



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Actividad física, autocuidado, calidad de vida, rehabilitación integral e inclusión social de los exintegrantes de la fuerza pública

Angela María Andrade Castro

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Movimiento y Desarrollo Humano

Bogotá, Colombia

2023

Actividad física, autocuidado, calidad de vida, rehabilitación integral e inclusión social de los exintegrantes de la fuerza pública

Angela María Andrade Castro

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Fisioterapia de la Actividad Física y el Deporte

Directora:

Fisioterapeuta. Mg. Imma Quitzel Caicedo Molina

Codirectora:

Fisioterapeuta. Mg. Ana Luisa Ospina

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de movimiento y Desarrollo Humano

Bogotá, Colombia

2023

(Dedicatoria)

A Dios por su inmenso y bendecido amor, por enseñarme mi verdadero propósito en la tierra. A mi familia, a mi hijo Juan Diego mi amor verdadero y mi maestro, mi motivo de ser cada día mejor, a mi esposo, el amor de mi vida, que en mil vidas lo volvería a elegir sin duda alguna; gracias por los días de risas.

A mi madre por sus oraciones, apoyo incondicional, confianza y por su filosofía que alimenta mi alma.

El fruto del silencio es la oración. El fruto de la oración es la fe. El fruto de la fe es el amor. El fruto del amor es el servicio. El fruto del servicio es la paz.

Madre Teresa de Calcuta

Declaración de obra original

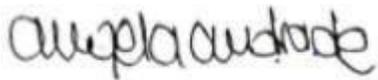
Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Angela María Andrade

Fecha 08/08/2023

Agradecimientos

A la Universidad Nacional y a la Maestría en fisioterapia de la actividad física y del deporte, a sus docentes que con gran esmero y paciencia me enseñaron, a los funcionarios de apoyo administrativo quienes me ayudaron siempre a resolver mis múltiples dudas.

Son muchas las personas que merecen el reconocimiento, pero exalto a la Profesora Imma Caicedo, directora de este trabajo de investigación, por el gran apoyo, el acompañamiento y el conocimiento que me permitieron aterrizar la idea de este trabajo y su aporte reflexivo que impulsaron a la realización y culminación de este trabajo.

A la profesora Karim Martina Alvis directora de la Maestría en fisioterapia de la actividad física y del deporte, por su comprensión, paciencia y confianza, que me permitieron culminar la maestría. Un ser humano único y especial, una excelente profesional, un verdadero regalo que me llevo de la Universidad.

A todos los veteranos que participaron en esta experiencia, abriendo su corazón, con sus relatos, vivencias y aportes que enriquecen la investigación y aportan a la rehabilitación, inclusión social, la actividad física y la discapacidad en Colombia.

A todos los colaboradores del DIVRI y sus directivas por su paciencia y apoyo para la realización de este trabajo, especialmente a Ana Luisa, a Ada y Maira gracias por abrir sus puertas y permitirme trabajar con ellas para culminar esta investigación.

Resumen

Actividad física, autocuidado, calidad de vida, rehabilitación integral e inclusión social de los exintegrantes de la fuerza pública

Bajo la investigación cualitativa y descriptiva de tipo hermenéutico realizada a la población con discapacidad de la Dirección del Centro de Rehabilitación Integral (DCRI), actualmente, Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI) del Ministerio de defensa Nacional de la república de Colombia, participaron excombatientes víctimas del conflicto armado con discapacidad física, en entrevistas en donde se plasmaron sus experiencias en la realización de la actividad física, el deporte y su influencia en la calidad de vida, autocuidado, rehabilitación Integral e inclusión Social.

Las vivencias de los entrevistados nos permiten preguntarnos cuáles han sido los aciertos, las barreras, los avances y lo qué, aún, falta por alcanzar y construir en relación con la rehabilitación e inclusión social de las personas víctimas de conflicto armado de la fuerza pública. Mediante los relatos se lograron identificar fuentes importantes en el balance de los aspectos de la calidad de vida y el autocuidado de quienes están involucrados y desde sus vivencias internas, territorios individuales de población de difícil acceso, exigen en silencio la necesidad de construir una sociedad más equitativa.

Con la información obtenida se procura acompañar la construcción de una cartilla, por parte del DIVRI de actividad física y autocuidado que mostrará, ilustrará y presentará una serie de ejercicios prácticos y actividades que pueden realizarse en corto tiempo y no requieren mayores exigencias de implementación.

Palabras clave: discapacidad, actividad física adaptada, autocuidado, calidad de vida, Rehabilitación Integral, Inclusión Social, fuerzas públicas, veteranos.

Physical activity, self-care, quality of life, comprehensive rehabilitation and social inclusion of former members of the public force

Under qualitative and descriptive research of a hermeneutic type carried out on the population with disabilities of the Directorate of the Comprehensive Rehabilitation Center (DCRIC), currently, Directorate of Veterans and Inclusive Rehabilitation (DIVRI) of the Ministry of Veterans of the Public Forces of the Republic of Colombia, ex-combatants victims of the armed conflict with physical disabilities participated in interviews where their experiences in carrying out physical activity, sport and its influence on quality of life, self-care, comprehensive rehabilitation and social inclusion were reflected.

The experiences of the interviewees allow us to ask ourselves what the successes have been, the barriers, the advances and what, still, remains to be achieved and built-in relation to the rehabilitation and social inclusion of the victims of armed conflict of the public force. Through the reports, it was possible to identify important sources in the balance of aspects of the quality of life and self-care of those who are involved and who, from their internal experiences, individual territories, as subjects affiliated with a differential population, silently demand the need to build a more equitable society.

With the information obtained, it is sought to accompany the construction of a booklet, by the DIVRI of physical activity and self-care that will show, illustrate, and present a series of practical exercises and activities that can be carried out in a short time and do not require greater implementation requirement.

Key Words: disability, adapted physical activity, self-care, quality of life, Comprehensive Rehabilitation, Social Inclusion, public forces, veterans.

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras	XIII
Introducción	1
1. Esquematización Temática	5
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Preguntas de investigación	8
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo general	9
1.3.2 Objetivos específicos	9
1.4 Antecedentes	9
1.5 Justificación de la investigación	9
2. Antecedentes conceptuales	15
2.1 Definición de conflicto armado	18
2.2 Definición de víctima	19
2.3 Dignidad humana fuentes y nacimiento	20
2.4 Tejido social	22
2.5 Tejido de paz	24
2.6 Rehabilitación	25
2.7 Calidad de vida	28
2.8 Discapacidad	30
2.9 Actividad física	32
2.9.1 Actividad física adaptada	33
2.9.2 Principales beneficios de la actividad física adaptada	36
2.10 Autocuidado	37
2.11 Actividad física, calidad de vida y autocuidado en la fuerza pública	39
2.11.1 Desarrollo de la paz a nivel mundial	39
2.11.2 Desarrollo de la paz en América Latina	40
2.11.3 Colombia y la construcción de paz	41
2.11.4 Colombia en el camino hacia la paz	41
2.11.5 La cultura de la paz	43
2.11.6 Construcción de Catedra de la paz en Colombia	44
2.11.7 La construcción de paz en la DIVRI	46
2.11.8 Política de Discapacidad de las fuerzas Públicas de Colombia	47
2.12 Metodología	49
3. Conversaciones	51
3.1 La calidad de vida subjetiva en la práctica de la actividad física de los veteranos	51

Contenido	XI
3.1.1 Barrera Internas.....	52
3.1.2 Barrera Externas.....	62
3.1.3 Facilitadores	63
4. Conclusiones y recomendaciones	77
A. Anexo: Formato de Entrevistas.....	83
B. Anexo: Normograma de las fuerzas públicas	89
C. Anexo: Beneficios de la actividad física adaptada.....	125
Bibliografía	126

Lista de figuras

	Pág.
Figura 2-1 Rangos de miembros de fuerza pública heridos en servicio	15
Figura 2-2 Número de casos reportados de miembros de Fuerza Pública heridos en servicio.....	16
Figura 2-3 Víctimas de Minas antipersonal y artefactos explosivos abandonados	16
Figura 2-4 Diagrama multidimensional de la paz.....	44
Figura 2-5 Dimensiones de la cátedra para la paz	45
Figura 2-6 Política pública de Discapacidad del sector de seguridad y defensa	48
Figura 3-1 El modelo ecológico de la actividad física. De Sallis J.F., Cervero R.B., Ascher W., Henderson K.A., Kraft M.K., & Kerr J. (2006).....	67

Introducción

Colombia ha tenido una historia marcada por diferentes formas de violencia que la han afectado de manera significativa. En el contexto del conflicto armado, la población colombiana ha experimentado en las últimas seis décadas un elevado número de violaciones a los Derechos Humanos (D.D.H.H). El Registro Único de Víctimas-RUV, reconoce hasta el 1ro de agosto del 2023 la existencia de 9.520.277 víctimas, cifra que continúa aumentando.

