rendición de cuentas, fomentar la capacidad técnica y las habilidades en liderazgo y rehabilitación, crear redes, asociaciones y alianzas, cultivar y orientar a defensores de la rehabilitación y facilitar los intercambios entre países (OMS, 2020).

#### **4.5. Organización de la rehabilitación en los niveles primario y complementario**

La organización de la rehabilitación de modo transversal en el continuo de la atención en salud puede tener impactos significativos como medida preventiva, en la reducción de riesgos, la mejora de resultados funcionales, y en la disminución de la carga de la discapacidad, las inequidades en salud y el costo de los servicios de salud (England NHS, 2016). Es necesario replantear la disposición de la rehabilitación en las últimas fases del continuo de la atención para considerarla relevante en todos los estadios de una condición de salud (aguda, postaguda o crónica), en diferentes contextos asistenciales y con intervenciones que aportan a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación (Stucki, Cieza, & Melvin, 2007). Por lo anterior, se presenta una organización de los servicios de rehabilitación en los niveles primario y complementario, basada en experiencias de rehabilitación en el país, y alineada con los planteamientos de la OMS (WHO, 2019).

En el nivel primario de atención se realiza la provisión de servicios integrados y accesibles por personal de salud, quienes resuelven la mayoría de las necesidades de salud de las personas. En este nivel se prestan servicios de rehabilitación conforme al nivel de atención del prestador. La rehabilitación en prestadores de nivel primario se fundamenta en la estrategia de APS con enfoque de salud familiar y comunitario, se centra en su cuidado, plantea la provisión de herramientas para el autocuidado y la promoción de la salud y la participación vinculante de actores institucionales y comunitarios (MSPS, 2023c). Además, en los servicios de rehabilitación de baja complejidad se desarrollan acciones para la promoción, preservación o recuperación del funcionamiento de las personas, así como acciones para la prevención de enfermedades o complicaciones derivadas de las alteraciones en la salud. Todo ello, a partir del desarrollo de acciones integrales en salud, que implican la articulación de atenciones individuales y colectivas en el entorno familiar y comunitario, en el marco de la APS (USAID & OIM, 2020).

En el nivel complementario de atención se brinda una respuesta en salud para aquellos eventos que requieran tecnologías y talento humano en salud no disponibles en el nivel primario y garantizar la integralidad, continuidad y resolutivez para la población. Hacen parte de este nivel los prestadores que ofertan servicios de salud de mediana y alta complejidad, en los que pueden estar dispuestos los servicios de rehabilitación. La integración de la rehabilitación en la atención de mediana y alta complejidad busca brindar intervenciones especializadas y garantizar la integralidad y continuidad de la atención durante las fases aguda y postaguda del cuidado, o en condiciones de salud complejas. Los servicios de rehabilitación en instituciones de mediana y alta complejidad se caracterizan por la composición de equipos multidisciplinarios, la especialización de los equipos, tecnologías e intervenciones y por la posibilidad de cumplir un rol de soporte a los equipos de profesionales en los servicios de menor complejidad (Langhammer et al., 2015; National Specialised Commissioning Group, 2010). La diferencia principal entre los servicios de rehabilitación en mediana y alta complejidad radica en la complejidad de los casos y en la capacidad resolutivez instalada en términos de servicios declarados y habilitados, personal especializado y tecnología (MSPS, 2014).

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

## **5. Elementos para el fortalecimiento de la rehabilitación en el sistema de salud colombiano**

El fortalecimiento de la rehabilitación requiere la optimización de las funciones o elementos básicos del sistema de salud (OMS, 2020). Esto implica el desarrollo de acciones encaminadas a mejorar la gobernanza, el financiamiento, la prestación de servicios, el talento humano, los sistemas de información en salud y el monitoreo para la rehabilitación. Por ello, este apartado ofrece unas recomendaciones dirigidas a los diferentes actores del sistema en el nivel nacional, departamental y municipal que permitan implementar medidas en cada uno de los aspectos enunciados, para aumentar la calidad, accesibilidad y asequibilidad a la rehabilitación entre las personas que la necesiten y, de esta manera, dar respuesta a las necesidades de rehabilitación de la población.

### **5.1. Gobernanza y gobernabilidad en rehabilitación en salud**

Para fortalecer la rehabilitación es necesario mejorar la gobernanza y gobernabilidad a nivel nacional y territorial. Esto implica que las autoridades sanitarias ejerzan el liderazgo y la coordinación de la rehabilitación en sus jurisdicciones. El liderazgo consiste en el proceso de influencia para lograr el apoyo de personas o entidades que permita alcanzar los objetivos asociados con la mejora y el fortalecimiento de la rehabilitación. Por su parte, la coordinación de la rehabilitación implica organizar las diferentes iniciativas para asegurar que obren juntas de manera eficaz y, además, favorecer la creación de coaliciones, que permitan unir y armonizar a las partes interesadas en la conformación de redes y alianzas que apoyen la rehabilitación.

En función de este lineamiento, se espera que a partir del fortalecimiento de la gobernanza las autoridades sanitarias puedan orientar políticas, programas y planes a partir del modelo de determinantes y desigualdades sociales en salud, entendiendo las múltiples condiciones y mecanismos que afectan de forma diferencial la salud y el funcionamiento de la población. En este sentido, a continuación, se presentan las principales líneas de acción que desde el ejercicio de la gobernanza favorecen el posicionamiento de la rehabilitación en los territorios como estrategia para el logro de la equidad en salud. Comprenden su integración en la planeación integral para la salud, la gestión integral de la salud pública para fortalecer la rehabilitación y la planeación e implementación de intervenciones colectivas.

#### **5.1.1 Integración de la rehabilitación en la planeación territorial e integral para la salud**

Teniendo en cuenta que la planeación territorial es un proceso estratégico y operativo para el análisis y priorización de acciones y sus recursos, se requiere como punto de partida del compromiso de las autoridades territoriales (gubernaciones y alcaldes) e instancias de planeación (Asambleas departamentales y Consejos municipales) para movilizar la voluntad de actuación institucional. En este sentido, es recomendable que desde los planes de desarrollo territorial se planteen estrategias y se destinen recursos para la formulación y gestión de acciones que aporten al fortalecimiento de la rehabilitación en salud. Lo anterior, considerando que estos planes se basan en el Análisis de Situación de Salud y en la priorización de necesidades en salud de las poblaciones del territorio.

También, es necesario que las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales realicen acciones para el posicionamiento y reconocimiento de la rehabilitación, a través de la sensibilización de diversos actores institucionales transectoriales y comunitarios de su jurisdicción, sobre la importancia de la rehabilitación como estrategia que aporta al cuidado de la salud a partir de intervenciones y acciones que optimizan el funcionamiento humano como condición esencial para el goce de la salud y el bienestar. Estas acciones serán acompañadas por este Ministerio a través de asistencias técnicas para fortalecer las capacidades de las autoridades sanitarias territoriales.

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

De manera paralela, se requiere que las autoridades sanitarias departamentales, distritales y municipales propendan porque en el proceso de Planeación Integral para la Salud y en los instrumentos que hacen parte de esta, se tenga una comprensión y abordaje integral de las problemáticas y necesidades en salud, que implica el desarrollo del proceso de análisis de las necesidades de rehabilitación y los determinantes asociados con el acceso a los servicios de rehabilitación. Lo anterior, en el marco de las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la planeación integral para la salud y construcción del Análisis de Situación de Salud (MSPS, 2024b).

**5.1.1.1 Identificación de necesidades y recursos para la rehabilitación en el proceso de construcción del Análisis de Situación de Salud**

Es importante señalar que la identificación de las necesidades en rehabilitación es el punto de partida para su fortalecimiento. Aunque es probable que en el momento de análisis y comprensión de los datos y la información disponibles producidos por diferentes sistemas de información para la construcción del Análisis de Situación de Salud -ASIS no emerja explícitamente lo relacionado con necesidades de rehabilitación, es clave tener en cuenta que estas necesidades son condiciones de salud que pueden comprometer el funcionamiento humano y, que al ser intervenidas desde la rehabilitación, las personas pueden lograr beneficios en su desempeño cotidiano. Esto quiere decir que los datos de eventos en salud (enfermedad, lesiones, exposición a riesgos, etc.) son condiciones de salud que sirven para estimar las necesidades de rehabilitación en los territorios. En este sentido, las entidades territoriales podrán integrar la identificación de estas necesidades en el proceso de análisis estructural participativo para la construcción del ASIS.

A partir de estimaciones de la OMS sobre rehabilitación para Colombia es posible tener como referente unas categorías agregadas de enfermedades y lesiones susceptibles de rehabilitación (MSPS, 2024a). Es importante señalar que las condiciones descritas en la Tabla 2 son un punto de partida para el trabajo de identificación de necesidades de rehabilitación en los territorios, no obstante, en el ejercicio territorial podrán surgir otras condiciones de salud o riesgos para el funcionamiento humano que puedan beneficiarse de la rehabilitación.

**Tabla 2. Categorías agregadas de enfermedades y lesiones susceptibles de rehabilitación, resultado de Estimaciones de la OMS sobre rehabilitación para Colombia**

Categoría agregada de enfermedades y lesiones	Condiciones individuales
Trastornos musculoesqueléticos	Dolor lumbar
	Dolor de cuello
	Fracturas
	Otras lesiones
	Osteoartritis
	Amputación
	Artritis reumatoide
Desórdenes neurológicos	Parálisis cerebral
	Accidente cerebrovascular
	Lesión cerebral traumática
	Enfermedad de Alzheimer y demencia
	Lesión de la médula espinal
	Enfermedad de Parkinson

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 22 de 59

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

	Esclerosis múltiple
	Enfermedad de la neurona motora
	Síndrome de Guillain-Barré
Deficiencias sensoriales	Pérdida de audición
	Pérdida de visión
Desórdenes mentales	Discapacidad intelectual del desarrollo
	Esquizofrenia
	Trastornos del espectro autista
Enfermedades respiratorias crónicas	Enfermedades respiratorias crónicas
Enfermedades cardiovasculares	Insuficiencia cardíaca
	Infarto agudo de miocardio
Neoplasias	Neoplasias

*Nota.* Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social. Necesidades de rehabilitación (2024).

Dado que el sistema de salud se reconoce como un determinante intermedio de la salud, el análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud en general y de rehabilitación, en particular, debe hacer parte del análisis estructural participativo para la construcción del ASIS, puesto que el acceso a la rehabilitación puede ser elemento de inequidades en salud. En este sentido, es clave identificar las capacidades o recursos con los que cuenta cada entidad territorial en términos de disponibilidad y distribución de servicios y de talento humano para la rehabilitación, pues se relaciona con las posibilidades de acceso (Tabla 3).

**Tabla 3. Información sobre servicios y talento humano para la rehabilitación en salud**

Recursos/capacidades	Descripción	Fuentes de información
Servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad y distribución en el territorio.</li> <li>- Modalidades y grados de complejidad de los servicios.</li> <li>- Infraestructura y equipamiento para la prestación.</li> <li>- Oportunidad y seguridad en la atención en los servicios de rehabilitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- REPS</li> <li>- Observatorio Nacional de Calidad en Salud</li> <li>- Último ASIS disponible</li> </ul>
Talento humano en rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cantidad y distribución del recurso humano en rehabilitación en el territorio y en los diferentes prestadores de salud.</li> <li>- Identificación de la oferta de educación continuada para los profesionales de rehabilitación por parte de los departamentos, distritos o prestadores de salud.</li> <li>- Presencia de grupos multidisciplinarios de rehabilitación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema Integrado de Información de la Protección Social SISPRO-, Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - RETHUS</li> <li>- Observatorio de Talento Humano en Salud</li> <li>- Último ASIS disponible</li> </ul>

En el marco de los determinantes sociales de la salud, el análisis de las necesidades de rehabilitación así como de las barreras de acceso a los servicios de rehabilitación debe considerar su interrelación con: a) las condiciones demográficas y poblacionales que condicionen mayores riesgos para la salud y el funcionamiento (género, edad), comunidades y pueblos étnicos, poblaciones diferenciales (campesinos, LGTBIQ+), poblaciones vulnerables (víctimas, migrantes, personas con discapacidad, habitantes de calle); b) las características socioeconómicas de la población y las condiciones geográficas del territorio y su relación con las posibilidades de acceso a servicios de rehabilitación. Siempre teniendo una consideración con el enfoque de interseccionalidad.

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 23 de 59

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

Por otra parte, para dar respuesta a las necesidades de rehabilitación y atender las posibles barreras de acceso a los servicios de rehabilitación, las entidades territoriales departamentales, distritales, municipales y demás responsables de la formulación de los planes territoriales de salud (MSPS, 2024b), deben hacer el reconocimiento de los principales problemas de salud en su jurisdicción, para posteriormente realizar el proceso de priorización de los problemas y necesidades sociales en salud. El análisis de situación de salud, incluyendo lo relacionado con la situación de rehabilitación a nivel territorial tiene sentido en la medida en que la información sea utilizada en la toma de decisiones que se vea reflejada en propuestas y acciones de respuesta sobre la situación encontrada.

Es importante considerar que los problemas de salud, así como las necesidades de rehabilitación pueden demandar múltiples acciones sectoriales e intersectoriales. Por lo anterior, las autoridades sanitarias deberán convocar los espacios para articular responsabilidades y recursos con otros actores y sectores que aportan al desarrollo de procesos de rehabilitación efectivos en el marco de la atención primaria en salud. A partir de dicha incidencia para la coordinación, se espera disponer de intervenciones de carácter individual, colectivo y poblacional que favorezcan la gestión integral y oportuna de los riesgos en salud de personas, familias y comunidades y lograr mejores resultados en la salud, el bienestar y el desarrollo humano.

En lo que compete a respuestas específicas desde el sector salud, las acciones pueden incluir: garantizar servicios de rehabilitación en nivel primario y complementario dentro de las redes integrales e integradas territoriales de salud, mejorar la infraestructura y dotación para estos servicios, mejorar su calidad y efectividad, favorecer la distribución territorial y fortalecer las competencias del talento humano en rehabilitación. Asimismo, implementar intervenciones colectivas en diferentes entornos que sean complementarias a los servicios de rehabilitación y fortalecer la participación ciudadana para el desarrollo de la rehabilitación. Sobre la participación social en salud se precisa la necesidad de fortalecerla para lograr la concurrencia de la comunidad y sus organizaciones en la identificación de los problemas, su priorización y solución, con un enfoque territorial y poblacional, articulado a la Política de participación social en salud en el nivel territorial e institucional. Todo ello debe abordarse de forma articulada para garantizar la rehabilitación en el marco de la garantía del derecho a la salud.

Finalmente, las entidades territoriales deben identificar las posibilidades para abordar en el corto plazo a través de acciones sectoriales de acuerdo con los recursos con los que cuenta, o la necesidad de proyectar análisis posteriores para la gestión de otras fuentes de recursos. Una descripción detallada de fuentes y recursos se encuentra en el apartado financiación para la rehabilitación.

### **5.1.2. Gestión integral de la salud pública para el fortalecimiento de la rehabilitación a nivel territorial**

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, la gestión de la salud pública tiene un valor operativo por su condición para materializar la atención integral en salud, a partir de la articulación de esfuerzos e intervenciones orientadas a garantizar la equidad en salud. Este lineamiento plantea algunas orientaciones para que las autoridades sanitarias se fortalezcan técnicamente y puedan planificar e integrar acciones necesarias para el desarrollo e implementación de la rehabilitación a nivel territorial y local. Asimismo, estas directrices están dispuestas para que, bajo el liderazgo de las entidades territoriales, las EAPB o quien haga sus veces y demás aseguradoras y los prestadores de servicios de salud, las tengan en cuenta en el cumplimiento de sus responsabilidades.