Debido a esta situación y debido a su participación dentro de los diferentes escenarios coyunturales o de violencia del país, los integrantes de la Fuerza Pública (Ejército Nacional, Armada Nacional, Fuerza Aérea Colombiana y Policía Nacional) han sido fuertemente afectados por las acciones subversivas que se dan dentro del conflicto. Esto ha dejado en consecuencia un número significativo de personas con discapacidad que necesitan una rehabilitación integral física, psicológica y comunitaria.

Según el informe del Ministerio de Defensa Nacional (en adelante MDN) presentado en 2015, la población con discapacidad en la Fuerza Pública está representada en su gran mayoría por el Ejército Nacional y la Policía Nacional (79%). Reflejando que este personal estuvo expuesto a un mayor riesgo en ocasión del cumplimiento de la misión institucional. En relación con la discapacidad adquirida en servicio activo, el MDN reporta 9.576 uniformados, equivalentes al 2,18% de los miembros de la Fuerza Pública vinculados al conflicto y expuestos a los riesgos propios de la operación militar. Ante esta situación, el MDN encontró serios obstáculos al momento de apoyar adecuadamente a su personal, debido a que carecía de un sistema de atención integral para hacer frente a la problemática, ya que la normativa que regía el tema sólo permitía desarrollar procesos de rehabilitación funcional.

A pesar de que en el año 2009 se expidió el documento CONPES 3591; titulado “Sistema de Rehabilitación Integral para la Fuerza Pública”, que contribuyó a consolidar el Sistema de

Protección Social y guiar el proceso de articulación sectorial en materia de discapacidad y rehabilitación presentando lineamientos y recomendaciones que posibilitaron el avance hacia un sistema de rehabilitación integral para los miembros de la Fuerza Pública con discapacidad, abriendo las puertas para la creación del Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI), (Crespo, 2017); no se ha materializado la rehabilitación integral de los soldados con discapacidad debido a que dicho proceso no ha logrado trascender hasta el ámbito comunitario.

Según Vásquez Barrios (2008), la discapacidad es un fenómeno multidimensional y multifactorial, donde la desigualdad y la pobreza vienen a constituir factores adicionales que la generan, facilitan o perpetúan. Aunado a esto, existen otras causas que producen discapacidades, entre ellas, la que interesa al presente escrito, a saber: la guerra (Vásquez Barrios, 2008).

En el contexto de la discapacidad, la rehabilitación integral, según nos indica Vásquez Barrios (2008), se soporta en los principios de intersectorialidad, descentralización, participación social y programación comunitaria, por lo tanto, adquiere una gran importancia la “Rehabilitación basada en Comunidad” (RBC), la cual va más allá de la simple rehabilitación funcional, en tanto que constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad.

La Rehabilitación Basada en Comunidad RBC se lleva a cabo mediante los esfuerzos combinados de las personas con discapacidad, sus familias, las comunidades y los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes (UNESCO *et al.* 1994). La OMS, desde 1994, viene favoreciendo la salud inclusiva, la cual consiste en que todos los individuos puedan recibir atención en salud con independencia de su deficiencia, género, edad, raza, religión y condición socioeconómica. Para asegurar esto, los proveedores de servicios de atención en salud, en este caso el régimen especial que da cobertura a las Fuerzas Armadas de Colombia necesitará, aparte de adoptar una actitud positiva frente a la discapacidad de las personas, fortalecer las destrezas apropiadas para su manejo. En otras palabras, deben contar con los procedimientos y programas para cubrir las necesidades de atención requeridas y, adicionalmente, evitar toda forma de discriminación activa o pasiva en contra de estas.

Así, desde una perspectiva básica de la rehabilitación, se considera a la experiencia que la discapacidad provoca como un factor significativo que converge en la calidad de vida de los veteranos afectados. Por ello, es indispensable pensar este asunto en conjunto con las nociones de actividad física, autocuidado y calidad de vida, favoreciendo los procesos de reconciliación y equiparación de oportunidades mediante el empoderamiento, la resiliencia y la resolución de conflictos, lo que abriría la posibilidad de una verdadera rehabilitación integral que disminuya los embates de las discapacidades que sienten los funcionarios de la Fuerza Pública y que fueron ocasionadas en el desarrollo del conflicto armado.

De conformidad con lo anterior, el principal objetivo de esta investigación radica en observar a la luz de la actividad física, el autocuidado y la calidad de vida, la normatividad vigente relacionada con la rehabilitación de las personas con discapacidad en la Fuerza Armada de Colombia, reconstruyendo las experiencias de una muestra de veteranos que han participado en procesos de inclusión social y rehabilitación, dentro de la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI) Antes llamado Dirección de rehabilitación Inclusiva DCRI, mediante un análisis cualitativo hermenéutico y un procedimiento comparativo entre la teoría y la práctica, En cuanto al problema que guiará el desarrollo de la investigación, el mismo se sintetiza en la siguiente pregunta: ¿En el marco del posconflicto, cómo contribuyen la actividad física y el autocuidado a la mejora en la calidad de vida de las personas con discapacidad física pertenecientes a la Fuerza Pública del Ministerio de Defensa Nacional en Colombia? Seguidamente, se pretenderá develar el estado real del panorama actual correspondiente a la población en cuestión, y, finalmente, aportar el esbozo de un diseño de cartilla práctica de ejercicios y recomendaciones que fortalezcan y contribuyan con la atención a dichas personas y a conseguir la meta de la rehabilitación integral.

Por ende, la investigación que aquí se propone tiene como punto de partida la revisión documental, que incluye la búsqueda sistemática en bases de datos y la revisión bibliográfica. Esta primera fase brinda información general sobre las personas con discapacidad física que fueron víctimas de conflicto armado en Colombia pertenecientes a la Fuerzas Pública que hacen parte de los programas de rehabilitación de la (DIVRI). En un segundo momento se realiza un análisis de los resultados basado en enfoques teóricos, tratándose de una investigación cualitativa y descriptiva de tipo hermenéutico que incluye la realización de entrevistas dirigidas a veteranos víctimas del conflicto armado. Por último, se propone una alternativa de solución, a las barreras encontradas, la cual consiste en generar los materiales necesarios para la posterior publicación de una cartilla sobre actividad física adaptada, autocuidado y calidad de vida para la paz.

En concordancia, el cuerpo del presente escrito está constituido por cuatro apartados principales, a saber: El primero, titulado Esquematización temática; que da cuenta de los componentes estructurales del documento. El segundo, titulado Antecedentes conceptuales; en el cual se puntualizan las definiciones pertinentes, se estudia la normatividad relacionada al tema y se perfilan los conceptos fundamentales en torno a la temática principal. El tercero, titulado Conversaciones; en el cual exponen las entrevistas a los Veteranos y el resultado de su análisis. El cuarto, titulado Conclusiones y recomendaciones; donde se enuncian los hallazgos resultantes del proceso hermenéutico y comparativo, y finalmente, se propone el esbozo de la cartilla.

1. Esquematización Temática

A continuación se describen cada uno de los apartados trabajados en el proceso de investigación.

1.1 Planteamiento del problema

Colombia ha tenido una historia marcada por diferentes hechos y formas de violencia que han afectado de manera significativa sus escenarios económicos, políticos y sociales. En el contexto del conflicto armado, la población colombiana ha experimentado en las últimas seis décadas un elevado número de violaciones a los Derechos Humanos (D.D.H.H). El Registro Único de Víctimas-RUV, reconoce a 2023 la existencia de 7.557.204 víctimas sujetos de atención, de las cuales 6.154.566 corresponden a población entre los 18 y 60 años de edad, de las cuales 203.688 corresponde a lesiones causada por minas antipersona, atentados y enfrentamientos.

Dada esta situación y debido a su participación dentro de los diferentes escenarios coyunturales o de violencia del país, los integrantes de la Fuerza Pública (Ejército Nacional, Armada Nacional, Fuerza Aérea Colombiana y Policía Nacional) han sido fuertemente afectados por las acciones subversivas que se dan dentro del conflicto armado. Esto ha dejado como trágica consecuencia un número significativo de personas con discapacidad y que necesitan de una rehabilitación integral desde lo físico, lo psicológico y lo económico.

Según un informe del Ministerio de Defensa Nacional (en adelante MDN) presentado en 2015, la población en condición de discapacidad en la Fuerza Pública está representada en su gran mayoría por el Ejército Nacional y la Policía Nacional (79%). Lo que refleja que este personal estuvo expuesto a un mayor riesgo en ocasión del cumplimiento de la misión institucional. En relación con la discapacidad adquirida en servicio activo, el MDN reporta 9.576 uniformados, equivalentes al 2,18% de los miembros de la Fuerza Pública vinculados al conflicto armado y expuestos a los riesgos propios de la operación militar o policía. Las estructuras que con mayor frecuencia se ven comprometidas en miembros de la fuerza

Pública son las del sistema músculo esquelético, seguidas por las del sistema nervioso, cardiovascular, inmunológico, respiratorio y visual.

Lo anterior lleva a reflexionar sobre la situación de discapacidad en la Fuerza Pública y la necesidad de dar una respuesta a esta situación a partir de lo expuesto en el documento CONPES 3591 de 2009, cuyo interés radica en lograr la rehabilitación integral de las personas con discapacidad e implementar estrategias que permitan la inclusión, el desarrollo del autocuidado y el empoderamiento de las víctimas del conflicto armado.

El 25 de septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas ONU, promulgó la agenda 2030, denominada para el Desarrollo Sostenible (ONU, 2015). Consiste en un nuevo marco mundial para redirigir a la población mundial, hacia un camino sostenible. Esta se encuentra compuesta por objetivos en el marco de la igualdad, pobreza, medio ambiente, etc. En su inciso número 16: “Paz, justicia e instituciones sólidas – Promover sociedades, justas, pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, proporcionar a todas las personas acceso a la justicia y desarrollar instituciones eficaces, responsables e inclusivas en todos los niveles” ((ONU, Economic and Social Council, 2020))

Colombia en respuesta a la estrategia y a su interés por acabar con la guerra y fomentar la paz en todas las regiones, mediante el (República de Colombia, 2015), reglamenta la Cátedra de la Paz, que busca dar respuesta a las necesidades de las víctimas de conflicto armado y a su reparación, reconciliación y por consiguiente la paz. Una paz que desde el artículo 22 de la Constitución Política de 1991, se trata, buscando la paz a nivel de todo el territorio Nacional para los colombianos.

Desde el 2015 Colombia da inicio al proceso de paz entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo. (Colombia, 2016). Dentro del marco del posconflicto se establecen una serie de medidas para lograr alcanzar el objetivo y las garantías a todas las personas que ha padecido la guerra y que han sido sobrevivientes de varios hechos ocurridos y de secuelas ocasionadas por la guerra.

Mediante la Ley 1448 de 2011 la cual dicta atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se ordena la creación de un amplio sistema de garantías para proteger, asistir, atender y reparar integralmente a las víctimas del conflicto además de otras disposiciones como son que las personas que, por su edad, género, grupo étnico, o situación de discapacidad han sufrido con mayor rigor los efectos del conflicto, deben recibir igualmente un tratamiento especial en materia de atención, asistencia y reparación.

Por todo lo anterior existen en Colombia grupos que por el ejercicio de sus funciones como lo son nuestras fuerzas públicas, son los más afectados por la intrusión de la guerra y que gracias a la creación y el compromiso de instituciones como la Dirección del Centro de Rehabilitación Inclusiva (DCRI); hoy en día llamada Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI), del Ministerio de Defensa Nacional, surgen alternativas de intervención y manejo en todas las fases del proceso de rehabilitación e inclusión de las cuales con su experiencia podemos adquirir herramientas metodológicas y obtener información importante que permitan mejorar la atención víctimas de conflicto armado que se encuentran con discapacidad o presenten situaciones de vulnerabilidad.

En este aspecto, la investigación que aquí se propone se perfila en el ámbito de la atención, que según la Ley 1448 de 2011, se les debe ofrecer a las víctimas del conflicto armado y, específicamente, a las personas con discapacidad de las Fuerza Pública, al que se dirige el presente trabajo y el cual pretende responder a las necesidades actuales de la población.

El trabajo aquí propuesto busca ofrecer un análisis básico de la discapacidad y explicar cómo esta influye en la calidad de vida de las víctimas del conflicto armado. Así mismo, se presentan estrategias de actividad física, autocuidado y calidad de vida que pretenden mejorar las condiciones tanto físicas, como psicologías de las personas con Discapacidad funcionarios de la Fuerza Pública y que fueron afectada en el ejercicio de su función en el desarrollo del conflicto armado. Esto se logrará mediante la recolección de información y el acompañamiento en la elaboración de cartillas didácticas con contenidos que se encuentran en consonancia con los hallazgos que se pueden presentar en el desarrollo de este trabajo.

Se reitera que la información recolectada para elaborar las cartillas se relaciona con temas de actividad física, autocuidado y calidad de vida en el marco de la construcción de una paz estable y duradera en un escenario de posconflicto.

En cuanto al problema que guiará el desarrollo de la investigación, el mismo se sintetiza en la siguiente pregunta:

¿En el marco del posconflicto, cómo contribuyen la actividad física y el autocuidado a la mejora en la calidad de vida de las PcD física pertenecientes a la Fuerza Pública del Ministerio de Defensa Nacional en Colombia?

1.2 Preguntas de investigación

La anterior formulación del problema lleva al planteamiento de las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué beneficios genera la actividad física en el proceso de rehabilitación inclusiva de los miembros de la Fuerza Pública que han sufrido discapacidades físicas a causa del conflicto armado?
2. ¿Qué beneficios en el autocuidado se pueden obtener en el proceso de rehabilitación inclusiva de los miembros de la Fuerza Pública con discapacidad física a causa del conflicto armado?
3. ¿Cuál es el impacto de la actividad física y el autocuidado en la calidad de vida y en el proceso de rehabilitación inclusiva de los miembros de la Fuerza Pública con discapacidad física a causas del conflicto armado?
- 4.- ¿Cómo se debe elaborar una estrategia para la rehabilitación inclusiva en exintegrantes de la Fuerza Pública utilizando la actividad física y el autocuidado para mejorar su calidad de vida?

1.3 Objetivos

Para dar solución a las anteriores interrogantes se proponen los siguientes objetivos generales y específicos:

1.3.1 Objetivo general

Reconstruir las experiencias de los exintegrantes de la Fuerza Pública que han participado en procesos de inclusión social y rehabilitación integral basados en actividad física, autocuidado y calidad de vida.

1.3.2 Objetivos específicos

- Describir las vivencias y aportes de los miembros de la Fuerza Pública en la construcción de un proceso de rehabilitación inclusiva en el posconflicto armado dentro del marco de construcción de paz.
- Analizar cómo los diferentes actores perciben los avances, retrocesos, aportes y fortalezas de los procesos de rehabilitación inclusiva vivenciados.
- Orientar el proceso de diseño y construcción de una cartilla didáctica con actividades funcionales para el tratamiento de las discapacidades de los miembros de la Fuerza Pública en el posconflicto y dentro del marco de construcción de paz.

1.4 Antecedentes

La actividad física a lo largo de la historia ha tenido un papel central en la vida de las culturas antiguas sobre todo los griegos y romanos. El médico romano Galeno (129- 210 d.C.) elogiaba las virtudes del deporte junto con Hipócrates (460 – c. 370 a. C.) fue uno de los primeros en hablar sobre los beneficios del ejercicio (o movimiento) como tratamiento para mantener o recuperar la salud. En la Edad Media, aparece Moisés Maimónides (Rambam), médico, teólogo y filósofo español del siglo XII, que tuvo un gran impacto en el mundo judío y árabe, elogió el ejercicio como un factor protector frente a la enfermedad muchos otros precursores de la práctica de la actividad física, en el mundo que permite contrarrestar la importancia a lo largo del tiempo y de sus beneficios. (Antonio, 2019). Hasta mediados del siglo XX (W., 1960), para las enfermedades psiquiátricas se reconoció con un estudio sistemático la práctica del ejercicio como una modalidad terapéutica potencial para la depresión. Desde aquí se han surgido numerosos estudios fortaleciendo los beneficios de la práctica de la misma a lo largo de estos últimos años. (Ross; 2023).