Las acciones estratégicas que se presentan en la Tabla 4 se alinean con los procesos de la gestión de la salud pública (MSPS, 2015b) y con el documento Directrices para la caracterización y ejecución de los procesos para la Gestión de la Salud Pública en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud (MSPS, 2016c) y, aportan a la implementación de la Atención Primaria en Salud. Las acciones priorizadas se consideran

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 24 de 59

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

necesarias para fortalecer la rehabilitación, no obstante, las autoridades territoriales podrán incluir acciones sobre aquellos procesos que resulten de mayor necesidad. Además, se precisa que si bien las acciones están dirigidas a entidades territoriales de orden departamental, distrital y municipal, en concordancia con las competencias de los departamentos, estos deberán asesorar a los municipios en los aspectos técnicos y operativos para el desarrollo de las acciones para el fortalecimiento de la rehabilitación, así como asegurar la vigilancia y concurrencia para el logro de los objetivos.

**Tabla 4. Acciones estratégicas para el fortalecimiento de la rehabilitación a nivel territorial (departamental, distrital y municipal)**

Proceso de la gestión de la salud pública	Objetivo	Acción estratégica
Coordinación intersectorial	Liderar la articulación de actores, recursos, acciones, entre otros para fortalecer la rehabilitación a nivel territorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprovechar espacios de concurrencia existentes para la generación de gobernanza en salud y gestión de la acción intersectorial en torno a la rehabilitación.</li> <li>- Identificar acciones que desde el sector salud u otros sectores aportan a los objetivos de rehabilitación. <i>Esto implica reconocer la oferta de servicios de salud, intervenciones colectivas y oferta intersectorial teniendo en cuenta su impacto en las necesidades de rehabilitación identificadas en el territorio.</i></li> <li>- Desarrollar estrategias comunicativas para que actores institucionales y comunitarios reconozcan, supervisen y hagan uso de las intervenciones enmarcadas en la rehabilitación.</li> </ul>
Desarrollo de capacidades	Reconocer y fortalecer las capacidades funcionales y técnicas para el desarrollo e implementación de la rehabilitación a nivel territorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollar un plan para fortalecer las capacidades que incluya un diagnóstico con los actores institucionales y comunitarios, acompañamiento y asesoramiento técnico para crear capacidad para la comprensión <i>del alcance de la rehabilitación y su priorización en el territorio.</i></li> <li>- Generar capacidades en el talento humano en salud para la identificación temprana de riesgos de alteraciones del funcionamiento humano en todas las etapas del ciclo de vida y canalización o referencia de necesidades a los servicios de rehabilitación correspondientes.</li> </ul>
Participación social	Favorecer el posicionamiento de los procesos participativos para la cogestión de los factores y condiciones que afectan la salud y el funcionamiento humano y para la construcción colectiva de respuestas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crear estrategias pedagógicas orientadas al desarrollo de capacidades para la participación en la población, específicamente en el ejercicio del derecho a la salud, entendiendo este como la garantía de todas las prestaciones necesarias para la atención integral, incluyendo la rehabilitación y, la cogestión para el cuidado de la salud individual y colectiva.</li> <li>- Fortalecer los mecanismos y procedimientos para que las poblaciones con necesidades de rehabilitación puedan tener representación en espacios de construcción de acciones para el cuidado de la salud, incidencia y hacer control social de los recursos públicos, las instituciones y los actores del sistema, para la garantía del derecho a la rehabilitación implícito en el derecho a la salud.</li> </ul>
Gestión del conocimiento	Propender por el uso y generación de información relacionada con las necesidades de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar análisis con datos existentes de las tendencias de las condiciones de salud para documentar las necesidades y condiciones de acceso a la rehabilitación. Esto debe desarrollarse reconociendo las diferencias poblacionales y territoriales.</li> <li>- Gestionar recursos técnicos y financieros para la generación de información sobre necesidades de rehabilitación, caracterización de la prestación de servicios de rehabilitación, identificación de intervenciones o acciones de rehabilitación, entre otras, para posibilitar la toma de decisiones informada y el fortalecimiento de la rehabilitación.</li> </ul>

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 25 de 59

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

Proceso de la gestión de la salud pública	Objetivo	Acción estratégica
Vigilancia en salud pública	Recolectar, analizar e interpretar información en salud pública desde una perspectiva del funcionamiento humano para el fortalecimiento de la rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analizar los indicadores de interés en salud pública y reconocer la necesidad de intervenciones de rehabilitación, con el fin de evitar la progresión o desenlaces adversos de enfermedades o condiciones de salud.</li> <li>- Vigilar las condiciones de salud que pueden resultar en una discapacidad temporal o permanente o que pueden afectar el desempeño funcional, para intervenir de manera temprana e incidir en las cifras de discapacidad prevenible. Es el caso de condiciones crónicas (hipertensión, diabetes, EPOC, cáncer, enfermedades huérfanas), condiciones osteomusculares como dolor lumbar, artritis, artrosis y condiciones cardiovasculares (ECV, infarto agudo de miocardio).</li> <li>- Vigilar y analizar eventos de notificación obligatoria tales como intento de suicidio, lesiones por causa externa, violencia de género e intrafamiliar, bajo peso al nacer y enfermedades huérfanas, para conducir a las rutas integrales de atención y proveer una respuesta que incluya intervenciones de rehabilitación acorde con las prioridades y necesidades.</li> <li>- Armonizar los registros de información con diferentes mecanismos de vigilancia (p. ej. Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad -RLCPD, Registro Único de Víctimas -RUV y otras fuentes de información).</li> </ul>
Gestión de la prestación de servicios individuales	Garantizar el acceso a servicios de rehabilitación acorde con las necesidades de la población y velar por su calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer la oferta de servicios de rehabilitación, las condiciones de accesibilidad geográfica y sociocultural, desarrollando las acciones necesarias para implementar servicios de rehabilitación en los territorios o la articulación con la oferta más cercana.</li> <li>- Conformar y habilitar redes integradas e integrales territoriales considerando la disponibilidad de servicios de rehabilitación como servicio básico para la población.</li> <li>- Fortalecer modalidades de prestación de servicios de telesalud y extramuralidad para mejorar la accesibilidad a la rehabilitación en salud.</li> <li>- Definir las atenciones complementarias a las definidas en las rutas para garantizar la atención integral en salud, considerando las necesidades de rehabilitación.</li> <li>- Hacer seguimiento a los servicios de rehabilitación habilitados de acuerdo con indicaciones previas para la prestación de dichos servicios.</li> </ul>
Gestión de las intervenciones colectivas	Planear, ejecutar y evaluar las intervenciones colectivas que aportan a la atención integral de las necesidades de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecer la implementación de intervenciones colectivas que aporten al desarrollo de procesos de rehabilitación para la gestión integral de riesgo de poblaciones con necesidades de rehabilitación.</li> <li>- Definir los mecanismos de articulación que se requieran para ejecutar las intervenciones colectivas de forma complementaria y coordinada con la prestación de servicios de rehabilitación, y con intervenciones de otros sectores e instituciones.</li> </ul>

### 5.1.2.1. Articulación con otras políticas y programas para garantizar la rehabilitación a poblaciones y grupos diferenciales

La gestión territorial de políticas como: política nacional de infancia y adolescencia; política pública nacional de envejecimiento humano y vejez; política pública nacional de discapacidad e inclusión social; política nacional de salud mental; política pública de mujeres y equidad de género; política de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado; política pública social para habitantes de la calle, entre otras políticas territoriales, requiere atender el enfoque diferencial y la coordinación entre diferentes sectores. En especial, si se considera que algunas de estas políticas incluyen en sus ejes estratégicos y líneas de acción la rehabilitación, lo cual implica la armonización de conformidad con este anexo técnico y su acto administrativo de conformación. En consecuencia, las acciones orientadas al fortalecimiento de la rehabilitación en salud requieren adaptaciones, conforme las disposiciones que se emitan desde este Ministerio para la atención diferencial de estas poblaciones. Además, es especialmente importante la articulación intersectorial en la rehabilitación de

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 26 de 59

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

poblaciones diferenciales y vulnerables, considerando las condiciones particulares que se relacionan con mayor exposición a factores de riesgo para el funcionamiento humano.

Con relación a las políticas y estrategias del sector salud que se desarrollan en los territorios, las direcciones departamentales, distritales y municipales deben integrar la rehabilitación como una intervención transversal para el logro de resultados de salud, con un énfasis en las intervenciones de rehabilitación en salud que permitan garantizar la integralidad de la atención de la salud tanto en el entorno institucional, como en los demás entornos. Además, el sector salud cuenta con una serie de lineamientos que permiten implementar acciones territoriales de promoción y gestión integrada de la salud, y por tanto, es necesario que a la luz de estas herramientas se identifiquen las necesidades de rehabilitación y se potencialicen las acciones de respuesta desde los servicios de rehabilitación. Por lo anterior, se deben considerar los lineamientos existentes para la gestión de la salud de poblaciones con necesidades específicas para identificar de forma temprana posibles alteraciones del funcionamiento y las necesidades de rehabilitación. Entre estos se encuentran: Lineamientos para la promoción y gestión integral de la salud auditiva y comunicativa; Lineamiento para la implementación de actividades de promoción de la salud visual, control de alteraciones visuales y discapacidad visual evitable; Lineamientos para la promoción y detección temprana en salud mental y epilepsia y Orientaciones para la atención de niños y niñas con riesgos o sospecha de problemas en el desarrollo, entre otros.

Por último, las autoridades locales deben asegurar el presupuesto que garantice la ejecución de las acciones de acuerdo con las necesidades específicas de la población. Por tanto, desde la proyección de los planes territoriales de salud se deben visibilizar acciones para el fortalecimiento de la rehabilitación, partiendo de la consolidación de las necesidades de rehabilitación en los diagnósticos de situación de salud y de esta manera, se logre la priorización de acciones territoriales y asignación de recursos para responder a dichas necesidades.

### **5.1.3. Planeación e implementación de intervenciones colectivas relacionadas con la rehabilitación**

La identificación y análisis de las necesidades de rehabilitación en el proceso de planeación integral en salud orienta la priorización de acciones integrales para atenderlas. En este sentido, el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PSPIC) como plan complementario a otros beneficios o intervenciones, debe ser escenario para reforzar o implementar actividades que aporten al proceso de rehabilitación y permitan mantener el funcionamiento óptimo de las personas al interactuar con sus entornos. Lo anterior, reconociendo que las intervenciones colectivas son estratégicas para la promoción de la salud y reducción de la probabilidad de efectos negativos de los riesgos o enfermedades a partir de estrategias para el cuidado de la salud, la participación y movilización social, el desarrollo de capacidades y la transformación de los entornos.

En consecuencia, en la tabla 5 se presentan unas actividades que pueden aportar al proceso de rehabilitación. Se precisa que dichas actividades se dan en el marco de la ejecución de las intervenciones colectivas, y por tanto, se espera que las entidades territoriales partan por el reconocimiento de los resultados de PSPIC previos para que puedan proyectar su reforzamiento o consideren la priorización de aquellas intervenciones que permitan responder a las necesidades de rehabilitación identificadas.

Finalmente, se precisa que el procedimiento de canalización, el cual se adelanta en la ejecución del PSPIC, tiene especial relevancia en este lineamiento, dado que permitirá el acceso efectivo a la oferta de servicios de rehabilitación, y a otras intervenciones relacionadas con la rehabilitación. Por lo anterior, se demanda el fortalecimiento de su implementación y seguimiento, así como el desarrollo de capacidades del talento humano de PSPIC, para que puedan identificar personas con riesgos específicos que requieran canalización a servicios de rehabilitación o a la oferta sectorial e intersectorial que aporta a los procesos de rehabilitación.

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 27 de 59

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

**Tabla 5. Intervenciones colectivas relacionadas con la rehabilitación**

Intervenciones colectivas	Actividades que aportan/ potencializan el proceso de rehabilitación
Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Canalización y seguimiento a la efectividad de la canalización de acceso a los servicios de rehabilitación.</li> <li>● Seguimiento al proceso de rehabilitación de las personas desde los entornos de la vida cotidiana.</li> <li>● Desarrollo de capacidades de personas con necesidades de rehabilitación, familias, cuidadores y comunidad para el cuidado de la salud, el fortalecimiento del funcionamiento y la promoción de la autonomía.</li> <li>● Acciones que apoyen la identificación de las necesidades de rehabilitación a nivel local.</li> <li>● Acciones para promover el acceso a la rehabilitación.</li> <li>● Búsqueda activa para la identificación de personas con riesgos que puedan derivar en necesidades de rehabilitación y su canalización hacia procesos de certificación o a mecanismos de protección de derechos.</li> </ul>
Caracterización social y ambiental	Recolección, análisis y difusión de información sobre población con necesidades de rehabilitación, para complementar la información dispuesta en ASIS y con el fin de favorecer el proceso de rehabilitación de población que lo requiera.
Educación y Comunicación para la salud	Intervenciones de educación dirigidas a la comunidad para generar una cultura de cuidado de la salud en torno al funcionamiento humano, lo que implica cambios de comportamientos y estilos de vida y habilidades para el mantenimiento de la autonomía y el bienestar.
Información en salud	Se puede hacer uso de diversos mecanismos para la difusión de información sobre: oferta de servicios de rehabilitación en los territorios, riesgos y enfermedades que pueden incidir en la alteración del desempeño funcional y estrategias para prevención de enfermedades discapacitantes.
Zonas de orientación y centros de escucha	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escucha activa, acompañamiento, asistencia, formación, capacitación y referenciación a otros servicios sectoriales e intersectoriales, que permitan el fortalecimiento y el mantenimiento de los logros en el desempeño de las personas con necesidades de rehabilitación.</li> <li>● Detección temprana de situaciones que pueden requerir intervención individual de rehabilitación.</li> </ul>
Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales	Apoyar la organización de grupos de población con necesidades de rehabilitación para coordinar acciones que permitan compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos (económicos, físicos, personales, sociales) y generar sinergias para la participación, incidencia y veeduría de las respuestas a sus necesidades en el territorio.
Jornadas de Salud	En coordinación con los prestadores de salud, es una intervención que puede facilitar el acceso a intervenciones de rehabilitación principalmente a población con necesidades en zonas rurales dispersas o con barreras de acceso geográfico.
Tamizajes	Pruebas de tamizaje para la detección temprana de necesidades en rehabilitación con énfasis en población menor de edad para la prevención de discapacidad por condiciones evitables.

### 5.2. Prestación de servicios de rehabilitación en salud

Este componente brinda orientaciones para el fortalecimiento de la prestación de servicios de rehabilitación en las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales independientes de salud y entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que tengan habilitado alguno de los servicios de rehabilitación o que proyecten su habilitación. Se precisa que los servicios de rehabilitación serán objeto de toda la normativa emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social que propenda por la garantía del acceso, calidad y eficiencia de los servicios de salud en el país.

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 28 de 59

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

Las siguientes recomendaciones se organizan considerando las características de los prestadores, su organización a través de las RIITS, sus mecanismos y herramientas de coordinación, el uso de las modalidades de atención, la planeación e implementación del ciclo de rehabilitación como elemento fundamental para ofertar servicios de rehabilitación bajo las orientaciones del funcionamiento humano.

### 5.2.1 Organización de los servicios de rehabilitación a través de las RIITS

La organización de las RIITS en cabeza de la entidad territorial departamental, distrital y municipal en coordinación con los aseguradores debe garantizar la disponibilidad de los servicios de rehabilitación en el nivel primario y en el nivel complementario de atención. Teniendo en cuenta que para garantizar la atención integral en salud se debe disponer de los servicios de rehabilitación en los diferentes niveles de atención, en la Tabla 6 se describen los prestadores que pueden ofertar y habilitar servicios de rehabilitación, conforme lo dispuesto en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud -SOGCS, definido en la Resolución 3100 de 2019 o aquella que la modifique o sustituya.