La Organización Mundial de la Salud (2018) define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiere gasto de energía, incluidas las actividades realizadas mientras se trabaja, se juega, se llevan a cabo tareas domésticas, viajes y actividades recreativas. Debido a sus variadas ventajas, la actividad física ahora se acepta universalmente como un derecho humano, tal como se aprecia en la Carta Internacional de Educación Física y Deporte (UNESCO, 2018). Igualmente, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha establecido la Oficina de

las Naciones Unidas para el Deporte Desarrollo y Paz – UNOSDP (2011) como responsable de respaldar el deporte como vehículo para lograr la paz y el desarrollo (Kwauk, 2011)

En el contexto global existen iniciativas como Salud y Desarrollo, de la Organización Mundial de la Salud a través de Actividad física y deporte (OMS, 2003), la adopción del Comité Olímpico Internacional de la Carta Olímpica el 7 de julio de 2007 y la Convención de 2009 de la Organización de las Naciones Unidas; la Organización Mundial de la Salud y los derechos de las personas con discapacidad (artículo 30.5), permiten la participación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás en actividades recreativas, de esparcimiento y actividades deportivas (ONU, 2018). Todas estas iniciativas han enfatizado sobre la necesidad de participar en la actividad física como método de rehabilitación para mantener una buena salud (Basha y van Heerden, 2020).

Optimizar la actividad física podría generar beneficios alrededor de la calidad de vida de los veteranos integrantes del DIVRI, a saber: reforzando y manteniendo una buena condición física. Además ayuda al control del peso, a la salud cardiovascular, al fortalecimiento muscular, mantenimiento de la densidad ósea y aumento de la flexibilidad. Lo anterior es esencial para los veteranos que sufrieron lesiones durante su servicio, otros beneficios a nivel social es la participación e Integración Social, en donde de manera grupal o individual permite mejorar las oportunidades para la interacción después de volver a la vida civil. (Voorendonk, 2022)

Igualmente Iniciar y mantener la práctica de actividad física sirve para mejorar la calidad del sueño, lo que es indispensable para la salud en general. Numerosos veteranos sufren problemas relacionados con el sueño y la actividad física es una opción no farmacológica para afrontar y coadyuvar a aliviar los síntomas. Por otra parte, a nivel psicológico, la actividad física ayuda a mejorar la autoestima y la confianza, superando barreras para alcanzar las metas y mejorando la autoestima especialmente cuando se presentan secuelas de enfermedad y discapacidad física. (Mira, 2023)

1.5 Justificación de la investigación

Cada año, cientos de personas, víctimas del conflicto armado en Colombia padecen graves consecuencias psicológicas y físicas. Sin embargo, se espera que tras la firma de los acuerdos de Paz el número disminuya; sin embargo, se prevé que se seguirán presentando nuevos casos, muchos de ellos debido a los artefactos explosivos sin explotar y minas antipersonales convencionales y artesanales dejadas por los diferentes grupos armados participantes en el conflicto.

A lo anterior se unen las secuelas de orden psicológico y las afectaciones sobre la salud, producto de los grandes esfuerzos físicos y el intenso estrés vividos por los funcionarios de la Fuerza Pública. Situaciones que, según experiencias de conflictos en otros lugares del mundo –Yugoslavia entre 1991 y 1999, en Bosnia y Herzegovina– (Kaufman JP, 2016) pueden relacionarse con el surgimiento de condiciones de enfermedades que conllevan grandes riesgos para estas personas y a su vez a quienes les rodean. Estas condiciones son una barrera para la total y plena reincorporación e inclusión a la vida civil. Con base en lo anterior, se requieren propuestas de intervención que atiendan a todas las víctimas que necesitan un soporte clínico, social y económico a largo plazo, donde la creación de centros de atención humanizados integrales y de rehabilitación específica y especializada, tenga lugar para empezar a reconstruir el tejido social en el marco del posacuerdo y el posconflicto

En el ámbito internacional existen pocas experiencias en materia de programas de rehabilitación que apunten de forma específica a las personas con discapacidad de la Fuerza Pública. En España, en 2016, se creó la Oficina de Atención a la Discapacidad en las Fuerzas Armadas para asesorar al personal militar en su integración a la sociedad. Para lograr su cometido esta oficina trabaja conjuntamente con las organizaciones y organismos clave en este ámbito, como son la Asociación Española de Militares y Guardias Civiles con Discapacidad (ACIME); el Real Patronato sobre Discapacidad; la Fundación ONCE y CERM en consonancia con los lineamientos de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (Ministerio de Defensa de España, 2020).

Los Estados Unidos de Norteamérica tienen la experiencia de más larga data con el programa de veteranos del gobierno, que atiende a las personas con discapacidad que pertenecen o pertenecieron a las fuerzas militares. Este programa se encuentra totalmente dirigido a la inclusión social sin dejar de lado la rehabilitación funcional, en este sentido, se conjugan los gustos, habilidades e intereses de las PcD y la destinación de recursos para su materialización. Dentro de los beneficios a los que pueden acceder los veteranos se destacan: oportunidades de educación, subsidio por compensación, rehabilitación profesional y empleo, y acondicionamiento de vivienda, entre otros. El programa es apoyado por diferentes empresas y fundaciones civiles norteamericanas (Fundación Ideas Para la Paz y Cámara de Comercio de Bogotá, 2018).

En 1919, en el Reino Unido fue creada la Sociedad de Bienestar de Veteranos para brindar atención a veteranos de guerra y sus familias cuando hubiesen sufrido traumas mentales como consecuencia de combates. Esta Sociedad cuenta con un Plan Integral de Cuidado que busca reprocesar las experiencias emocionalmente traumáticas a través del manejo de la ansiedad y la ira, técnicas de relajación, terapia ocupacional y habilidades sociales, entre otras. La pensión de guerra solamente pueden cobrarla los veteranos que hayan adquirido algún tipo de discapacidad (calculada por niveles), los huérfanos y las viudas/os (Fundación Ideas Para la Paz y Cámara de Comercio de Bogotá, 2018).

En América Latina los derechos de las PcD de las fuerzas armadas se encuentran incorporados en la política general de los países y no se conocen desarrollos específicos para esta población. Por esto se deben considerar los documentos construidos desde la comunidad internacional: la *Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad* (OEA, 1999) y la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (ONU, 2006).

Con la finalidad de contribuir a la construcción de una sociedad inclusiva desde la perspectiva de discapacidad, en Chile, la ANID presenta orientaciones para el diseño de las políticas públicas que promueven, protegen y aseguran el goce pleno de los derechos de las personas con discapacidad, con principios de igualdad y no discriminación.

Dicha iniciativa que incluyó en uno de sus apartados a las fuerzas armadas y de policía para precisar que la prestación de servicios sanitarios se realiza a través de instituciones estatales como la Junta de Beneficencia, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), sin embargo, se reconoce que no existe un plan de atención que integre los diferentes aspectos del aseguramiento y concesión de prestaciones dirigidos a esta población.

En Colombia la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI) fue financiado a través de un convenio con el Gobierno de Corea a través de la Agencia Internacional para la Cooperación de Corea Koica (por sus siglas en inglés) y surge de la necesidad de establecer un sitio con un entorno diferencial al contexto de la salud para los miembros de la Fuerza Pública con discapacidad, en el que puedan realizar los procesos de formación y capacitación, hacia la inclusión familiar, social, cultural y laboral. El 20 de febrero de 2013 se puso la primera piedra y sus puertas se abrieron a partir del 29 de agosto de 2016.

Los costos administrativos y de funcionamiento del Centro fueron cubiertos por el Ministerio de Defensa y, en la actualidad, la mayoría de los componentes de los programas del Modelo de Rehabilitación se ejecutan para los usuarios la entidad, amparados en la Ley 1471 de 2011, que incluye a los miembros de la Fuerza Pública con discapacidad, veteranos y veteranos de la Guerra de Corea, beneficiarios mayores de 18 años con discapacidad, personal civil del Ministerio de Defensa, personal acogido a la Jurisdicción Especial para la Paz, entre otros.

El Centro se creó mediante un acto administrativo como dependencia del Ministerio de Defensa Nacional, y tiene por objetivo propender por la rehabilitación inclusiva de los uniformados con discapacidad en el entorno familiar, social y laboral. Cumple, además, con la Política de Discapacidad para el Sector de Seguridad y Defensa, implementando políticas y dirigiendo la ejecución de planes y programas referentes a la tercera fase: la de rehabilitación inclusiva (Vicepresidencia de la República de Colombia, 2010).

La relación entre la paz y bienestar es un tema que posee pocos antecedentes, por esto se propone una investigación que los aborde y tenga en cuenta las afectaciones producidas por la violencia sociopolítica prolongada en Colombia, que generó un alto número de víctimas, muchas de las cuales sufrieron un continuo proceso de desplazamiento interno y de estigmatización y discriminación, que se hizo especialmente evidente durante las dos últimas décadas: el desplazamiento afectó y afecta en forma importante el bienestar general y la calidad de vida de estas personas (Campo-Arias A, 2014).

Es por esta razón que se considera importante colaborar en el diseño de una cartilla que sirva como herramienta de formación en relación con el eje temático de proyecto de vida. Texto que deberá construirse de acuerdo con la reglamentación que en virtud de la Ley 1732 de 2014 se expida para la población en condición de discapacidad a cargo de la DIVRI.

El contenido de la cartilla permitirá saber, aprender y actuar sobre la actividad física adaptada como proyecto de vida. Se deberá tener en cuenta el impacto que generan el deporte, la recreación y la actividad física sobre la sociedad, en especial cuando los atletas se convierten en modelos a seguir: desde el Ministerio del Deporte se viene generando una cultura en pro de este tipo de intervenciones mediante la política pública contenida en el Decreto 641 de 2001, donde Coldeportes, en el marco de los principios constitucionales, legales y del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, reconoce el deporte, la recreación, la actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre como elementos fundamentales en la transformación del tejido social y la Paz en Colombia (Coldeportes, 2018).

2. Antecedentes Conceptuales

Según Crespo (2017), la población con discapacidad en la Fuerza Pública está representada en su gran mayoría por personal perteneciente al Ejército Nacional y la Policía Nacional (79%). La fuerza pública, según el artículo 216, capítulo 7 de la Constitución Política de Colombia, está integrada en forma exclusiva por las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. El ejercito tiene por misión constitucional la “defensa de la soberanía, la independencia, la integridad, del territorio Nacional y de orden constitucional”, convirtiéndolo susceptible a presenta mayor exposición al riesgo, diferente a la misión de la policía, que es de naturaleza civil (Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 5).

En el periodo el 2010-2023 la Fuerza Pública se encontraba integrada, en su gran mayoría, por población perteneciente al Ejército Nacional con un 49,5%; seguido de la Policía Nacional, con un 40%. Son mayoritariamente soldados los miembros de la fuerza pública heridos en servicio. 25 casos de heridos en servicio fueron reportados entre enero y marzo del 2023, comparados con 79 casos en el periodo inmediatamente anterior (ver figura 2-1). Se evidencia, por lo tanto, a lo largo de un año, la disminución en los registros para el trimestre indicado del 68% de los casos reportados:

Figura 2-1 Rangos de miembros de fuerza pública heridos en servicio.

Variación corrido del año

	Ene-Mar 2022	Ene-Mar 2023	Var. Abs.	Var. %
AGENTE	0	0	0	
AUXILIAR BACHILLER	7	3	-4	-57%
AUXILIAR REGULAR	2	0	-2	-100%
NIVEL EJECUTIVO	95	47	-48	-51%
OFICIALES	9	5	-4	-44%
SOLDADOS	79	25	-54	-68%
SUBOFICIALES	14	4	-10	-71%
CIVILES	0	0	0	
ALUMNOS	0	0	0	
TOTAL	206	84	-122	-59%

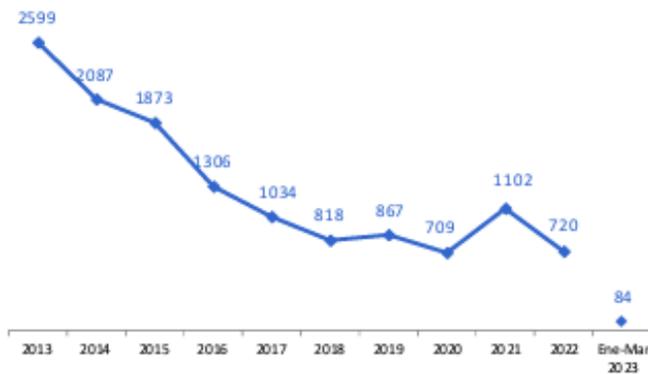
Fuente: Comando General de las Fuerzas Militares y Policía Nacional

Fuente: Comando General de las Fuerzas Militares y Policía Nacional - Seguimiento a Indicadores de la Fuerza Pública MDN, enero de 2023

En el último informe de indicadores se evidencia la cifra descendente de los heridos en actos de servicio pertenecientes a la Fuerza Pública:

Figura 2-2 Número de casos reportados de miembros de Fuerza Pública heridos en servicio.

Histórico nacional



Fuente: Comando General de las Fuerzas Militares y Policía Nacional - Seguimiento a Indicadores de la Fuerza Pública MDN, enero de 2023

En la actualidad se puede considerar que los índices de casos continúan siendo altos. En el Ejército Nacional la discapacidad se generó en un 44,1% de los casos por el conflicto armado, en un 19,1 % por enfermedad en general, en un 17,8 % por accidente y en un 19 % por otras causas. Las minas antipersonas son la causa más destacada en el último trimestre con un 16% de casos reportados, en los cuales el género masculino es el más afectado:

Figura 2-3 Víctimas de Minas antipersonal y artefactos explosivos abandonados

Variación corrido del año

Ene-Mar 2022	Ene-Mar 2023	Var. Abs.	Var. %
37	31	-6	-16%

Fuente: Comando General de las Fuerzas Militares y Policía Nacional - Seguimiento a Indicadores de la Fuerza Pública MDN, enero de 2023

En relación con el tipo de discapacidad adquirida en servicio activo, el MDN reporta que el 62% de estos casos (5.938) corresponde a discapacidad motora, seguida de cognitiva con un 17% (1.627 casos), mental 9% (862 casos), múltiple 7% (670 casos) y sensorial 5% (479 casos). Las estructuras que con mayor frecuencia se ven comprometidas en miembros de la Fuerza Pública son las del sistema musculoesquelética, seguidas por las del sistema nervioso, cardiovascular, inmunológico, respiratorio y visual (Crespo, 2017). El Centro Nacional de Memoria Histórica señala que las víctimas directas del conflicto fueron combatientes; entre ellos, miembros de Fuerza Pública (49% del total de las víctimas) y de Grupos Armados ilegales (CNMH, 2013, p. 17). Desde 1990 hasta el 31 de marzo de 2017, la Dirección para la Acción Integral Contra Minas Antipersonal (DAICMA) registró un total de 11.481 víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y Remanentes Explosivos de Guerra (REG) (DNP, 2009), de las cuales 7.028 son de la Fuerza Pública y 4.453 civiles: Se entiende como el conjunto de atentados, afectaciones e incidentes que ocurrieron y que causaron daño o que tuvieron el potencial de hacerlo, los eventos de Minas Antipersonal (MAP), Municiones Sin Explotar (MUSE) y Artefactos Explosivos Improvisado (AEI), Los atentados son los acontecimientos causados por MAP y AEI, que causaron daño físico y/o psicológico a una o más personas; mientras que las afectaciones son los hechos ocurridos por MUSE. Por su parte, los incidentes (o peligros) son los acontecimientos relacionados con minas (MAP, MUSE y AEI), que tienen el potencial de materializarse como ataques y producir afectaciones, incluidos las incautaciones y la desactivación de campos minados. (DNP, 2009).