**Tabla 6. Prestadores que pueden ofertar servicios de rehabilitación en cualquiera de las modalidades de habilitación**

Nivel primario de atención (Servicios baja complejidad)	Nivel complementario de atención (Servicios mediana alta complejidad)
IPS Públicas: Hospitales de I Nivel, Centros de Salud y Puestos de Salud IPS privadas que ofertan servicios de baja complejidad Profesionales independientes que no ofertan servicios especializados Entidades con objeto social diferente que no ofertan servicios de salud especializados	IPS Públicas: Hospitales de II y III Nivel IPS privadas que ofertan servicios de salud mediana y alta complejidad Profesionales independientes que ofertan servicios especializados Entidades con objeto social diferente que ofertan servicios de salud especializados

Es importante señalar que la organización de los servicios de rehabilitación en el ámbito de las RIITS debe considerar la complejidad de los servicios, y que esta depende de las condiciones de salud que atienden o prevén atender, la tecnología con la que cuentan y la formación del talento humano disponible para su atención. En la Tabla 7 se presentan las características de la atención en los servicios de rehabilitación, de acuerdo con el nivel de atención donde se encuentran disponibles.

**Tabla 7. Características de la atención en los servicios de rehabilitación según el nivel de atención**

	Nivel primario de atención (Servicios baja complejidad)	Nivel complementario de atención (Servicios mediana alta complejidad)
<b>Condiciones de salud atendidas</b>	La atención se orienta a personas con condiciones de salud que se encuentran en fase postaguda o crónica para optimizar o conservar su funcionamiento. También pueden ser abordadas condiciones que se encuentran en fase aguda susceptibles de ser intervenidas a través del cuidado primario en salud, y que para iniciar la atención, no requieren de un diagnóstico diferencial por un servicio de salud especializado.	Las intervenciones se orientan a personas con condiciones de salud agudas, subagudas o crónicas que requieren manejo intrahospitalario, en áreas de hospitalización o consulta externa, con el uso de tecnología y técnicas de intervención especializadas orientadas a mejorar su funcionamiento. Algunas condiciones que requieren atención en rehabilitación especializada pueden ser de aparición repentina (daño cerebral adquirido, lesiones de la médula espinal o del sistema nervioso periférico, politrauma), condiciones intermitentes y progresivas

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 29 de 59

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

	<b>Nivel primario de atención (Servicios baja complejidad)</b>	<b>Nivel complementario de atención (Servicios mediana alta complejidad)</b>
		(esclerosis múltiple, distrofias musculares, artritis reumatoidea) y condiciones estables con o sin cambios degenerativos (condiciones congénitas como parálisis cerebral o espina bífida). No obstante, los pacientes pueden ser priorizados por sus niveles de deficiencias o limitaciones en las actividades o la complejidad de sus necesidades de rehabilitación (National Specialised Commissioning Group, 2010).
<b>Características de la prestación de servicios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aportan a la integralidad y resolutiveidad del nivel primario de atención, mediante atenciones de baja frecuencia e intensidad.</li> <li>2. Desarrollan acciones de promoción de la salud y de prevención que complementan las intervenciones de protección específica y detección temprana desarrolladas de acuerdo con el curso de vida de las personas.</li> <li>3. Se articulan con los servicios de mediana y alta complejidad, para mejorar la accesibilidad de las personas con necesidades de rehabilitación más complejas y la continuidad de tratamientos en su entorno cercano.</li> <li>5. Proyectan la articulación de acciones con otros sectores, para influir en los determinantes sociales de la salud, el funcionamiento y la discapacidad (WHO, 2018).</li> <li>6. Cuentan con equipos tecnológicos básicos y la formación de los profesionales está centrada en el desarrollo de competencias disciplinares que se potencian con aquellas relacionadas con la atención primaria en salud y el enfoque familiar y comunitario.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Están integrados en la atención en las áreas de hospitalización, consulta externa, urgencias y se articulan con los servicios especializados.</li> <li>2. Pueden ser brindados por prestadores dedicados a la rehabilitación en áreas especializadas con capacidad para prestar servicios intensivos desde una fase aguda.</li> <li>3. Las intervenciones pueden ser de alta intensidad y frecuencia en la fase aguda y subaguda para minimizar el impacto negativo en el funcionamiento, derivado de la complejidad de las alteraciones asociadas a la condición de salud.</li> <li>4. Por lo general, se prestan a través de equipos multidisciplinares de rehabilitación que se conforman con profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicología, trabajo social, y las especialidades de medicina física y rehabilitación y/o psiquiatría en un mismo prestador. Asimismo, se articulan con otros servicios especializados que apoyan los procesos de rehabilitación.</li> <li>6. Cuentan con dotación de equipos con tecnología más especializada y el talento humano puede tener formación adicional en técnicas terapéuticas especializadas.</li> </ol>
<b>Acciones que realizan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar, diagnosticar, tratar o referir oportunamente a individuos con riesgos o deterioro en el funcionamiento, a causa de condiciones de salud susceptibles de ser atendidas en baja complejidad.</li> <li>2. Implementar ciclos de rehabilitación con intervenciones individuales articulados a intervenciones colectivas y acciones intersectoriales que aporten a resultados en la interacción de la persona con su entorno.</li> <li>3. Integrar las intervenciones realizadas con las desarrolladas por los equipos básicos de salud o quienes hagan sus veces, para garantizar atención integral.</li> <li>4. Articular con la atención en servicios de salud del nivel complementario de atención en el proceso de referencia y contrarreferencia, según la necesidad de atención en salud de cada persona (Rosas, Narciso y Cuba, 2013).</li> <li>5. Realizar acciones de seguimiento y mantenimiento de los logros alcanzados en intervenciones de rehabilitación desarrolladas en servicios de</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosticar, planear e intervenir de manera oportuna a personas que presentan necesidades de rehabilitación en las etapas agudas y subagudas, en los servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa para minimizar el impacto negativo en el funcionamiento de la persona</li> <li>2. Realizar adaptaciones en la organización de los servicios que permitan a los equipos de rehabilitación realizar valoraciones multidisciplinares, así como reuniones conjuntas para el establecimiento de objetivos de tratamiento comunes, entre otras (Langhammer, et al., 2015).</li> <li>3. Desarrollar acciones tendientes a disminuir efectos secundarios asociados a estancias largas en las instituciones de salud, como prevención de úlceras por presión, desacondicionamiento físico, infecciones respiratorias, etc.</li> <li>4. Articular la atención con servicios de rehabilitación del nivel primario de atención mediante el proceso de referencia y contrarreferencia, para que complementen los planes de rehabilitación o hagan seguimiento de los</li> </ol>

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 30 de 59

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

	Nivel primario de atención (Servicios baja complejidad)	Nivel complementario de atención (Servicios mediana alta complejidad)
	rehabilitación en prestadores de mediana y alta complejidad, así como acciones de promoción de la salud, pues facilita la continuidad del cuidado, aportando al logro del máximo nivel de funcionamiento posible (WHO, 2018).	avances de la persona cuando retorna a su lugar de residencia.

### 5.2.2 Modalidades para la prestación de servicios de rehabilitación

Otro de los elementos a considerar para la disponibilidad de los servicios de rehabilitación en las RIITS son las modalidades de prestación de servicios, las cuales deben habilitar los prestadores buscando atender las necesidades de acceso, integralidad, complementariedad y continuidad en la prestación de servicios de rehabilitación entre el nivel primario y el nivel complementario para la población que reside en el territorio (Tabla 8).

**Tabla 8. Orientaciones para la prestación de servicios de rehabilitación a través de diferentes modalidades**

Modalidad de prestación de servicios	Nivel de atención	Características y acciones
<b>Modalidad intramural</b>		
<b>Internación</b>	Nivel complementario de atención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La atención se inicia en la etapa aguda de la enfermedad o lesión y tan pronto como sea posible después del ingreso hospitalario, para minimizar los efectos directos o indirectos de una condición de salud sobre el funcionamiento de una persona que se encuentra hospitalizada (Delgado et al., 2020).</li> <li>2. Busca prevenir y tratar los efectos que la hospitalización puede tener sobre el funcionamiento humano, entre los que se incluye el desacondicionamiento físico y el síndrome post UCI (Rivo et al., 2019; Delgado et al., 2020; Rawal, Yadav, &amp; Kumar, 2017).</li> <li>3. Habilitada para prestar servicios de rehabilitación en áreas de urgencias, hospitalización, servicios de cuidados intermedios y cuidados intensivos, neonatales, pediátricos y para adultos, como unidades de quemados, de salud mental, entre otras (Díaz et al., 2020).</li> <li>4. Algunas de las actividades que se realizan mediante esta modalidad son: i) Evaluación integral de la persona, manejo integral de la condición de salud, manejo postural, manejo respiratorio y movilización temprana (Gómez et al., 2009, Delgado et al. 2020; Díaz et al. 2020; Rivo et al., 2019); ii) Apoyo psicológico para el manejo de emociones, implementación de acciones para reestructurar hábitos y rutinas, y la educación a la persona usuaria y su familia.</li> <li>5. La prestación de servicios se activa con las interconsultas que realizan otros servicios dispuestos en la institución de salud o entre los mismos servicios de rehabilitación.</li> <li>6. La intensidad y frecuencia de la atención es alta y se gradúa según la estabilidad de la condición de salud de la persona y el nivel de afectación de su funcionamiento.</li> <li>7. Se pueden desarrollar procesos de valoración e intervención por el equipo multidisciplinario de rehabilitación con la participación simultánea de los profesionales que lo conforman.</li> <li>8. Permite el desarrollo de espacios de revista o estudios de casos clínicos, en los casos que requieren un ajuste en la conducta de tratamiento.</li> <li>9. Para el egreso se deben establecer conductas de continuidad del manejo en rehabilitación bajo modalidad ambulatoria o domiciliaria, según las necesidades de la persona.</li> </ol>

# RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 31 de 59

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

Modalidad de prestación de servicios	Nivel de atención	Características y acciones
Ambulatoria	Nivel primario y nivel complementario de atención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La atención se desarrolla en las instalaciones físicas de un prestador en las que se dispone de la tecnología y talento humano de rehabilitación.</li> <li>2. Los servicios pueden estar disponibles en áreas de consulta externa.</li> <li>3. La persona asiste a la sede del prestador según la programación de agenda, donde se realiza la valoración inicial, las sesiones de intervención, evaluación final y las consultas de control y seguimiento.</li> <li>4. Si el proceso terapéutico es realizado por varios profesionales, es fundamental que el equipo trabaje de manera articulada con objetivos y metas consensuados y valoraciones intermedias para determinar avances en el proceso.</li> <li>5. Se da continuidad al tratamiento iniciado en la modalidad intramural intrahospitalaria.</li> </ol>
<b>Modalidad Extramural</b>		
Domiciliaria	Nivel primario de atención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se indica en personas con condiciones de salud agudas o crónicas estables con dependencia para las actividades de la vida diaria o en la marcha y alta dificultad para desplazarse a un prestador de servicios de salud (Lucas, Alonso &amp; Lisakde, 2015).</li> <li>2. Acercar la rehabilitación a la persona y a su familia permite la adquisición de habilidades en el entorno de la persona y favorece la articulación con intervenciones colectivas de los entornos hogar y comunitario (Valeta, Montagut, Pujol, Sánchez, &amp; Valeta, 2015).</li> <li>3. Permite: i) evaluar a las personas en su entorno cotidiano y adaptarlo para mejorar el funcionamiento, implementando facilitadores y eliminando barreras; ii) educar a cuidadores; y iii) estimular a la familia y/o cuidadores para implicarse en el proceso de recuperación.</li> <li>4. Puede contribuir a la reducción de reingresos hospitalarios</li> </ol>
Jornadas de salud - Unidad Móvil	Nivel primario de atención	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se realiza prioritariamente en territorios de alta ruralidad y con población dispersa, en el marco de la articulación entre entidades territoriales y los prestadores presentes en el territorio (MSPS, 2015a; MSPS, 2018).</li> <li>2. Se pueden adelantar actividades como la identificación de necesidades de rehabilitación y la canalización hacia las intervenciones individuales en baja, mediana o alta complejidad.</li> <li>3. Pueden orientarse para desarrollar procesos de valoración inicial y brindar recomendaciones para manejo en el entorno de la persona, así como realizar procesos de seguimiento y control. De acuerdo con las necesidades de la persona, considera su atención a través de modalidades como la ambulatoria o por Telemedicina.</li> <li>4. Pueden desarrollar actividades de comunicación y educación en salud para promover la autonomía, el mantenimiento de funciones y actividades, eliminar barreras en el entorno y el cuidado a cuidadores, entre otras.</li> </ol>
<b>Telemedicina</b>		
	<p>Nivel primario como prestador remitior</p> <p>Nivel complementario como centro de referencia o prestador remitior</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Puede ser ofrecida y utilizada por cualquier prestador, en cualquier zona de la geografía nacional, en los servicios que determine habilitar dicha modalidad y categoría, cumpliendo con la respectiva normatividad.</li> <li>2. Puede ser brindada a través de:               <ol style="list-style-type: none"> <li>i) Telemedicina interactiva (sincrónica): presta servicios de rehabilitación especializados o de terapias no disponibles en un prestador del nivel primario;</li> <li>ii) Telemedicina no interactiva (asincrónica);</li> <li>iii) Telexperticia (interacción entre profesionales de la salud, sincrónica o asincrónica, con la presencia o no de la persona): permite orientar conductas para ajustar la intervención en rehabilitación; Telemonitoreo;</li> <li>iv) Teleorientación: se desarrolla a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación -TIC proporcionando información, consejería y asesoría relacionadas con rehabilitación y paliación;</li> <li>v) Teleapoyo: soporte solicitado por un profesional de la salud a otro, a través de las TIC, mediante el relacionamiento entre profesionales. La conducta que se determina para el usuario es responsabilidad de quien solicita el apoyo.</li> </ol> </li> <li>3. Las atenciones deben ser complementadas con intervenciones realizadas por otras modalidades, como la atención domiciliaria o ambulatoria.</li> <li>4. Es importante que la oferta en este tipo de modalidad satisfaga los requerimientos de accesibilidad de toda la población usuaria.</li> </ol>

*Continuación de la resolución "Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud"*

### **5.2.3 Mecanismos, instrumentos y estrategias de coordinación asistencial para la prestación de servicios de rehabilitación**

La coordinación asistencial puede definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención en salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos (Terraza, Vargas & Vázquez, 2006). Debe favorecer la continuidad de la atención en salud, mediante: i) la gestión de la información que incluya su disponibilidad, utilización y la interpretación de acontecimientos anteriores, para proporcionar una atención apropiada a la circunstancia actual de la persona; ii) gestión para la provisión de la atención de manera coordinada en el tiempo para que se complementen los servicios y no se pierdan o dupliquen los servicios solicitados; y iii) longitudinalidad para la interacción de la persona con un mismo prestador a lo largo del tiempo.

En el marco de las RIITS se debe buscar que la prestación de servicios de rehabilitación se articule con los demás componentes de la atención integral en salud, es decir, la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y la paliación y se coordine entre los niveles de atención primario y complementario, para alcanzar los resultados esperados a partir de la planeación de la intervención de rehabilitación. Para este propósito, es importante el reconocimiento de la rehabilitación en instancias y mecanismos de coordinación técnica y operativa, y en el diseño, planificación e implementación del sistema de referencia y contrarreferencia.