Los datos de víctimas de minas/REG (Restos Explosivos de Guerra) para la República de Colombia, de la Dirección para la Acción Integral Contra Minas Antipersonal (DAICMA), señalan que para 2017 se registraron 52 víctimas de minas (Landmine & Cluster Munition/Monitor, 2018). Esto significa una disminución con respecto a 2016, y continuó una disminución en el número total anual de víctimas con respecto a años anteriores. En 2017 las víctimas registradas corresponden a los 10 departamentos relacionados a continuación: Antioquia, Arauca, Bolívar, Caquetá, Cauca, Choco, Guaviare, Meta, Nariño y Norte de Santander.

Colombia registra un total de 36.568 eventos que han generado 11.801 víctimas desde el año 1990 hasta diciembre de 2019. El año 2006 se presentó como el más crítico con una cifra superior a las 1.228 víctimas. Si bien, tal como ya se ha mencionado y se confirma con la información reportada por el MDN, en la última década la tendencia de las estadísticas es a la disminución, entre el 2017-2018 este comportamiento se modificó al pasar de 57 a 178 víctimas, lo que equivale a un aumento del 212%. Esto ha ubicado a Colombia entre los países con mayor número de víctimas en todo el mundo, según cifras reportadas por la MAP y MUSE, tan solo superada por los conflictos presentados en Yemen, Afganistán, Libia, Ucrania, Siria, Myanmar, Pakistán, Mali e Iraq (Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2020), si la tendencia para los últimos años es disminuir, no podemos dejar de pensar en las personas que tenemos en procesos posteriores y en este momento en atención por secuelas del conflicto, que es preciso reincorporar a su vida civil de manera exitosa.

Es por esta razón surge una posible manera de realizar esa reincorporación, mediante la actividad física término que desde la época de Platón se conoce, el antiguo filósofo griego dio a conocer la importancia de la Actividad física afirmando que *“la falta de actividad destruye el buen estado de cada ser humano, mientras que el movimiento y el ejercicio físico metódico lo salvan y preservan”* (Dhuli K, 2022) siendo la actividad física "cualquier movimiento corporal generado por los músculos esqueléticos a expensas de la utilización de energía". Desde entonces la lucha incansable de muchos países por combatir el sedentarismo y prevenir enfermedades crónicas y sus secuelas, se vuelve una necesidad de los gobiernos para establecer las recomendaciones y directrices que conlleven a la práctica de la actividad física y su mantenimiento en todos los ciclos vitales.

En 1995 aparece el colegio Americano de medicina del deporte, con recomendaciones por paneles de expertos en tema de actividad física en adultos los cuales hacen énfasis de los beneficios de la práctica en la salud, para mejorar la condición física personal, reducir su riesgo de enfermedades crónicas y discapacidades o prevenir un aumento de peso no saludable, la cual se ha ido modificando hasta el 2007 (Haskell W. L., 2007) En el 2010 el ABC para actividad física con la asociación británica las recomendaciones son similares con la diferencia de que ofrecen tres niveles para abarcar la mayor parte de la población, la categoría A es para todos los adultos sanos, la categoría B es para principiantes y la categoría C es para personas condicionadas. Para los estadounidenses las pautas se basan en la revisión de la evidencia sobre la práctica de actividad física por ciclos vitales Los niños en edad preescolar (de 3 a 5 años), Los niños y adolescentes de 6 a 17 años,

los adultos mayores y es la primera que incluye los adultos con enfermedades crónicas o discapacidades. A esta inicia se le une el gobierno canadiense con las directrices para niños y jóvenes (de 5 a 17 años) en 2016 (Tremblay M.S., 2016) y en el 2017 para los primeros años (de 0 a 4 años). (Tremblay MS, 2017) y en el 2020 publica las pautas de movimiento de 24 horas para adultos de 18 a 64 años y adultos de 65 años o más: una integración de la actividad física, el comportamiento sedentario y el sueño (Ross, 2020). Otros países como Australia tienen su primera revisión en el 2017 (Okely A.D., 2017) y luego en el 2022 (Okely, 2022). Países como Sudáfrica (Eckermann, 2020) y Nueva Zelanda (Health, 2017). La Organización Mundial de la Salud OMS publicó en 2020 directrices globales actualizadas sobre actividad física y comportamiento sedentario para niños, adolescentes, adultos, adultos mayores y subpoblaciones como mujeres embarazadas y en posparto y quienes viven con enfermedades crónicas o discapacidades. Dando a conocer la importancia de incluir a las personas con discapacidad, por ser una población con alta prevalencia de ser sedentarios (Aitchison, 2020) y como lo destacó el Grupo de Desarrollo de Directrices de AF de la OMS (Brandenburg, 2022), existe una clara necesidad de realizar más investigaciones sobre AF entre adultos con discapacidades físicas/enfermedades crónicas, ya que hasta ahora las recomendaciones propuestas en personas sanas o centradas en patologías cardiovasculares, o alguna patología especial, siendo no solo importante por los beneficios directos para la salud de los adultos con discapacidades físicas, sino también por el impacto en la reducción y prevención de los efectos y secuelas a largo plazo producidos por su patología de base, sino que restaura su función y reduce las complicaciones relacionadas con la enfermedad, el cual hasta el momento siendo el grupo poblacional no incluido hasta ahora en una guía.

Las recomendaciones para América Latina, se realiza una aproximación en el 2008, donde se destaca la necesidad de evaluación rigurosa para las intervenciones que permitan aumentar la AF en América Latina. (ChristineM.Hoehner, 2008). En países como Argentina el manual Director de actividad física y salud de la república de Argentina del 2012, incluye un pequeño anexo donde destaca experiencias, más no recomendaciones de los efectos de la práctica deportiva en la discapacidad motriz adquirida: una mirada desde sus protagonistas (Nación, 2012), para Colombia y específicamente en Bogotá lo último que se evidencia es la guía técnica para orientar la práctica de la Actividad Física comunitaria que se realizó en conjunto la alcaldía de Bogotá y secretaría de integral social con pautas para realizar la actividad en comunidad y los beneficios de la práctica la cual no incluye actividades exclusiva o de inclusión para personas con discapacidad. (D.C., 2020).

En mismo año se publica las recomendaciones de actividad física adaptada una estrategia de promoción de la salud en casa, para la población con discapacidad, la cual es publicada por varias asociaciones de fisioterapia como lo son la Asociación Colombiana de Facultades de Fisioterapia (Ascofafi), Colegio Colombiano de fisioterapia (Colfi), Asociación Colombiana de Fisioterapia (Ascofi), entre otras, las cuales busca “proporcionar recomendaciones y herramientas para la implementación de programas de actividad física adaptada en casa, para la población con discapacidad”. (Camargo D., 2022).

A pesar de los beneficios y los esfuerzos de los países por mejorar la práctica de la actividad física en las personas con discapacidad, aún son más limitados los estudios de excombatientes de la fuerza pública o veteranos que fueron víctimas de guerra, estudios como el (Aitchison, 2020), demostró que la participación deportiva mejora la calidad de vida, aumenta la confianza y proporciona una fuente de motivación para los veteranos con discapacidad impactando en el bienestar y la rehabilitación después de un trauma y facilitando el desarrollo personal pero aclara que hasta la fecha no hay ninguna revisión que explore las experiencias y los beneficios de la participación deportiva a largo plazo en esta población.

Otros estudios más recientes como el holandés (Brandenburg P. H., 2022) incluye 1256 adultos con discapacidades físicas y/o enfermedades crónicas, los cuales realiza un seguimiento al comportamiento de actividad física hasta 1 año después de la rehabilitación donde se demuestra la necesidad de tener un seguimiento a los procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad, pero por la complejidad de la clasificación de las diferentes discapacidades hace que sea más difícil definir un tipo de recomendación general, y hace perentorio realizar más investigaciones para conocer los resultados de la práctica de la AF.

2.1 Definición de conflicto armado

Para el Uppsala Conflict Data Program (Programa de Datos sobre Conflictos de Uppsala), la definición de conflicto armado implica:

“[...] una incompatibilidad impugnada que afecta al gobierno y/o territorio donde el uso de la fuerza armada entre dos partes, de las cuales al menos una es el gobierno de un estado , resulta en al menos 25 muerdes relacionadas con batallas en un año calendario”. (Upsala Universitet 2020).