#### **5.2.3.1 La rehabilitación en los procesos de referencia y contrarreferencia**

Los procesos de referencia y contrarreferencia son el mecanismo de coordinación asistencial esencial en la configuración de las RIITS para la prestación de servicios de salud y, en el caso de rehabilitación, a través del nivel primario y complementario de atención. Entre las recomendaciones a tener presente para la coordinación asistencial de los servicios de rehabilitación, mediante procesos de referencia y contrarreferencia se encuentran:

- Las EAPB o quien haga sus veces y demás aseguradoras en coordinación con sus prestadores de servicios deben garantizar a la persona, el tránsito entre las atenciones en servicios de baja, mediana y alta complejidad, teniendo en cuenta las necesidades identificadas en la persona, los resultados de las evaluaciones realizadas por profesionales de salud y los logros evidenciados en el ciclo de rehabilitación.
- El prestador de servicios debe conocer la oferta de servicios de rehabilitación dispuesta por el asegurador en el nivel primario y el complementario, establecer canales de comunicación efectivos, y hacer uso de herramientas de coordinación asistencial para brindar información adecuada y suficiente. También debe orientar las conductas de manejo recomendadas para dar continuidad o hacer seguimiento al plan de rehabilitación, acordes con el nivel de resolutivez esperada en el nivel de atención hacia el cual es remitida o contrarremitada la persona. Las recomendaciones pueden incluir la canalización para la complementariedad entre las intervenciones en salud de tipo individual y colectivo y la orientación con las acciones intersectoriales cuando la persona es remitida o contrarremitada al nivel primario de atención.
- Los procesos de referencia y contrarreferencia y el uso de herramientas de coordinación asistencial deben estar documentados por los prestadores, con definición de responsabilidades claras y mecanismos de coordinación de la red con los aseguradores (MSPS, 2016b).
- Las herramientas para los procesos de referencia y contrarreferencia deben permitir identificar criterios de remisión hacia los servicios de rehabilitación entre el nivel primario y el complementario, de acuerdo con su resolutivez.

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

**5.2.3.2 Instrumentos para la coordinación asistencial en la prestación de servicios de rehabilitación**

La implementación y adecuación de los instrumentos de coordinación asistencial resultan fundamentales para la efectiva integración de los servicios de rehabilitación con toda la oferta de servicios disponibles en los diferentes prestadores y, además, son estratégicos para garantizar la calidad de la atención en general. Los prestadores de servicios de salud deberán adoptar las recomendaciones que emita el Ministerio de Salud y Protección Social con relación a los instrumentos priorizados para la prestación de servicios de rehabilitación (Tabla 9).

**Tabla 9. Recomendaciones sobre el uso de instrumentos para la coordinación asistencial priorizados para la prestación de servicios de rehabilitación**

Instrumento	Recomendación
Guías de práctica clínica (CPC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Son instrumentos de coordinación asistencial que orientan en las actividades que deben realizarse para la atención de una determinada condición de salud en todos los niveles de atención. Aportan a la coordinación asistencial, al definir criterios de derivación entre niveles de atención y fijar objetivos asistenciales comunes.</li> <li>● En la adopción y adaptación de GPC de las condiciones de salud que se requieran, se incluyen recomendaciones que orientan al talento humano en decisiones relacionadas con el proceso de rehabilitación, según el nivel de atención donde se prestan los servicios.</li> <li>● Las guías en principio son definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin embargo, dada la amplitud de condiciones de salud que requieren servicios de rehabilitación, cada prestador requiere definir las que aplican a las condiciones de salud más prevalentes que atienden y adoptar guías o protocolos que no se encuentren disponibles desde el sistema de salud.</li> </ul>
Sistemas de información integrados – historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se reconoce como un instrumento de coordinación que permite transmitir información de un nivel asistencial a otro o entre profesionales en un mismo prestador.</li> <li>● Se recomienda a los prestadores de servicios que los profesionales a cargo registren información apropiada y suficiente, que asegure la coordinación de la información entre los diferentes servicios y oriente la toma de decisiones que aporte al cumplimiento de los objetivos del plan de rehabilitación de la persona.</li> </ul>

**5.2.4 Planeación e implementación de las intervenciones individuales en los servicios de rehabilitación**

Las instituciones prestadoras de servicios de salud, profesionales independientes de salud y entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud, que tengan habilitado alguno de los servicios de rehabilitación o que proyecten su habilitación, deben realizar la gestión de tipo asistencial, administrativa y estratégica para la implementación de las intervenciones individuales a través del ciclo de rehabilitación. También deben definir acciones de coordinación con los demás actores intervinientes para garantizar la articulación con las intervenciones de tipo colectivo y las acciones intersectoriales, que permitan alcanzar los resultados del plan de rehabilitación establecido para cada persona.

**5.2.4.1 Ciclo de Rehabilitación**

Se estructura e implementa esencialmente con intervenciones individuales haciendo uso de las tecnologías de salud requeridas para la rehabilitación. A través del ciclo, los profesionales y equipos multidisciplinarios de rehabilitación realizan intervenciones individuales interrelacionadas, secuenciales y continuas, para el logro de los objetivos y/o metas establecidos en el plan de rehabilitación, según las necesidades de atención de la persona y bajo las orientaciones del funcionamiento humano.

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 34 de 59

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

El ciclo también incluye acciones de complementariedad con las intervenciones colectivas desarrolladas por el personal de salud en los entornos familiar, comunitario, educativo, laboral e institucional, y la articulación con acciones intersectoriales dispuestas en el territorio, mediante la canalización de la persona y su familia hacia la oferta disponible o al brindar recomendaciones para su participación en la oferta requerida, según sus necesidades. Como resultado de la implementación del ciclo, se espera que la persona mejore o conserve su condición de salud y que, en su interacción con el entorno, pueda alcanzar o mantener el máximo nivel de independencia posible en el desempeño en actividades de la vida diaria y en su participación social.

### **5.2.4.1.1 Entrada al ciclo de rehabilitación**

La entrada de la persona al ciclo de rehabilitación se puede dar por la remisión de medicina general u otras especialidades médicas hacia servicios de rehabilitación disponibles en el mismo nivel de atención en el cual ha recibido la atención médica, por la activación de procesos de referencia y contrareferencia entre niveles de atención y, a partir de la canalización desde las intervenciones colectivas y desde la oferta social e intersectorial.

A través de los mecanismos de referencia y contrareferencia entre prestadores de servicios de salud de la red la persona puede ser remitida por profesionales de los servicios considerados puerta de entrada al sistema, dispuestos en consulta externa, urgencias y hospitalización, tras la identificación de condiciones que afectan o podrían afectar el funcionamiento de la persona y que deben ser abordadas en los servicios de rehabilitación, donde se implementa el ciclo.

En el caso de prestadores de nivel primario que no cuenten con los servicios de rehabilitación requeridos por la persona, la red activa el mecanismo de referencia para que se pueda garantizar la atención con otro prestador de nivel primario de la red. Lo anterior, debe darse considerando condiciones de proximidad de los servicios para que se pueda garantizar el acceso efectivo de la persona y la continuidad en el proceso de rehabilitación. En el caso de prestadores de nivel complementario, el ciclo se activa a través de la atención en consulta externa de forma directa en los servicios de rehabilitación, cuando se haya ordenado la atención en dicho servicio, por medicina general o alguna especialidad médica. En las áreas de internación, a través de interconsultas u otros mecanismos dispuestos internamente para garantizar la atención integral. Finalmente, en los procesos de alta hospitalaria, se debe considerar la contrareferencia como mecanismo para lograr que las personas puedan iniciar o continuar ciclos de rehabilitación lo más próximo a sus lugares de residencia.

También se considera como entrada al ciclo de rehabilitación el procedimiento de canalización desde las intervenciones colectivas y la oferta social e intersectorial presentes en el territorio hacia el prestador de servicios. Lo anterior, teniendo en cuenta las especificaciones técnicas emitidas por este Ministerio para su ejecución y seguimiento y considerando los mecanismos de gestión y coordinación con los actores involucrados para garantizar el acceso efectivo de la población canalizada.

La canalización puede ser realizada por: i) los equipos básicos de salud o quienes hagan sus veces, ii) los trabajadores de salud pública desde el PSPIC dispuesto en el territorio, iii) actores, agentes o líderes comunitarios y, iv) funcionarios de otros sectores diferentes a salud o de programas con ofertas sociales, que tengan competencias para identificar riesgos o conocimientos básicos sobre necesidades de rehabilitación. La pertinencia del ordenamiento y remisión hacia los servicios de rehabilitación de la persona que ha sido canalizada estará a cargo del profesional de salud que hace parte de los servicios reconocidos como puerta de entrada.

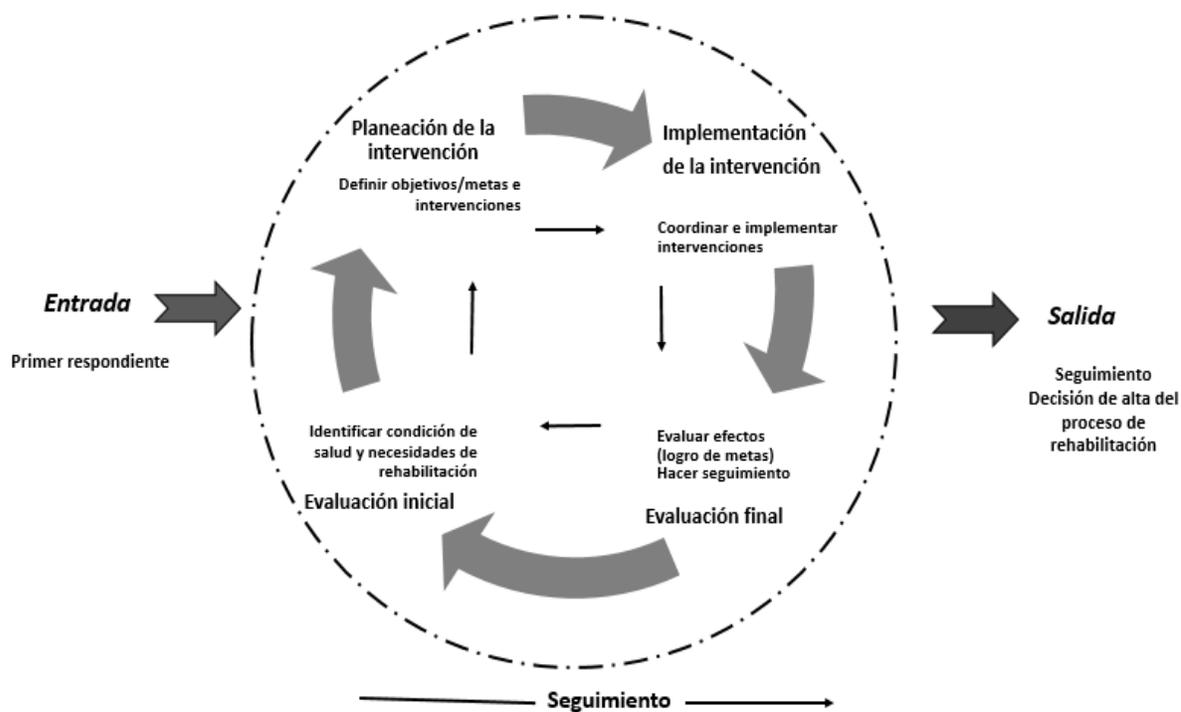
Continuación de la resolución “Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud”

### 5.2.4.1.2 Momentos del ciclo de rehabilitación

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

El seguimiento y monitoreo es un elemento transversal a todo el ciclo de rehabilitación. A partir de este se reconocen los avances de la persona y el cumplimiento de los objetivos y se pueden tomar decisiones frente a los ajustes en la intervención, requerimientos de continuidad o de dar de alta, entre otros. Por ello, es importante el establecimiento de una periodicidad para su desarrollo durante el proceso de rehabilitación, es decir se deben definir momentos de evaluación en el transcurso de las atenciones. Finalmente, el seguimiento y monitoreo también debe realizarse posterior a la evaluación final para observar el mantenimiento de los resultados de la intervención en rehabilitación, la adherencia a los planes caseros u otros requerimientos terapéuticos.

Figura 1. Representación del Ciclo de Rehabilitación



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

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

**1) Momento de evaluación inicial:** este se reconoce como punto inicial del ciclo. Permite establecer el nivel de funcionamiento de la persona, identificando el nivel de afectación en el componente biológico, su relación con la dificultad que pueda presentar en la ejecución de actividades de la vida diaria y las restricciones en sus

# RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 36 de 59

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

procesos de participación social. Incluye el reconocimiento de los facilitadores y las barreras que se presentan en el entorno, mediante el análisis de las condiciones personales, sociales, culturales, económicas y del contexto de los determinantes que están afectando positiva o negativamente a la persona.

La evaluación inicial, centrada en la persona, reconoce sus necesidades, intereses y expectativas, por lo cual requiere de la atención exclusiva con la persona, su familia y/o cuidadores. Puede ser realizada de manera individual por el profesional de rehabilitación a cargo o por el equipo multidisciplinario; en este caso, se lleva a cabo con la conformación y participación organizada y en simultáneo de los profesionales del equipo a cargo. Lo anterior, estará sujeto a los servicios de rehabilitación requeridos y ordenados para la persona y a la disponibilidad y la organización de la atención por parte del prestador de servicios (Tabla 10). En todo caso, debe garantizarse que la evaluación se dé bajo los criterios de seguridad y calidad establecidos desde el Sistema Único de Habilitación.

**Tabla 10. Aspectos a considerar en la evaluación inicial**

<b>Acciones desarrolladas en el momento de evaluación inicial</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Reconocer los apoyos para la comunicación y la toma de decisiones, para orientar el consentimiento informado y la comunicación durante todo el ciclo de rehabilitación.</li><li>2. Llevar a cabo el procedimiento de consentimiento informado para la atención en el servicio de rehabilitación.</li><li>2. Identificar datos personales y familiares.</li><li>3. Establecer el motivo de consulta y las expectativas e intereses de la persona, su familia y/o cuidador frente al proceso de rehabilitación.</li><li>4. Identificar las experiencias de rehabilitación previas, si es el caso, mediante la revisión de la historia clínica o preguntas ligadas a la historia de vida.</li><li>5. Desarrollar la entrevista clínica y anamnesis para la identificación de antecedentes personales y familiares, y otra información relevante de la historia de vida de la persona.</li><li>6. Identificar y seleccionar los instrumentos y/o herramientas de medición o de valoración disciplinares y funcionales.</li><li>7. Aplicar las pruebas disciplinares y funcionales, así como la identificación de barreras y facilitadores del entorno donde se desempeña la persona.</li><li>8. Analizar los resultados de las pruebas disciplinares, funcionales y del reconocimiento de barreras y facilitadores, para establecer un perfil de funcionamiento y un diagnóstico profesional.</li></ol>	
<b>Instrumentos e insumos</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Formato o módulo de historia clínica que incluya: Información personal, motivo de consulta, anamnesis, resultados de evaluaciones disciplinares que permiten establecer el compromiso en estructuras y funciones corporales de la persona e instrumentos de valoración funcional para identificar el nivel de dificultad de la persona en la ejecución de actividades de la vida diaria.</li><li>2. Formato de consentimiento informado.</li><li>3. Anexos de resumen de historia clínica de atenciones previas por otros servicios de salud, imágenes diagnósticas o exámenes complementarios, que aporten la recopilación de datos e identificación de necesidades de rehabilitación de la persona.</li></ol>	<b>Resultados esperados</b> <p>Deben reflejar el diagnóstico o condición de salud, la identificación de las deficiencias en estructuras y funciones corporales, las limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria, las restricciones en la participación y los factores contextuales ambientales y personales, de acuerdo con el modelo de funcionamiento humano, creando así un perfil de funcionamiento individualizado.</p>
<b>Recomendaciones para los procesos administrativos y de apoyo</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Disponer de procedimientos institucionales que orienten y estandaricen el acceso y asignación de citas a los servicios de rehabilitación autorizados a las personas, teniendo en cuenta las actividades asistenciales, administrativas y de apoyo.</li><li>2. Contar con la organización de agendas que establezcan tiempos y horarios exclusivos para la evaluación inicial de las personas en los servicios de rehabilitación que ofertan. Frente a la definición de tiempos de atención, se recomienda que los prestadores establezcan una duración que permita a los profesionales realizar una evaluación segura y de calidad.</li></ol>	

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 37 de 59

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

3. Disponer de formatos de historia clínica de uso exclusivo de los servicios de rehabilitación, que permitan registrar de manera ágil, organizada y segura, la información que surta de la evaluación inicial, bajo los criterios recomendados en este anexo técnico, cumpliendo siempre con los estándares establecidos en el Sistema Único de Habilitación.
4. Implementar un mecanismo de monitoreo de la gestión del servicio sobre las acciones desarrolladas en el momento de valoración inicial como: indicadores de oportunidad en la cita o indicadores epidemiológicos, adherencia a Guías de Práctica Clínica o protocolos, entre otros.

**2) Momento de planeación de la intervención:** en este se establecen los objetivos del proceso de rehabilitación y las intervenciones que permitirán su logro. Se realiza a partir de los resultados de la evaluación inicial y los intereses y expectativas manifestados por la persona, sus familiares y/o cuidadores sobre la rehabilitación. Se definen las intervenciones individuales que serán implementadas por el profesional o el equipo multidisciplinario de rehabilitación, e incluye cuando sea necesario información sobre las intervenciones colectivas y las acciones intersectoriales hacia las cuales se puede canalizar a la persona y su familia, de acuerdo con los objetivos de rehabilitación y la oferta disponible en el territorio. Todo esto consolida el plan de rehabilitación definido para el desarrollo de la implementación de la intervención (Tabla 11).

**Tabla 11. Aspectos a considerar en la planeación de la intervención**

<b>Acciones que se desarrollan en el momento de planeación de la intervención</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definir y consignar los objetivos y /o metas funcionales de intervención, que sean concertados entre el profesional o equipo multidisciplinario y la persona y su familia.</li> <li>2. Establecer un plan de rehabilitación estructurado, secuencial e individual de intervención que incluya:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenciones individuales que contemplen el desarrollo de estrategias terapéuticas, los enfoques y modalidades de intervención, que pueden orientarse hacia la promoción y prevención, restauración, mantenimiento o modificación (American Occupational Therapy Association, 2014); los procesos de educación en salud a la persona y la familia y/o cuidador, canalización o remisión hacia otros servicios de salud, y la prescripción, adaptación y entrenamiento clínico de ayudas técnicas.</li> <li>- La identificación y recomendación de canalización a intervenciones colectivas disponibles en el territorio, que aporten al cuidado de la salud de la persona y su familia y al cumplimiento de objetivos o metas del plan de rehabilitación, cuando aplique.</li> <li>- El reconocimiento y recomendaciones de canalización hacia la oferta intersectorial, u orientaciones para el desempeño de la persona en los entornos en que participa, que aporten al cumplimiento de los objetivos del plan de rehabilitación.</li> </ul> </li> <li>3. Dejar registro del plan de rehabilitación como parte integral de la historia clínica y como principal mecanismo para la coordinación con otros servicios e intervenciones.</li> <li>4. Brindar recomendaciones sobre la modalidad de intervención, la conveniencia del desarrollo de la atención en sesiones individuales, grupales o en atención simultánea.</li> <li>5. Establecer y delimitar el tiempo del proceso de rehabilitación; la definición de la intensidad y duración de las intervenciones terapéuticas.</li> <li>6. Identificar los riesgos y las recomendaciones para su mitigación, garantizando la seguridad de la persona durante la atención.</li> <li>7. Determinar la referencia a otro nivel de complejidad para atender las necesidades de rehabilitación de la persona.</li> </ol>	
<b>Instrumentos e insumos</b>	<b>Resultados esperados</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formato o módulo de historia clínica con los resultados de la valoración inicial de la persona, los objetivos y metas definidos y las necesidades y expectativas de la persona.</li> <li>2. Directorio de la oferta intersectorial</li> </ol>	Plan de rehabilitación definido y registrado en la historia clínica, que orienta el cumplimiento de objetivos y/o metas funcionales centradas en la persona y su familia, a través de la organización de intervenciones individuales y la articulación con intervenciones colectivas e intersectoriales, según las necesidades identificadas en la evaluación inicial.
<b>Recomendaciones para los procesos administrativos y de apoyo</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar objetivos y metas funcionales medibles para establecer de manera objetiva los avances de la persona con la rehabilitación.</li> </ol>	

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 38 de 59

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

2. Establecer mecanismos en el formato o módulo de historia clínica que permitan monitorear y registrar el avance de los objetivos o metas funcionales establecidos en el plan de rehabilitación.
3. Contar con un directorio de la oferta intersectorial presente en el territorio para la canalización de las personas que lo requieran para el caso de los servicios de rehabilitación de baja complejidad. Así mismo, podrán establecer mecanismos de coordinación con los operadores del PSPIC, para conocer el cronograma, la oferta y los mecanismos de canalización
4. Contar con un directorio de la oferta intersectorial y del PSPIC en el caso de prestadores de mediana y alta complejidad, para orientar a los usuarios que residen en los territorios donde se encuentran habilitados estos servicios.
5. Implementar desde los prestadores mecanismos de monitoreo asociados a la gestión del servicio sobre las acciones desarrolladas en la planeación de la intervención, como: indicadores de eventos adversos, tasas de caídas, adherencia a Guías de Práctica Clínica o protocolos, entre otros.

**3) Momento de implementación de la intervención:** consiste en la coordinación y ejecución de las atenciones en rehabilitación que realizan los profesionales para materializar el plan de rehabilitación establecido, que comprende las estrategias terapéuticas diseñadas para optimizar el funcionamiento de la persona, mejorar su independencia y autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria y brindar recomendaciones para su participación en los diferentes entornos sociales (Tabla 12). Las intervenciones se encaminan al logro de los objetivos y/o metas previamente establecidos y la medición de los resultados de las intervenciones terapéuticas.

**Tabla 12. Aspectos a considerar en implementación de la intervención**

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 39 de 59

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

<b>Acciones que se desarrollan en el momento de implementación de la intervención</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implementar el plan de rehabilitación mediante la ejecución de intervenciones individuales establecidas por los profesionales.</li> <li>2. Monitorear y evaluar los cambios en el estado de funcionamiento, la respuesta de la persona al proceso de intervención y su progreso frente al cumplimiento de los objetivos y/o metas del plan de rehabilitación.</li> <li>3. Establecer espacios de comunicación con los profesionales del equipo de rehabilitación o de otros servicios que apoyan el proceso de rehabilitación, para definir nuevas conductas.</li> <li>4. Ajustar las estrategias terapéuticas y demás acciones y recomendaciones del plan de rehabilitación, incluidos los objetivos o metas en los casos que sea requerido.</li> <li>5. Documentar en la historia clínica las intervenciones individuales realizadas, e incluir información que refieran la personas frente a cambios o avances alcanzados con la rehabilitación y frente a la gestión para participar en la oferta de intervenciones colectivas o las acciones intersectoriales, según recomendaciones del plan de rehabilitación.</li> <li>6. Brindar educación en salud a la persona y su familia o cuidador para reforzar conductas terapéuticas que promuevan el cumplimiento de los objetivos y recomendaciones de adaptación en el entorno para facilitar el desempeño de la persona.</li> <li>7. Desarrollar procesos de prescripción y entrenamiento clínico de ayuda técnicas, cuando sean requeridas en el plan de rehabilitación.</li> <li>8. Implementar acciones de mitigación de riesgos dispuestas en el plan de rehabilitación para minimizar la ocurrencia de eventos adversos con las personas durante la atención.</li> </ol>	
<b>Instrumentos e insumos</b>	<b>Resultados esperados</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formato o módulo de historia clínica con el plan de rehabilitación.</li> <li>2. Apartado de historia clínica que permita el registro y evolución de las intervenciones individuales realizadas y de los avances reportados por la persona y su familia sobre las orientaciones de canalización a intervenciones colectivas y acciones intersectoriales.</li> </ol>	<p>Plan de rehabilitación implementado con el monitoreo de avances alcanzados y ajustes requeridos, cuando sean necesarios.</p>
<b>Recomendaciones para los procesos administrativos y de apoyo</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Establecer espacios de comunicación entre los profesionales de los servicios de rehabilitación durante la implementación del plan de rehabilitación para definir avances o ajustar las estrategias terapéuticas y demás recomendaciones clínicas con miras a alcanzar los objetivos y metas propuestas en dicho plan.</li> <li>2. Organizar la agenda y procesos de asignación de citas para una adecuada prestación de los servicios de rehabilitación, acordes a las necesidades de la población que atienden y bajo los principios de seguridad y calidad.</li> <li>3. Establecer tiempos de atención que permitan una atención con calidad y garantice de parte del profesional un adecuado registro en la historia clínica con la evolución de las intervenciones realizadas a la persona, en tiempo real.</li> <li>5. Implementar desde los prestadores mecanismos de monitoreo asociados a la gestión del servicio sobre las acciones desarrolladas en la intervención, como: indicadores de eventos adversos, tasas de caídas, adherencia al tratamiento, adherencia a Guías de Práctica Clínica o protocolos, entre otros</li> </ol>	

**4) Momento de evaluación final:** el ciclo de rehabilitación cierra con el momento de evaluación final donde se identifican los logros alcanzados por la persona como resultado de la intervención. En este también se verifica la satisfacción de las necesidades y el cumplimiento de las expectativas de la persona acordadas en la definición de la intervención y dispuestas en el plan establecido. En la evaluación final se debe considerar la pertinencia de continuar con el proceso de rehabilitación mediante una ampliación de las intervenciones, justificando dicha conducta, con el nivel de avance alcanzado y lo esperado en el nuevo proceso. Para ello, deberán ser enviadas las recomendaciones al profesional de salud que remitió a los servicios de rehabilitación, para hacer el respectivo ordenamiento si lo considera pertinente. También se definen las actividades de mantenimiento, así como el seguimiento ambulatorio o domiciliario que sea requerido como se describe en la Tabla 13.

**Tabla 13. Aspectos a considerar en la evaluación final**

<b>Acciones que se desarrollan en el momento de la evaluación final</b>
---

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 40 de 59

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

1. Estimar el cumplimiento de los objetivos y metas propuestos durante la rehabilitación, mediante la aplicación de pruebas, instrumentos y/o herramientas definidas y la medición objetiva de los resultados obtenidos.
2. Valorar junto con la persona los logros alcanzados en el proceso e identificar las acciones de mantenimiento a continuar en los contextos en los que la persona se desenvuelve.
3. Determinar el cumplimiento del plan de rehabilitación con los objetivos y/o metas planteadas o recomendar su continuidad con nuevos objetivos y/o metas en el mismo nivel de complejidad o en otro nivel de complejidad.
4. Establecer acciones de seguimiento en lapsos de tiempo definidos, por ejemplo, 1, 3, 6 o 12 meses, según criterio de los profesionales, a través de consultas de control y seguimiento una vez se dé el alta a la persona.
5. Recomendar la canalización o remisión de la persona, su familia y/o cuidador a otros servicios de salud, para garantizar un cuidado integral de la salud.
6. Promover la canalización final hacia intervenciones colectivas dispuestas en el territorio, como el fortalecimiento de redes sociales y familiares, rehabilitación basada en comunidad, jornadas de salud y dispositivos comunitarios, entre otras, que complementen y fortalezcan las capacidades alcanzadas con la intervención, cuando sea requerido.
7. Brindar orientaciones a la persona y su familia para su canalización en la oferta dispuesta por otros sectores en el territorio, de manera que se aporte a su participación social cuando sea requerido.
8. Dejar registro en la historia clínica sobre los resultados de la evaluación final y las consultas de control y seguimiento, reportando los resultados alcanzados durante la rehabilitación con la implementación de las intervenciones individuales.
9. Documentar en la historia clínica la información que reporte la persona frente a su participación en las intervenciones colectivas o intersectoriales hacia las que fue canalizada, o información que permita medir la efectividad de la canalización.
10. Entregar recomendaciones o planes para manejo en casa a la persona, familia y/o cuidador.
11. Entregar resumen de historia clínica o informe final de la intervención que permita a los profesionales tratantes que remitieron a los servicios de rehabilitación, establecer nuevas conductas frente a la atención integral en salud.
12. Recomendar mediante procesos de referencia y contrarreferencia atención especializada en servicios de rehabilitación de mediana o alta complejidad o el seguimiento o continuidad del plan de rehabilitación en servicios de baja complejidad.

<b>Instrumentos e insumos</b>	<b>Resultados esperados</b>
1. Formato o módulo de historia clínica con apartado de registro de la evaluación final.	Personas dadas de alta y en seguimiento que cumplieron los objetivos y metas del plan de rehabilitación, acordes a sus necesidades y expectativas y que mejoraron o conservaron un nivel de funcionamiento esperado.
2. Herramientas, formatos o pruebas disciplinares o funcionales para reevaluación.	
3. Herramientas para la medición de objetivos y metas cumplidas reportada en los sistemas de información del prestador de servicios.	
4. Documentos impresos o digitales que contengan recomendaciones o planes caseros.	

- Recomendaciones para los procesos administrativos y de apoyo**
1. Los servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad podrán apoyarse mediante procesos de referencia y contrarreferencia con los servicios de rehabilitación en baja complejidad donde reside la persona, para el seguimiento o continuidad de los planes de rehabilitación. Así mismo, se apoyarán en los servicios de rehabilitación de baja complejidad para canalizar y orientar a la persona a la oferta de intervenciones colectivas y de acciones intersectoriales disponible y que se considere pertinente. Desde los servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad se pueden identificar con la persona y su familia intereses y expectativas para orientar su acceso a la oferta intersectorial requerida.
  2. Los prestadores de servicios pueden parametrizar sus sistemas de información para reportar resultados alcanzados con la implementación de los planes de rehabilitación de las personas que atienden, con la información registrada en los formatos o módulos de historia clínica.
  3. Los prestadores pueden implementar mecanismos de monitoreo asociados a la gestión del servicio sobre las acciones desarrolladas en el momento de evaluación final y seguimiento, tales como: indicadores de satisfacción del usuario, resultados asociados a personas que mejoran su funcionamiento con el ciclo de rehabilitación, entre otros.

### 5.2.4.1.3 Prescripción, adaptación, entrenamiento y seguimiento clínico de las ayudas técnicas dentro del ciclo de rehabilitación

La prescripción, adaptación, entrenamiento y seguimiento clínico de las ayudas técnicas son acciones que hacen parte de los momentos del ciclo de rehabilitación; estos se describen en la Tabla 14.

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

**Tabla 14. Prescripción, elaboración, adaptación, entrenamiento y seguimiento de ayudas técnicas sobre medida en el ciclo de rehabilitación**

Prescripción	Adaptación	Entrenamiento	Seguimiento
<p>Las ayudas técnicas son prescritas por profesionales del área médica competente, teniendo en cuenta el concepto de los profesionales de rehabilitación. Su prescripción debe considerar si la persona requiere mejorar la funcionalidad afectada de manera temporal o permanente. En el caso de ayudas técnicas que no son reconocidas como dispositivos médicos, el profesional de salud a cargo deberá prescribirlas aun cuando estas no vayan a ser financiadas con recursos de salud.</p> <p>*No hacen parte de las acciones del ciclo de rehabilitación aquellas acciones asociadas a la prescripción que son realizadas por los fabricantes.</p>	<p>En el plan de intervención debe contemplarse que una vez sea entregada la ayuda técnica se programen consultas periódicas para valorar el proceso de adaptación y determinar los ajustes que se requieran para garantizar la funcionalidad y el confort de la persona.</p> <p>En estas valoraciones se debe contar con el concepto del técnico del establecimiento que elaboró el producto (Normas Nacionales que regulan las buenas prácticas de Manufactura de los dispositivos médicos sobre medida).</p>	<p>El profesional tratante realizará acciones de entrenamiento con la persona, su familia y/o cuidador en el uso de la ayuda técnica, cuando se haga su entrega.</p> <p>De esta manera se verificará: que el dispositivo cumpla con el propósito para el cual fue prescrito y que la persona, su familia o cuidador, apropien el manejo adecuado del dispositivo, así como la limpieza y mantenimiento requeridos para conservar su funcionamiento, siguiendo las recomendaciones del fabricante.</p>	<p>En la etapa de seguimiento debe contemplarse el recambio oportuno de la ayuda técnica, cuando esta afecta la funcionalidad, el proceso de rehabilitación y el desempeño cotidiano de la persona. El recambio será prescrito por el profesional de medicina tratante, previa concertación con el equipo multidisciplinario o profesionales relacionados con la rehabilitación, teniendo en cuenta las especificaciones técnicas de tiempo de uso.</p> <p>Este se llevará a cabo en las siguientes circunstancias: cuando la condición de salud de la persona y su proceso de rehabilitación funcional lo amerite; cuando se requiera por crecimiento esperado a lo largo del curso de vida o por cambios morfológicos de la persona, o cuando el dispositivo haya cumplido su vida útil y hay desgaste.</p> <p>** No hace parte del ciclo de rehabilitación el seguimiento a la calidad de la ayuda técnica, durante el tiempo que dure la garantía del establecimiento que elabora el dispositivo médico y los profesionales tratantes.</p>

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

**5.3. Talento humano de rehabilitación en salud**

La OMS plantea que el talento humano en la prestación de servicios de rehabilitación corresponde a un grupo de profesionales que comparten el objetivo común de atender a las personas con condiciones de salud que llevan a la presencia de deficiencias corporales, limitaciones en la realización de las actividades y restricciones para su participación y así, lograr y mantener el mayor nivel de funcionamiento posible (2019), desde la perspectiva del funcionamiento humano. En coherencia con los postulados internacionales, se reconoce como parte del talento humano de rehabilitación a los profesionales que prestan los servicios señalados en el numeral 3 del artículo 4 de la presente resolución, sobre los cuales se orientan las disposiciones descritas en este anexo técnico.