Para el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), por su parte, definen el conflicto armado en los siguientes términos:

“Todo enfrentamiento de dos grupos armados regulares o irregulares con objetivos incompatibles, que con el uso continuo de la violencia provoca un mínimo de 100 víctimas mortales relacionadas con el enfrentamiento en un año y/o un grave impacto en el territorio (por ejemplo, la destrucción de infraestructuras o recursos naturales) y la seguridad humana (por ejemplo, población civil herida o desplazada, violencia sexual, inseguridad alimentaria, impacto en la salud mental y en el tejido social o interrupción de los servicios básicos); y pretende la consecución de objetivos diferenciados mediante la lucha para acceder al poder o erosionarlo; o el control de los recursos o del territorio”. (ACNUR, 2007 p.19).

2.2 Definición de víctima

En la declaración de los principios fundamentales de justicia de la Naciones Unidas, 1985: se consideran víctimas a las personas que hayan sufrido daños desde las esferas psicológicas, sociales y físicas. Dicha declaración enfatiza también que ser víctima trasciende a las personas que la rodean, que de igual manera sufrieron un menoscabo en su vida por el hecho ocurrido, que tenga relación con la víctima directamente, y considera, el resarcimiento, indemnización y la asistencia como medio de reparación social del afectado.

"Víctimas" a las personas que, individual o colectivamente, hayan sufrido daños, inclusive lesiones físicas o mentales, sufrimiento emocional, pérdida financiera o menoscabo sustancial de los derechos fundamentales, como consecuencia de acciones u omisiones que violen la legislación penal vigente en los Estados Miembros, incluida la que proscribe el abuso de poder" (Naciones Unidas, 1985).

En Colombia la definición de Víctima, aparece más claramente adoptada, en el artículo 5 de la Ley 975 de 2005, "Donde se dictan disposiciones para la reincorporación demiembros de grupos armados organizados al margen de la ley, que contribuyan de manera efectiva a la consecución de la paz nacional y se dictan otras disposiciones para acuerdos humanitarios":

"Se entiende por víctima la persona que individual o colectivamente haya sufrido daños directos tales como lesiones transitorias o permanentes que ocasionen algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial (visual y/o auditiva), sufrimiento emocional, pérdida financiera, o menoscabo de sus derechos fundamentales. Los daños deberán ser consecuencia de acciones que hayan transgredido la legislación penal, realizadas por miembros de grupos armados organizados al margen de la ley". (Congreso de la República de Colombia, 2005 Pag.2).

Con la Ley 1448 de 2011 en su artículo 3, aparece la definición de víctimas de conflicto Armado interno:

"Aquellas personas que individual o colectivamente hayan sufrido un daño por hechos ocurridos a partir del 1º de enero de 1985, como consecuencia de infracciones al Derecho Internacional Humanitario DIH o de violaciones graves y manifiestas a las normas internacionales de Derechos Humanos, ocurridas con ocasión del conflicto armado interno. [...] Adicionalmente, se reconocen al cónyuge, compañero o compañera permanente, pareja del mismo sexo y familiar en primer grado de consanguinidad, Se establece también que, a

falta de estas personas, serán víctimas los que se encuentren en segundo grado de consanguinidad ascendente; las personas que hayan sufrido un menoscabo en sus derechos fundamentales al intervenir para asistir a la víctima en peligro o para prevenir la victimización o sea son víctimas de los sobrevivientes, las familias, las comunidades en el intento de ayudar a la víctima". (Congreso de la República de Colombia, 2011)

La definición de víctima se inicia con un daño causado por un evento ocurrido cualquiera que implique las consecuencias de una guerra prolongada:

“La destrucción de los cimientos del tejido social, los procesos psicológicos como la confianza, la empatía, la regulación emocional, el comportamiento prosocial, la colaboración, la solidaridad y la evaluación simétrica del sufrimiento”, en general el daño a su dignidad Humana y por ende un daño a su calidad de vida (López, 2016 Pag. 150).

2.3 Fuentes y Origen del concepto de dignidad humana

La dignidad Humana es un término que muchos pensadores, filósofos y naciones a lo largo de los años han trabajado. En Colombia el concepto de dignidad Humana aparece en la Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica", 1969, artículo 5, en el que se cita:

“Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano”.

La Constitución Política de Colombia de 1991 establece la dignidad Humana como derecho fundamental, autonomía, libertad e igualdad del ser humano. Posteriormente la sentencia 2002 T-881 es vinculada en tres ámbitos exclusivos del ser humano:

“la autonomía individual (materializada en la posibilidad de elegir un proyecto de vida y de determinarse según esa elección), unas condiciones de vida cualificadas (referidas a las circunstancias materiales necesarias para desarrollar el proyecto de vida) y la intangibilidad del cuerpo y del espíritu (entendida como integridad física y espiritual, presupuesto para la realización del proyecto de vida)”.

La dignidad humana es lo que se halla por encima de todo precio y no se presta a equivalencia alguna, se basa en el principio del respecto como “inexorable precepto de la voluntad” (Kant,1994). Lo que la hace un valor intrínseco, de recibir respeto, para lograr la voluntad, por eso la dignidad humana está íntimamente relacionada con una calidad de

vida subjetiva, por ende no es suficiente la existencia leyes, normas, protocolos de conducta, sino que esta es, una condición intrínseca de un alto estándar y valor de las condiciones humanas que permite vivir con dignidad.

La dignidad ya como se mencionó anteriormente es un algo intangible, se podría deducir que luego se comienza a entrelazar con principios fundamentales que corresponden cada uno a las condiciones básicas de la vida humana y el desarrollo de la vida política. La “vita activa” base de la teoría de la dignidad tiene tres esferas a saber: labor; trabajo y acción. La acción es única y se da en una pluralidad, en el ser social que con libertad, autonomía y dignidad puede participar y desempeñarse en una sociedad. La labor corresponde al proceso biológico del cuerpo humano y está ligado a las necesidades vitales; su condición es la misma vida; el trabajo está asociado a lo no natural de la existencia proporcionando un mundo artificial de las cosas diferente a las circunstancias naturales, su condición es la “mundanidad”, la acción relacionada más con aspectos naturales que se relacionan, con el vivir entre hombres. (Arendt, 2003), para otros autores el desarrollo de la dignidad humana se puede dar siempre y cuando las necesidades básicas se encuentren cubiertas, la necesidad de estudiar “la valoración de las oportunidades que tiene los individuos para vivir bien y los valores causales que influyen en ellas” (Sen, 2000) todo para garantizar la libertad y el libre desarrollo del ser humano en la sociedad y alcanzar su calidad de vida. (Sen, 2000).

La dignidad humana explicada desde la neurociencia, determina que nuestro cerebro en relación con los derechos universales, se encuentra arraigado a la dignidad humana, y nos ofrece desde este enfoque el desarrollo de la autonomía como fuente para alcanzar habilidades humanas que van desde funciones motoras simples hasta hazañas atléticas, habilidades de equilibrio, discriminación visual, aprendizaje perceptivo, biorretroalimentación, abstinencia de drogas, velocidad de lectura, estimación del tiempo o predicción y habilidades cognitivas para la toma de decisiones, entre otros beneficios asociados. Por lo tanto es fundamental el desarrollo de la autonomía para el aprendizaje humano en los dominios tanto como motor, perceptivo, atencional, cognitivo y emocional.

Esto explica que el nacimiento de la dignidad humana subyace en centros superiores cerebrales que intervienen en el comportamiento y afectan aspectos relevantes para el desarrollo de las capacidades. Que la normatividad sea importante para el control, pero

como se dice la dignidad humana es inherente al ser humano y debe ser tratada como tal, para que se logre influir en la calidad de vida, ya que aspectos como la posibilidad de convivir entre hombres (comunidad) y tener necesidades básicas cubiertas permiten un mejor vivir.

Cuando por alguna causa externa, ya sea violencia, guerra, miedo, stress constante o crónico, pobreza, desigualdad, injusticia, etc. se vea afectada su dignidad humana, esta rompe el adecuado equilibrio, e interrumpiendo en los centros cerebrales las respuestas específicas, especialmente en el factor neurotrópico derivado del cerebro causando daño prolongado en la cognición, regulación emocional, daño físico, daño en la memoria sobre todo en la memoria de trabajo, mediando respuesta relacionadas con alto estrés y emociones negativas, síntomas que se evidencia en excombatientes que participaron en conflictos (White, 2021).