**5.3.1 Disponibilidad del talento humano de rehabilitación en salud**

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 42 de 59

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

La disponibilidad del talento humano debe responder a las necesidades de rehabilitación de los territorios, estar en coherencia con la organización de los servicios de rehabilitación, a través de la RIITS y con la oferta del PSPIC. Para ello las entidades territoriales de salud departamentales, distritales y municipales pueden:

- Definir desde la planeación integral en salud, estrategias que favorezcan la distribución y disponibilidad de profesionales de rehabilitación, apoyándose en los resultados obtenidos con el uso de herramientas que les permitan proyectar la disponibilidad del talento humano, en relación con las necesidades de rehabilitación del territorio. Igualmente pueden proponer estrategias que favorezcan la vinculación de estos profesionales en los prestadores primarios y complementarios de su red.
- Proponer desde la planeación del PSPIC la participación y vinculación de profesionales de las áreas de rehabilitación, particularmente en aquellas intervenciones colectivas relacionadas con la Estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad -RBC, dispositivos comunitarios, entre otras. También considerar el liderazgo y acompañamiento de profesionales de rehabilitación, para apoyar el diseño y la implementación de estas intervenciones, y en la formación a otros profesionales, gestores comunitarios en salud, personal de apoyo o auxiliares de salud pública en aspectos relacionados con la rehabilitación.
- Coordinar con la institución de salud que opere los equipos básicos de salud y el PSPIC la definición del talento humano de rehabilitación que sea requerido para la conformación de equipos básicos de salud o quienes hagan sus veces, y para el desarrollo de intervenciones colectivas.
- Promover con los prestadores de servicios de su red la oferta de plazas, a través del servicio social obligatorio para los profesionales de los servicios de rehabilitación descritos en este lineamiento.

Adicionalmente los prestadores de servicios de salud deben:

- Actualizar las proyecciones de la capacidad instalada y determinar la disponibilidad del talento humano para el desarrollo de intervenciones individuales en los servicios de rehabilitación que brindan, teniendo en cuenta la infraestructura, disponibilidad de equipos, tiempos de atención y demanda de los servicios de la población que atienden.
- Establecer en los procesos de gestión del talento humano, las acciones de selección y vinculación, formación, permanencia e incentivos, independiente del tipo de contratación pactada con los profesionales que van a brindar atenciones en los servicios de rehabilitación.

### 5.3.2 Equipos multidisciplinarios de rehabilitación

La implementación del ciclo de rehabilitación recomienda el trabajo por equipos multidisciplinarios (Wade, 2015). Los beneficios de funcionar en estos equipos incluyen: el aumento en la continuidad de los servicios, la colaboración para el logro de las metas, la comprensión y resolución de problemas compartidos entre profesionales, y una mayor satisfacción del paciente, la familia y el equipo mismo. Bajo las consideraciones señaladas, se recomienda:

- Promover la conformación y disponibilidad de los equipos multidisciplinarios a través de un trabajo coordinado entre los prestadores de servicios y aseguradores, estableciendo acuerdos de voluntades que garanticen la disponibilidad y sostenibilidad de los servicios de rehabilitación, para garantizar el acceso integralidad y continuidad de la población con una oferta cercana a su lugar de residencia en los diferentes niveles de atención.
- Gestionar en los acuerdos de voluntades establecidos entre los aseguradores y prestadores de servicios, queden concertados los mecanismos de coordinación asistencial, con énfasis en procesos de

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

comunicación eficientes para establecer y alcanzar objetivos comunes y las metas trazadas en el ciclo de rehabilitación de cada persona.

- Los prestadores de servicios, de acuerdo con la población que le ha sido asignada, deberán establecer las medidas requeridas para garantizar la disponibilidad del talento humano de rehabilitación, con el que pueda responder a las necesidades. También pueden optar por habilitar nuevos servicios de rehabilitación en otras modalidades como telemedicina, de acuerdo con la caracterización del riesgo y las necesidades de la población que atienden, buscando ampliar la oferta de servicios de rehabilitación para la conformación de equipos multidisciplinarios y así garantizar la integralidad de la atención.
- En los casos que se requiera la prestación por varios servicios de rehabilitación, el asegurador deberá promover la atención a través de un mismo prestador, de acuerdo con las indicaciones clínicas y considerando la cercanía al sitio de residencia de la persona, de esta manera facilita la conformación del equipo multidisciplinario de rehabilitación para la integralidad de su atención.
- De no contar con un equipo multidisciplinario de rehabilitación con el mismo prestador, el asegurador debe garantizar su complementariedad con otros prestadores de su red de servicios, considerando siempre las necesidades de la persona afiliada, y haciendo la exigibilidad a sus prestadores de la implementación de mecanismos de coordinación asistencial eficientes entre los profesionales de salud que orienten la planeación e implementación del ciclo de rehabilitación. La ausencia del equipo multidisciplinario no debe convertirse en una barrera para prestar atenciones en rehabilitación a quienes las requieran.
- En los casos en que se requiera la atención por uno solo de los servicios de rehabilitación, se recomienda establecer y fortalecer mecanismos de comunicación entre los profesionales que implementan el ciclo de rehabilitación y los profesionales que remiten a dichos servicios; haciendo uso de herramientas de coordinación asistencial como la historia clínica y los soportes que de allí se deriven.
- Incentivar el trabajo colaborativo interprofesional en torno a la situación de salud de la población, lo que facilita el desarrollo permanente de resultados de aprendizaje alineados con la garantía del derecho a la salud de las personas, familias y comunidades.

### **5.3.3 Competencias del talento humano de rehabilitación en salud**

El desarrollo de competencias para el talento humano de rehabilitación debe responder a los nuevos retos y desafíos del sistema de salud, dados por los cambios epidemiológicos, sociales y culturales y las necesidades en salud que deben ser resueltas en los territorios. También debe estar alineado con lo dispuesto en el marco normativo del sector salud. En este sentido, el desarrollo de las competencias del talento humano en salud y, en particular de rehabilitación, debe darse conforme a los resultados de los análisis de pertinencia y las orientaciones emitidas desde este Ministerio al sector educativo, sobre la alienación de las competencias esperadas desde los programas académicos.

Como otro escenario para favorecer el desarrollo de competencias del talento humano de rehabilitación, se recomienda a los prestadores de servicios de salud con presencia territorial y a la academia establecer convenios, que permitan a los profesionales de salud en formación, aproximarse a las diferentes realidades circunscritas por diversos factores estructurales y que permiten el reconocimiento de determinantes sociales que median en el logro del derecho a la salud, así como de oportunidades de investigación y de generación de conocimiento.

De manera específica, para los prestadores de servicios se recomienda que las competencias de sus profesionales de rehabilitación estén alineadas con las disposiciones emitidas por este Ministerio y con el marco estratégico, objetivos y valores institucionales reconocidos desde cada prestador, además de tener en cuenta

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 44 de 59

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

aquellas funciones y actividades que deben desarrollar estos profesionales para su desempeño profesional y laboral. Algunas de las funciones y actividades están descritas en la Tabla 15, sin detrimento de otras que puedan estar establecidas por los prestadores de servicios de rehabilitación.

**Tabla 15. Funciones y actividades en los servicios de rehabilitación en salud**

Funciones	Actividades
Desarrollar atenciones en salud relacionadas con la implementación del ciclo de rehabilitación, bajo las orientaciones de implementación dadas en este anexo técnico	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Llevar a cabo la valoración inicial de las personas que asisten a los servicios de rehabilitación.</li> <li>● Proponer planes de intervención concertados con las personas y sus familias.</li> <li>● Implementar intervenciones individuales, orientar y canalizar a las personas y su familia hacia intervenciones colectivas y poblacionales recomendadas para la rehabilitación.</li> <li>● Realizar la evaluación final y seguimiento establecidos en el proceso de rehabilitación.</li> </ul>
Apoyar en el desarrollo de actividades que aporten a procesos de gestión y administración requeridos, para el desarrollo de los procedimientos y actividades asistenciales relacionadas con los servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Llevar a cabo el registro de historia clínica, consentimiento informado y demás formatos requeridos en los procesos de rehabilitación.</li> <li>● Apoyar en el desarrollo de los documentos que describen los procesos prioritarios establecidos para los servicios de rehabilitación (procedimientos, protocolos y otros que requiera el prestador de servicios).</li> <li>● Aportar a la recopilación de información que debe ser capturada para el reporte y gestión de los indicadores establecidos por el prestador para los servicios de rehabilitación.</li> <li>● Orientar a las personas que asisten a los servicios sobre los procesos administrativos que deben realizar para recibir la atención (autorizaciones de órdenes, asignación de citas, facturación de procedimientos, entre otros).</li> </ul>
Participar en espacios de trabajo multidisciplinar y coordinación con profesionales de salud que hacen parte o apoyan los servicios de rehabilitación, para la implementación de procesos de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participar en espacios de trabajo en equipo con otros profesionales de salud, para el manejo multidisciplinario en la implementación del ciclo de rehabilitación cuando sea requerido.</li> <li>● Documentar la información requerida como mecanismo de coordinación y comunicación con otros profesionales de la salud que apoyan el proceso de rehabilitación de la persona.</li> <li>● Apoyar en los procesos de gestión de casos requeridos para alcanzar los objetivos de rehabilitación de las personas atendidas en estos servicios.</li> </ul>
Tomar parte en procesos de formación continua, docencia e investigación establecidos en los servicios de rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Participar en jornadas de capacitación institucional y en otros procesos de formación permanente y entrenamiento avanzado que aporten a la actualización y desarrollo de competencias para su ejercicio profesional y desempeño laboral.</li> <li>● Apoyar en los espacios de capacitación institucional para la formación de los profesionales y personal de salud, relacionada con las acciones de rehabilitación.</li> <li>● Contribuir a la promoción del servicio y el rol profesional difundiendo sus conocimientos y competencias mediante publicaciones, reuniones, prácticas y docencia.</li> <li>● Desarrollar funciones de docencia y supervisión de la formación práctica y teórica de los estudiantes cuando estén establecidos acuerdos de docencia – servicio.</li> </ul>

Para efectos del presente lineamiento se recomienda que los prestadores de servicios, desde los procesos de gestión del talento humano identifiquen y definan las competencias transversales y específicas esperadas para los profesionales que hacen parte de los servicios de rehabilitación, considerando su alineación con el marco estratégico institucional. Como apoyo y complementariedad para este proceso, se sugiere consultar el documento Perfiles y competencias profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, familias y comunidades-2016, donde se describen los perfiles y competencias de un amplio grupo de profesiones de la salud, incluidas aquellas relacionadas con los servicios de rehabilitación señalados en el presente lineamiento y el documento Marco de competencias para la rehabilitación, de la OMS.

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

#### **5.3.4 Formación permanente y entrenamiento avanzado para la rehabilitación**

Complementan la formación básica y permiten al Talento Humano desarrollar, fortalecer, complementar y actualizar las competencias propias de cada ocupación, profesión o formación posgraduada. Entre las orientaciones de formación y entrenamiento a tener en cuenta, se señalan las siguientes:

- Deben estar dirigidas al desarrollo y fortalecimiento de conocimientos, habilidades, capacidades, destrezas con base en un enfoque por competencias (MSPS, 2020), mediante metodologías y estrategias como ejercicios de simulación, observación, interacción, reflexión y discusión de casos, entre otras.
- Deben promover el acceso equitativo del talento humano en salud y su desarrollo personal y profesional, buscando articular los escenarios de formación con los de desempeño laboral.
- Las competencias por desarrollar deben responder a las necesidades y problemáticas en salud de la población, priorizando temáticas que fortalezcan la Atención Primaria en Salud, gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial, conforme las disposiciones que se emitan desde este Ministerio.
- Deben responder a las necesidades de formación que identifiquen los prestadores de servicios de salud, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población que atienden y el nivel de atención donde prestan los servicios. Así mismo, deberán fundamentarse en la normatividad y la línea técnica vigentes que sean expedidas desde el nivel nacional y territorial.
- Deben estar orientadas al desarrollo, fortalecimiento y/o actualización de las competencias necesarias para el desempeño de las funciones y actividades reseñadas en la Tabla 15, incluida en el título 5.3.3.
- Permitir el desarrollo de competencias para el abordaje de las personas desde el funcionamiento humano, incluyendo temáticas relacionadas con la prestación de servicios de rehabilitación en baja complejidad; herramientas de intervención para la atención integral en salud con enfoque psicosocial; enfoque diferencial para la atención en salud, y administración y gestión de servicios de rehabilitación. Cada territorio y cada prestador, podrá complementar o modificar las temáticas en función de sus características, de las necesidades de la población atendida y del talento humano.
- La implementación de las acciones de formación deberá realizarse mediante modalidades, horarios y cronogramas que consideren la disponibilidad de tiempo, los recursos tecnológicos y las condiciones laborales del talento humano en salud en ejercicio (MSPS, 2020).
- Implican la implementación de procesos de formación permanente y/o entrenamiento por parte de los prestadores, considerando las orientaciones de la autoridad competente respecto a contenidos y tiempos, entre otros aspectos. En el marco del Sistema de Formación Continua del Talento Humano en Salud reglamentado mediante Decreto 376 de 2022, se debe considerar que la formación permanente y entrenamiento avanzado son actividades de educación informal y no generan certificaciones.

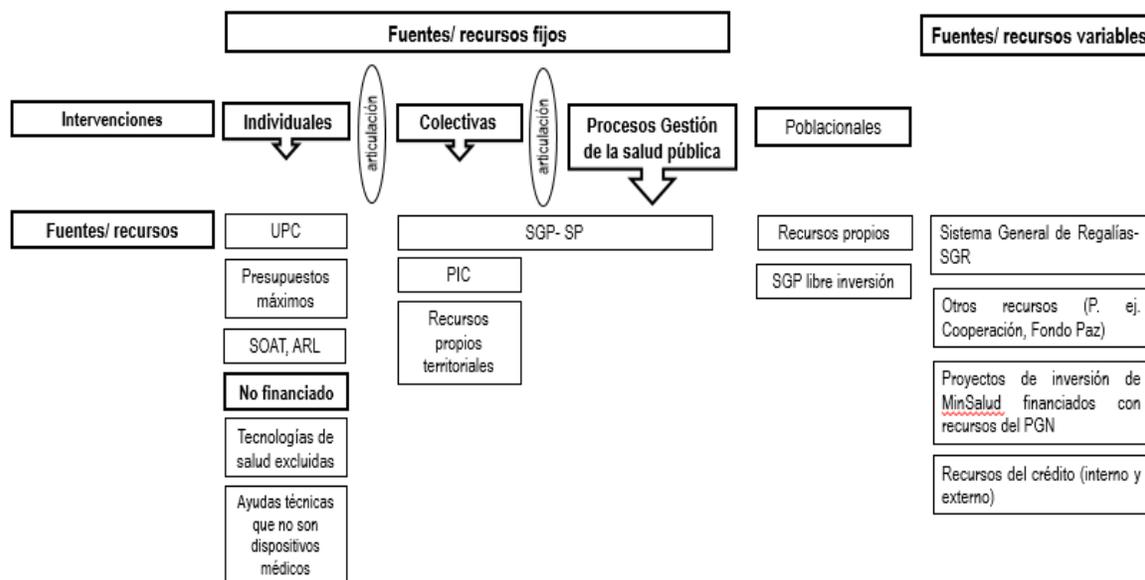
#### **5.4. Gestión financiera y de recursos para la rehabilitación en salud**

Este componente busca orientar a los diferentes actores en la identificación de las fuentes de financiación para su gestión y garantizar la rehabilitación en salud a la población que la requiera. En primer lugar, se enuncian los recursos que permiten la cobertura de las intervenciones individuales para la rehabilitación en salud (servicios y tecnologías). En segundo lugar, se señalan las fuentes con las que se financian los procesos de gestión de la salud pública y las intervenciones colectivas, teniendo en cuenta su importancia para el desarrollo e implementación de la rehabilitación a nivel territorial. En tercer lugar, se presentan fuentes para intervenciones poblacionales y acciones intersectoriales que amplían el alcance de la rehabilitación. Finalmente, se reconocen otras fuentes de recursos a gestionar en los territorios o desde otros sectores que pueden financiar acciones que aporten a la rehabilitación. En la Figura 2 se recopilan las diferentes fuentes de financiación para la

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

prestación de intervenciones en rehabilitación y otras intervenciones que se articulan con esta, las cuales se describen a continuación.

**Figura 2. Fuentes de financiación para la rehabilitación**



#### 5.4.1 Financiamiento de las intervenciones individuales para la rehabilitación en salud

Las intervenciones individuales para la rehabilitación en salud se prestan a través del conjunto de servicios y tecnologías en salud que son garantizados a las personas usuarias del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del presupuesto denominado Unidad de Pago por Capitación – UPC y que son administradas por la EAPB o quienes hagan sus veces y las demás Entidades Obligadas a Compensar. Se exceptúan aquellos servicios y tecnologías explícitamente excluidos de financiación de recursos públicos asignados a la salud, en aplicación del procedimiento establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015. Aquellas tecnologías y servicios para rehabilitación que no están cubiertos con cargo a la UPC, pero que no se encuentran excluidas bajo las excepciones señaladas previamente pueden ser financiadas a través de Presupuestos Máximos, cuyos recursos son transferidos por la ADRES.

Frente a la financiación de ayudas técnicas para la rehabilitación en salud, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16 de la presente resolución, aquellas reconocidas como dispositivos médicos son financiadas con recursos de la UPC en cuanto son tecnologías en salud, con excepción de las señaladas en el artículo 56 de la resolución 2366 de 2023 o aquella que la modifique o sustituya. Se deben considerar los desarrollos normativos relacionados con la definición de fuentes de recursos para ayudas técnicas, dispuestos para la población víctima de conflicto armado, con miras a garantizar su acceso. Es importante precisar que, si la intervención que se realiza requiere ayudas técnicas no financiables por el sistema de salud, y el origen de la condición de salud que demanda tanto la intervención como la ayuda técnica, corresponde a otros planes, tales como medicina prepagada, regímenes especiales, planes complementarios, riesgo laboral y SOAT, deben ser financiados con los recursos de dichos planes.

#### 5.4.2 Financiamiento de los procesos de gestión de la salud pública e intervenciones colectivas que aportan a la rehabilitación en salud

## **RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 47 de 59**

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

El proceso de asignación presupuestal para la financiación de las acciones de salud pública, contenidas en el SGSSS, y de acuerdo con las competencias asignadas a las entidades territoriales a través de la Ley 715 de 2001 se soportan para su gestión, principalmente, en los recursos transferidos por la nación a través del Sistema General de Participaciones –SGP para el subcomponente de salud pública, con los cuales las entidades territoriales deberán garantizar la ejecución de los ejes estratégicos señalados en el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 esencial para el funcionamiento del sector público, especialmente, en educación, saneamiento básico y salud. El SGP es la principal fuente de financiación desde la cual se destinan los recursos para la financiación de los procesos de Gestión de la Salud Pública y el desarrollo del PSPIC en los territorios.

Por tanto, es responsabilidad de las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales planear y ejecutar a través de estos recursos, las acciones estratégicas destinadas al fortalecimiento de la rehabilitación en salud e intervenciones colectivas que aporten a la atención integral de aquellas condiciones de salud que pueden afectar el funcionamiento humano, de acuerdo con lo dispuesto en el apartado 5.1 de este anexo técnico.

Finalmente, en el marco de la Gestión de la Salud Pública se debe considerar la coordinación intersectorial como proceso fundamental para la gestión de la rehabilitación de poblaciones específicas. Por tanto, en la medida en que las entidades territoriales definan en los planes territoriales y en los planes acción de salud, iniciativas asociadas al fortalecimiento de la rehabilitación en salud para la atención de poblaciones específicas, es viable planear y destinar recursos tanto del SGP del subcomponente de salud pública, como de otras fuentes, para el cumplimiento de este propósito. Es importante que en la planeación de acciones para la garantía del acceso a la rehabilitación en salud de poblaciones diferenciales y vulnerables, las entidades territoriales y los demás actores con competencias, tengan acuerdos de coordinación para la concurrencia de recursos sin que se llegue a duplicar su financiación por diferentes fuentes.

### **5.4.3 Intervenciones poblacionales que aportan a las metas de la rehabilitación en salud y a la mejora del funcionamiento de la población**

Las intervenciones poblacionales son de carácter estructural y requieren de la acción intersectorial para su desarrollo. Se realizan bajo el liderazgo de la Nación y de las entidades territoriales y su alcance puede ser nacional, departamental, distrital o municipal (de acuerdo con sus competencias). Estas intervenciones afectan las condiciones, modos y los estilos de vida de una sociedad y dan cuenta de la acción sobre los determinantes sociales y ambientales de la salud. La principal fuente de recursos para las intervenciones poblacionales es el SGP de libre inversión.

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

### **5.4.4 Financiamiento de la rehabilitación a través de otros mecanismos de aseguramiento**

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

Son reconocidas como otras fuentes de financiación para la rehabilitación en salud, aquellas establecidas en los planes de beneficios de los regímenes especiales o de excepción en salud y los planes complementarios de medicina prepagada, por ser garantes del manejo del riesgo de la salud de la población afiliada.

También se identifica como otra fuente de financiación los recursos del SOAT que están dispuestos para la atención de los riesgos de salud de las personas víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos y los cuales son dispuestos hasta que se haya agotado la cobertura máxima de gastos. En adelante, la EAPB a cargo, debe garantizar la continuidad de las intervenciones de salud y de rehabilitación en salud requeridas por la persona, según las indicaciones médicas.

Otra fuente de financiación reconocida para la prestación de servicios de rehabilitación, son las tecnologías y servicios dispuestos para la atención de la población trabajadora formal con riesgos de salud asociados a accidentes de trabajo y enfermedad laboral, los cuales son cubiertos a través de las ARL, bajo el marco regulatorio expedido en la materia.

#### **5.4.5 Otras fuentes de financiación para el fortalecimiento de la rehabilitación en salud.**

Las entidades territoriales cuentan con los recursos definidos a través de la Ley 2056 de 2020 reglamentada mediante Decreto 1821 de 2020 Único Reglamentario del Sistema General de Regalías con los cuales se pueden financiar proyectos de inversión y la estructuración de proyectos, en cualquiera de sus fases, bajo los términos y condiciones que para el efecto señale la normativa vigente.

En este sentido, las entidades territoriales podrán formular proyectos de inversión en cualquiera de sus fases, con el fin de desarrollar iniciativas para el mejoramiento de infraestructura y dotación de equipos para la prestación de servicios de rehabilitación en salud en la red pública de prestadores de servicios de salud. Los proyectos susceptibles de ser financiados con los recursos del SGR deben guardar concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo y los planes de desarrollo de las entidades territoriales, así como cumplir con el principio de Buen Gobierno y con las siguientes características: pertinencia, viabilidad, sostenibilidad, impacto, articulación con planes y políticas nacionales de las entidades territoriales, de las comunidades indígenas, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del pueblo Rom o gitano de Colombia. Todos los proyectos que incluyan dentro de sus fuentes de financiación, recursos del SGR, deben estar formulados bajo la Metodología General Ajustada -MGA.

Finalmente, las entidades territoriales también pueden acudir a otras fuentes de financiación para el desarrollo de acciones orientadas al fortalecimiento de la rehabilitación en sus territorios, con Proyectos de Inversión que disponga el Ministerio de Salud y Protección Social y el uso de recursos de cooperación internacional o nacional o a través de los recursos de esfuerzo propio que destinen para tal fin.

#### **5.5. Información, monitoreo y evaluación para la rehabilitación**

Como componente fundamental del sistema de salud, la información interactúa con los demás componentes del sistema: gobernanza, financiamiento, prestación de servicios, recursos humanos, medicamentos y tecnologías, para su fortalecimiento (Savigny & Adam, 2009). En tal sentido, este apartado brinda orientaciones a los actores sobre el uso y análisis de la información disponible, para apoyar el proceso de planeación territorial en salud y el aprovechamiento de los recursos técnicos, humanos y financieros que permita el fortalecimiento de la rehabilitación en el sistema de salud. Así mismo, presenta recomendaciones para el monitoreo y evaluación de la rehabilitación mediante un conjunto propuesto de indicadores, lo que resulta fundamental en el seguimiento al cumplimiento de metas y objetivos establecidos para la toma de decisiones en los niveles nacional, territorial e institucional.

# RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 49 de 59

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

## 5.5.1 Recolección, uso y análisis de la información en salud para la rehabilitación

Para fortalecer la rehabilitación es fundamental contar con datos fiables que permitan la planeación estratégica y operativa. Aunque en los sistemas de información en salud hay algunas falencias en cuanto a disponibilidad y calidad de los datos, existen diversas fuentes y herramientas que pueden ser consultadas para proyectar la organización de los servicios de rehabilitación conforme las necesidades de la población, y para la mejora y seguimiento de la prestación de los servicios (Tabla 16).

**Tabla 16. Fuentes de datos de los sistemas de información de salud y su uso para la rehabilitación**

Basadas en la población	Basadas en las instituciones
<p><b>Censos</b> Censo Nacional de Población y Vivienda -CNPV</p> <p><b>Uso.</b> Información sobre funcionamiento que permite tomar decisiones relacionadas con políticas de planeación de servicios de rehabilitación, con base en la estimación aproximada de la distribución de los problemas de salud que impactan el funcionamiento y en las tendencias demográficas de la población.</p>	<p><b>Registros individuales</b> - Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS - Base de Datos Única de Afiliados -BDUA</p> <p><b>Uso.</b> Información sobre funcionamiento y sus determinantes (condiciones de salud, factores ambientales y personales), útil para la definición de objetivos, toma de decisiones clínicas y evaluación de objetivos.</p>
<p><b>Registros sociales</b> Análisis de Situación de Salud -ASIS Registro Único de Víctimas -RUV Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad -RLCPD Sistema de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA</p> <p><b>Uso.</b> Información útil para la definición de políticas de acceso a servicios de rehabilitación en poblaciones específicas y planeación de insumos y servicios.</p>	<p><b>Registros de servicios</b> - Sistema Integrado de Información de la Protección Social -SISPRO - Plataforma de Integración del SISPRO -PISIS - Observatorio Nacional de Calidad en Salud -ONCAS - Otras fuentes de información disponibles en el nivel departamental, distrital o municipal.</p> <p><b>Uso.</b> Información sobre el desempeño de los prestadores en los diferentes niveles de atención; útil para las decisiones sobre gestión de la calidad de los servicios, estimaciones de la utilización de los servicios de rehabilitación y análisis comparados.</p>
<p><b>Encuestas de población*</b> - Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ECV - Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento -SABE - Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia -ENSIN - Encuesta Nacional de Salud Mental -ENSM - Encuesta Nacional de Salud Escolar -ENSE - Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS</p> <p><b>Uso.</b> Información útil para orientar la definición de políticas y el desarrollo de servicios bajo la estimación de necesidades de rehabilitación, según distribución de riesgos y problemas de funcionamiento, tendencias de la población, acceso a servicios de rehabilitación e identificación de barreras del entorno.</p>	<p><b>Registros de recursos</b> SISPRO ASIS Registro Especial de Prestadores de Servicios -REPS Observatorio Talento Humano en Salud -OTHS Otros recursos disponibles</p> <p><b>Uso.</b> Información sobre la capacidad nacional de rehabilitación (gobernanza, financiamiento, prestación de servicios, recursos humanos, ayudas técnicas) y su desempeño. Útil en la definición de políticas de sostenibilidad de los servicios de rehabilitación y el desarrollo del talento humano.</p>

*Nota.* Elaborada con base en: Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción (OMS, 2020).

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 50 de 59

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

\* Se presentan algunos ejemplos de encuestas nacionales, sin embargo, se requiere verificar la disponibilidad de nuevas encuestas.

Según la configuración de cada territorio, es necesario hacer uso de las fuentes descritas y proyectar un proceso de análisis de información que permita identificar: i) condiciones de salud relacionadas con las necesidades de rehabilitación presentes en diversos grupos de población y en diferentes momentos del curso de vida, ii) disponibilidad y distribución de los servicios de rehabilitación en el territorio y, iii) datos sobre los resultados de las intervenciones de rehabilitación en la población usuaria. Lo anterior, en el marco del proceso de planeación territorial para la salud y el ejercicio de priorización de los problemas y necesidades sociales en salud, establecido en la Resolución 100 de 2024.

El análisis de la información sobre la demanda (necesidades de rehabilitación) y oferta de servicios de rehabilitación a partir de fuentes disponibles debe apoyar la planeación estratégica y operativa de las acciones que se realicen en el marco del sistema de salud (MSPS, 2015c). Entre las acciones de planeación estratégica se encuentran: a) estudio de viabilidad financiera, requerimientos de inversión e identificación de fuentes de financiación, b) implementación y fortalecimiento de los servicios de rehabilitación en el territorio, c) contratación de profesionales de rehabilitación, d) mejoras en indicadores de cobertura y desempeño en la prestación de servicios de rehabilitación existentes, e) poblaciones de alto riesgo, vulnerables o con necesidades específicas de rehabilitación y, f) intervenciones individuales y colectivas relacionadas con rehabilitación para grupos poblacionales específicos (MSPS, 2007b).

En lo que respecta a la recolección y análisis de información relacionada con la prestación de servicios de rehabilitación, los prestadores de servicios de salud que cuenten con alguno de estos servicios deberán implementar acciones para garantizar: i) recolección sistemática de los datos relacionados con las condiciones de salud más prevalentes en la atención, ii) completitud y calidad de los registros clínicos que resultan de los procesos de evaluación inicial, planeación e implementación de planes de rehabilitación, iii) construcción y seguimiento de indicadores de calidad y efectividad en los servicios y, iv) recolección y análisis de cambios en el nivel de funcionamiento en la población atendida como resultado de la rehabilitación.

Por otra parte, con miras a disponer de información más precisa sobre las condiciones de salud y necesidades de rehabilitación en la población, las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales pueden disponer de recursos técnicos y financieros para el desarrollo de estudios de necesidades de rehabilitación, los cuales posibilitan la toma de decisiones informada y el fortalecimiento de la rehabilitación. Lo anterior, puede viabilizarse mediante la articulación con instituciones de educación superior con capacidades investigativas para la generación de conocimiento relacionado con la rehabilitación.

Los resultados obtenidos permiten identificar los determinantes relacionados con las condiciones de salud y ambientales, y los factores personales vinculados a las características de funcionamiento de la población, además de las necesidades reales y potenciales de rehabilitación (MSPS, 2013). Así mismo, orientan el desarrollo de políticas y servicios de rehabilitación según la estimación de las necesidades de rehabilitación identificadas: distribución de condiciones de salud y funcionamiento, información de acceso a los servicios de rehabilitación e identificación de barreras ambientales (OMS, 2020a).

### **5.5.2 Monitoreo y evaluación de la rehabilitación en salud**

La implementación de un plan estratégico de rehabilitación requiere consolidar el proceso de monitoreo, que implica la recopilación y el análisis de información para la medición y el seguimiento del progreso hacia el logro de los objetivos propuestos, en un periodo determinado. La evaluación se fundamenta en la interpretación de los resultados del monitoreo, es la valoración periódica, retrospectiva, reflexiva y analítica de la implementación

## **RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 51 de 59**

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

de un plan, con el objetivo de determinar su pertinencia y cumplimiento. Incorpora en el proceso de análisis las lecciones aprendidas tanto de beneficiarios como de proveedores de los servicios de rehabilitación (OMS, 2020).

Además, el monitoreo y la evaluación impulsan la integración de la rehabilitación en los sistemas de información de salud, permiten el desarrollo de conocimientos técnicos relacionados con la rehabilitación, detectan fallas y éxitos del plan estratégico y proporcionan datos para la promoción y gestión de recursos (OMS, 2020). Este proceso debe involucrar a los actores del sistema responsables de la gestión territorial en salud y de la prestación de servicios de rehabilitación. Lo anterior, teniendo en cuenta las responsabilidades establecidas para el reporte y flujo de información en salud en los diferentes niveles de gestión.

A continuación se describe un conjunto de indicadores para el establecimiento de metas y el reporte de avances, en función de los objetivos trazados para el desarrollo de las capacidades para la implementación y fortalecimiento de la rehabilitación, como parte integral del continuo de la atención en salud. Los indicadores propuestos se fundamentan en las recomendaciones del documento Rehabilitación en los sistemas de salud: guía de acción (OMS, 2020) y en la Resolución 256 de 2016 (MSPS, 2016e) y proyectan el monitoreo de: i) la disponibilidad de los servicios de rehabilitación en el nivel primario y complementario de atención; ii) la disponibilidad de talento humano en rehabilitación; iii) la oportunidad y seguridad de la atención como indicadores de calidad en los servicios de rehabilitación. Es de anotar que, de acuerdo a las especificidades del territorio, se pueden formular otros indicadores que hagan seguimiento a los objetivos definidos (Tabla 17).

**Tabla 17. Indicadores para el monitoreo y evaluación de la rehabilitación, actores y responsabilidades**

Indicadores para el monitoreo y evaluación de la implementación de la rehabilitación										
Dominio	Tipo de indicador según Guía OMS	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Numerador	Denominador	Niveles de desagregación	Fuente de información	Unidad de medida	Periodicidad
Proceso	Proceso – Disponibilidad de rehabilitación	Disponibilidad de servicios de rehabilitación de baja complejidad (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría) en prestadores del nivel primario de atención	Expresa la disponibilidad de servicios de rehabilitación de baja complejidad (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría) en prestadores del nivel primario de atención	Cociente entre prestadores del nivel primario de atención con servicios de rehabilitación de baja complejidad (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría) y el número de prestadores del nivel primario de atención.	prestadores del nivel primario de atención con servicios de rehabilitación de baja complejidad (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría)	prestadores del nivel primario de atención.	Departamental, distrital, municipal, territorios indígenas. Intramural, extramural y telemedicina.	Numerador y denominador: REPS. Documentos de Red, Organización de prestadores de servicios de salud público, RIPSS	Por 100%	Anual
Proceso	Proceso Disponibilidad de rehabilitación	Disponibilidad de servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría, medicina física y rehabilitación, psiquiatría) en prestadores del nivel complementario de atención	Expresa la disponibilidad de servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría, medicina física y rehabilitación, psiquiatría) en	Cociente entre prestadores del nivel complementario de atención con servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría, medicina física y rehabilitación,	prestadores del nivel complementario de atención con servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría, medicina física y rehabilitación,	prestadores del nivel complementario de atención	Departamental, distrital y municipal.	Numerador y denominador: REPS. Documentos de Red, Organización de prestadores de servicios de salud público, RIPSS	Por100%	Anual

**RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 2 de 59**

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

			prestadores del nivel complementario de atención	psiquiatría) y el número de prestadores del nivel complementario de atención.						
Proceso	Proceso - Talento humano en rehabilitación.	Densidad y distribución de los profesionales de rehabilitación (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría, medicina física y rehabilitación, psiquiatría)	Expresa el número de profesionales de rehabilitación ( fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, trabajo social, optometría, fonoaudiología, medicina física y rehabilitación, psiquiatría) que prestan sus servicios en un territorio determinado	Cociente entre número de profesionales de rehabilitación (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría, medicina física y rehabilitación, psiquiatría) y el total de la población x 10.000	Número de profesionales de rehabilitación que prestan servicios (fisioterapia, psicología, terapia ocupacional, fonoaudiología, trabajo social, optometría, medicina física y rehabilitación, psiquiatría).	Total de la población	Para el numerador: Por territorio Departamental, distrital, municipal. Por escenario de la prestación del servicio: nivel de complejidad, público o privado. Por grupo de profesionales de rehabilitación. Para el denominador por territorio.	Numerador: ReTHUS, REPS. Denominador: Proyecciones Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE	Por 10.000	Annual
<b>Indicadores de Calidad en los servicios de rehabilitación (basados en ficha técnica indicadores Resolución 256 de 2016. MSPS)</b>										
Dominio de indicador	Nombre del indicador	Definición	Fórmula de cálculo	Numerador	Denominador	Niveles de desagregación	Fuente de información	Unidad de medida	Periodicidad	
Seguridad	Tasa de caída de personas en el servicio de rehabilitación	Es un estimador de las caídas de personas en el servicio de rehabilitación en un mes	Cociente entre el número total de personas atendidos en el servicio de rehabilitación que sufren caídas en el periodo y el total de personas atendidas en el servicio de	Número total de personas atendidos en el servicio de rehabilitación que sufren caídas	Total, de personas atendidas en el servicio de rehabilitación	Por servicio de rehabilitación	Numerador: Base de datos institucional de reporte de caídas Denominador: Formato estadísticas mensuales de atención	Por 1000 personas atendidas el servicio de rehabilitación	Reporte semestral (Se alimenta mensualmente)	

**RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 3 de 59**

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

			rehabilitación por 1000						
Seguridad	Proporción de eventos adversos relacionados con la atención en el servicio	Expresa el número de eventos adversos relacionados con la atención en el servicio de rehabilitación	Cociente entre el número de eventos adversos relacionados con la atención en el servicio de rehabilitación y el total de personas atendidas en el periodo por 100 expresado como porcentaje	Número de eventos adversos relacionados con la atención en el servicio de rehabilitación	Total de personas atendidas en el periodo	Por servicio de rehabilitación	Numerador: Base de datos institucional de reporte de eventos adversos Denominador: Formato estadísticas mensuales de atención	Por 100%	Reporte semestral (Se alimenta mensualmente)
Experiencia de la atención	Tiempo promedio para la asignación de cita en el servicio de rehabilitación	Expresa el tiempo de espera en días calendario, que transcurre entre la fecha de solicitud de la cita para consulta de primera vez por el servicio de rehabilitación y la fecha que es asignada	Cociente entre la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita en el servicio de rehabilitación de primera vez y la fecha en la cual la persona la solicitó y el número total de citas de rehabilitación de primera vez asignadas en un periodo determinado	Sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita del servicio de rehabilitación de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas del servicio de rehabilitación de primera vez asignadas	Por servicio de rehabilitación	Numerador: reporte del área de asignación de citas Denominador: reporte estadístico de atenciones	Días	Reporte semestral (Se alimenta mensualmente)

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

Experiencia de la atención	Proporción de satisfacción global de los usuarios	Expresa la proporción de usuarios satisfechos con los servicios de rehabilitación	Cociente entre el número de usuarios que respondieron "buena" o "Muy buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido?, y el número de usuarios que respondieron la pregunta por 100 expresado como porcentaje	Número de usuarios que respondieron "buena" o "Muy buena" a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido?	Número de usuarios que respondieron la pregunta	Por servicio de rehabilitación	Numerador: reporte encuesta de satisfacción del usuario Denominador: reporte encuesta de satisfacción del usuario	Por 100%	Reporte semestral (Se alimenta mensualmente)
Experiencia de la atención	Proporción de usuarios que recomendarían el servicio de rehabilitación a sus familiares y amigos	Expresa la proporción de usuarios que recomendarías el servicio de rehabilitación a su familia o amigos	Cociente entre el número de usuarios que respondieron "definitivamente si" o "probablemente si" a la pregunta: "¿recomendaría a sus familiares y amigos este servicio" y el número de usuarios que respondieron a la pregunta, por 100 expresado como porcentaje (%)	Número de usuarios que respondieron "definitivamente si" o "probablemente si" a la pregunta: "¿recomendaría a sus familiares y amigos este servicio"	Número de usuarios que respondieron a la pregunta	Por servicio de rehabilitación	Numerador: reporte encuesta de satisfacción del usuario Denominador: reporte encuesta de satisfacción del usuario	Por 100%	Reporte semestral (Se alimenta mensualmente)

## Referencias

- Arango, L. E., Botero, J. A., Gallo, D. & Melo, L. A. (2023). Efectos fiscales y macroeconómicos de diferentes riesgos del sistema de salud. Borradores de Economía. No. 1258. Banco de la República.
- Artaza O., Santacruz J., Girard J.E., Alvarez D., Barria S., Tetelboin C., et al. Formación de recursos humanos para la salud universal: acciones estratégicas desde las instituciones académicas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e83. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.83>
- Bernal, A.O. & Forero, C.J. (2011). Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 10(21), 85-100. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v10n21/v10n21a06.pdf>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S. & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006-2017. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.
- Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, D.C.
- Delgado, J.R., Orozco, N.F., Gómez, J.C., Castaño, L.F., Díaz, J.A., Muñoz, J.N. & Rodríguez, L.E. (2020). Rehabilitación intrahospitalaria en el paciente con Covid-19. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 30(Supl), 41. <https://doi.org/10.28957/rcmfr.v30spa5>.
- Díaz, E.L., Talero, P., Faustino, M.Y., Guzmán, O.B. & Rodríguez, F.E. (2020). Lineamientos del Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional para la rehabilitación hospitalaria de usuarios con COVID-19. *Revista Ocupación Humana*, 20(1), 146-162. <https://doi.org/10.25214/25907816.952>
- England, NHS (2016). Commissioning guidance for Rehabilitation (49), 04919. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/rehabilitation-comms-guid-16-17.pdf>
- Gómez, J., González, L., Amarante, R. & Torres, Y. (2009). Guía de práctica clínica para la rehabilitación del paciente en estado crítico. *Medisur*, 7(1), 82-91. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/722/5670>
- Institute for Health Metrics and Evaluation (2021). WHO Rehabilitation Need Estimator, Region of the Americas key findings. Seattle, WA: IHME. University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/>
- Jesus, T. S., Landry, M. D. & Hoenig, H. (2019). Global need for physical rehabilitation: systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2017. *International journal of environmental research and public health*, 16(6), 980. doi: 10.3390/ijerph16060980.
- Kamenov, K., Mills, J. A., Chatterji, S. & Cieza, A. (2019). Needs and unmet needs for rehabilitation services: a scoping review. *Disability and rehabilitation*, 41(10), 1227-1237. doi: 10.1080/09638288.2017.1422036.
- Langhammer, B., Becker, F., Sunnerhagen, K., Zhang, T., Du, X., Bushnik, T., . . . Kvalvik Stanghelle, J. (2015). Specialized stroke rehabilitation services in seven countries. Preliminary results from nine rehabilitation centers. *International Journal of Stroke*, 10(8), 1236-1246. doi: 10.1111/ijss.12599
- Lucas, E., Alonso, B. & Lisakde, E. (2015). Evaluación e indicaciones de la rehabilitación domiciliaria. En F. Montagut, G. Flotats & E. Lucas (Eds.). *Rehabilitación domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terapéuticos*. Barcelona: Elsevier España.
- Millán, R. & Lasso, C. (2020). Telerehabilitación: estrategia para atender personas con discapacidad en zonas dispersas y alta ruralidad. En: P. Muñoz (Ed.). *Discapacidad y TIC: estrategias de equidad, participación e inclusión* (pp. 96–120). Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali.
- Millán, R., Padilla, N., Lasso, C. & Domínguez, J. (2020). Telerehabilitación® y Centros Comunitarios de Rehabilitación-CCR. Modelo de atención para zonas dispersas y de alta ruralidad en Colombia; desde el enfoque de Atención Primaria en Salud-APS. Cali: Fundación IDEAL para la rehabilitación integral “Julio H. Calonje”.
- Ministerio de la Protección Social. (2007b). Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá, D.C.

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 2 de 59

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Orientaciones para el desarrollo de Jornadas de Salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PIC. Bogotá, D.C. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-jornadas-salud-pic.pdf>

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016a). Resolución 429 Política de Atención Integral en Salud. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)

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

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

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

Ministerio de la Protección Social. (2016e). Resolución 256 de 2016. Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). Gestión integral del riesgo. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante las Etapas de Contención y Mitigación de la Pandemia por SARS-CoV-2 (COVID-19). <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSS01.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Indicadores de Talento Humano en Salud. Observatorio de Talento Humano en Salud. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023a). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia, 2022. Dirección de Epidemiología y Demografía. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023b). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS. [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados\\_reps.aspx?pageTitle=Registro%20Actual&pageHlp=\[12 de marzo de 2024\]](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro%20Actual&pageHlp=[12%20de%20marzo%20de%202024])

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023c). Resolución 2367 de 2023 de 2023. Por la cual se modifican los artículos 1, 2 y 3 de la Resolución 1035 de 2022 y los capítulos 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10 y 11 del anexo técnico Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031. Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social (2023d). Resolución 2366 del 29 de diciembre de 2023. Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Bogotá, D.C.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024a). Necesidades de rehabilitación. Documento de trabajo.

## RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 3 de 59

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

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024b). Resolución 100 de 2024. Por la cual se dictan disposiciones sobre la Planeación Integral para la Salud y se deroga la Resolución 1536 de 2015. Bogotá, D.C.

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

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

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

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

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

Organización Mundial de la Salud. (2023a). Resolución WHA76.6. Fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud 76.ª Asamblea Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA76/A76\\_R6-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R6-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2023b). Rehabilitación en el financiamiento de la salud: oportunidades en el camino hacia la cobertura universal de salud. Ginebra: OMS.

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

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

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

Restrepo, J. & Zapata, O. (2021). Desafíos de la gobernanza en salud en Colombia: Una mirada con actores del sistema de salud. Documento de trabajo, Medellín, Grupo de Economía de la Salud (GES), Universidad de Antioquia.

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

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

Roth-Deubel, A.N. & Molina-Marín, G. (2013). Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Revista de salud pública*, 15, 44-55.

Savigny, D. & Adam, T. (Eds.) (2009). Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud. Alianza para Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44222>

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

Terraza, R., Vargas, I., y Vázquez, M. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), 485-495. Obtenido de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&tng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012&lng=es&tng=es).

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

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

**RESOLUCIÓN NÚMERO DE 2024 HOJA No 4 de 59**

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

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

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

World Health Organization. (2023a). Extracts from document EB152/2023/REC/1 for consideration by the Seventy-sixth World Health Assembly. Strengthening rehabilitation in health systems. [https://apps.who.int/gb/e/e\\_eb152.html](https://apps.who.int/gb/e/e_eb152.html)

World Health Organization. (2023b). Rehabilitation 2030 Initiative. <https://www.who.int/initiatives/rehabilitation-2030>