2.4 Tejido social

La historia del conflicto armado en Colombia y los intentos de paz que se han intentado en diferentes momentos y con diferentes actores armados, ha dejado como consecuencia, la ruptura del tejido social. Esta agudización del conflicto, en un contexto prolongado de confrontación armada, se relaciona con dinámicas complejas como la afectación de la infraestructura física, económica, institucional y psicosocial de un país (López, Pérez y Pineda-Marín, 2016), de un individuo, su familia, su cultura, la sociedad, su comunidad y su entorno, lo que termina por romper el tejido social:

“Entre la herida y la grieta: Deshilachada, la carne del país ahora se desgarrar, como si los cuerpos agujerados por las balas, los cuerpos negros, los cuerpos indígenas, al volverse demasiados numerosos, hubieran hecho posible cualquier remiendo. Hasta una costurera aficionada sabe que no se puede zurcir una tela demasiado desgarrada, donde la piel se junta con la aguja y el hilo se abre de inmediato, Ya no había integridad posible en el tejido social de Brasil porque se había matado demasiado”. (Felipe, 2020).

Hablar de tejido social es traer a la memoria la palabra “sociedad” y esta, a su vez, comprende una serie de relaciones que entrelazadas entre sí, que forman una especie de “maraña” o maya entretejida con las diversas conceptualizaciones e interacciones de todos

los que la componen. Las familias, las instituciones y los grupos sociales son algunos de los componentes que la conforman, fortaleciéndola y reforzándola con las relaciones especiales que se establecen entre ellos. El ser humano, en virtud de las relaciones que establece, conforma grupos o redes que representan su núcleo básico de identificación personal (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2019).

Se realizan un estudio en el cual analizan cómo los procesos comunicativos y educativos ayudan a fortalecer el tejido social. Estos autores definen el tejido social como:

“Redes personales, categoriales, estructurales, formales y funcionales, de iniciativas o asociativas y mixtas o ínter sistémicas; que constituyen un activo para los individuos y la sociedad pues les permite ampliar sus opciones y oportunidades para mejorar su calidad de vida” (Canal, Navarro y Camargo, 2015, p. 98).

En su investigación definen al ciudadano como:

“Aquel sujeto capaz de generar poder simbólico cada día por medio de sus relaciones sociales y a la comunicación como un medio a través del cual la persona se apropia de los símbolos de su sociedad, construye identidades arraigadas a su comunidad y así puede transformarse en ciudadano”. (Canal, Navarro y Camargo, 2015, p. 103)

Al finalizar los investigadores concluyeron que para la reconstrucción del tejido social se requiere una resignificación del concepto de ciudadanía dentro de dicho tejido, y que esta resignificación debe darse a partir de un proceso de comunicación que permita la transformación de las personas en ciudadanos.

Desde este punto de vista, el concepto de víctima se desplaza desde el plano biológico para ser resignificado en la esfera social. Se trata de un concepto que adquiere gran relevancia en el momento que se establezcan políticas que permitan medidas dirigidas a lograr la reinserción social y económica. Los programas pueden incluir asistencia económica o alguna otra forma de compensación, así como capacitación o instrucción técnica o profesional en otras actividades productivas. (Ideas para la paz y Cámara de Comercio de Bogotá, 2018).

En los últimos años se han realizado muchas investigaciones como las de (Sciarrino, 2020) (Brynhildsvoll Auren, 2021) para dar respuesta al creciente interés por el impacto psicológico de las atrocidades de la guerra y al fomento de programas de rehabilitación psicológica basados en conceptos y otras técnicas a diferencia del propuesto por (Björkman, 2022), los enfoques individualista corre el riesgo de descuidar el interés de lo que hemos tratado de decir en cada uno de estas definiciones,

el papel del mundo social, invariablemente en el objetivo de la guerra acabar con la dignidad humana y con ello todo lo implicado en su definición, comentada ya en la parte anterior de este trabajo. Sin embargo, surge como alternativa que encarna la capacidad de las poblaciones de supervivientes de la guerra y el posconflicto; para gestionar el sufrimiento, transformarse y recuperarse de forma colectiva. La experiencia de países Mozambique, Guatemala y otros, indudablemente lleva a confirmar que la guerra contemporánea daña las representaciones sociales y culturales, tradiciones, valores y memorias de vidas. (Summerfield, 1997)

El decreto 2800 del 2011, confirma la importancia de la reparación colectiva. Según el artículo 170 de esta misma ley, la reparación simbólica no es más que una representación gráfica de comprender la reparación “pública dirigidas a la construcción y recuperación de la memoria histórica, el reconocimiento de la dignidad de las víctimas”.

El tejido social se encarna en los aspectos relevantes y significativos para las víctimas sobrevivientes al conflicto armado con discapacidad física, desde lo social, su reconocimiento, su rehabilitación, su reparación psicológica debe trascender a esperas que permita la transformación a la vida ciudadana, en las mejoras condiciones posibles, para lograr su reincorporación total.

2.5 Tejido de paz

Para Adams, citado en Shields y Soeters (2017), el tejido de paz comienza con un enfoque sencillo de relaciones, reforzadas con un sentido en transformación social. Es claro que cuando las creencias son demasiado rígidas, producen conflictos internos: “las creencias inflexibles engendran conflictos irresolubles”. Por otra parte, utiliza la analogía del tejido como una tela que se entrecruza y solo se logra con la empatía, acercarse al otro, sentir al otro. El cuarto componente sólido es la democracia participativa y su enfoque práctico en resolver problemas de manera pragmática, creando espacios para que se construyan relaciones que permitan lograr bienestar y desarrollo integral.

2.6 Rehabilitación

La guerra fría fue el inicio de la postulación de la declaración de los derechos de los impedidos, donde el fin de la declaración era la integración social y reintegración social, la cual después de la segunda guerra mundial había dejado devastada a miles de personas y generaron un gran número de discapacidades, lo cual suponía una seria preocupación para los estados implicados que, considerando a aquellas personas como un lastre social y económico, trataban de minimizar el problema, se suman los esfuerzos por parte de las Naciones Unidas para lograr establecer normas, principios, durante las cuatro décadas siguientes a esta proclamación, como respuesta Los enfrentamientos y de esta manera se da inicio a los primeros servicios de rehabilitación por iniciativa del sector militar como los establecidos en Gran Bretaña donde la meta principal era atender a los veteranos de guerra e idear métodos para prevenir la deformidad y proveer cuidado ortopédico y rehabilitación (Green, 2017). “Lo importante aquí es mostrar cómo la concepción de hombre máquina como fundamento de la rehabilitación dominante ya entra en lógicas en las que incluso el cuerpo no solamente se rehabilita para reducir las deficiencias corporales en función de la inserción social”.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, de septiembre de 1978, se habla de la rehabilitación como solución a la problemática en salud, en donde integra el concepto como parte de actividades en la atención en salud, mediante el modelo curativo predominante del siglo 20; el cual como estrategia fue fundamental para abordar los desafíos de las lesiones causadas por la guerra y la violencia. El Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad adoptado por las Naciones Unidas en la 37ª sesión regular de la Asamblea General el 3 de diciembre de 1982, define la rehabilitación como un “proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales”. De acuerdo con esta definición el proceso de duración limitada, que intervenía en los aspectos físicos, sociales y mentales funcionales, por lo tanto desde esta concepción se habla que las personas con discapacidad necesitaban un desempeño social

con una funcionalidad que le permitiera dicho proceso, sin ello no era posible la integración a la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió rehabilitación en el 2011 como “Un conjunto de medidas que ayudan a las personas que experimentan, o es probable que experimenten, una discapacidad para lograr y mantener un funcionamiento óptimo en interacción con sus entornos.”

Esta definición ligeramente evolucionó en 2017 a “Un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con condiciones de salud en interacción con su entorno”. (OMS, 2017)

La definición actual incluye estos conceptos, con una diferencia significativa en lo correspondiente a que la rehabilitación que pasó de lograr y mantener el funcionamiento óptimo a reducir la discapacidad, las medidas o intervenciones. En este contexto no se determinan solo desde el componente de salud, sino que trasciende para lograr optimizar el funcionamiento que experimentan una persona con discapacidad dentro de su entorno. En el programa de acción para el decenio de las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (2006-2016), se habla de los componentes de la rehabilitación: como impulsar las estrategias de rehabilitación basadas en la comunidad, la facilidad de acceso, formación del personal profesional, participación de las personas con discapacidad en la toma de decisiones, e intersectorialidad.

En Colombia la ley de 1997 menciona la rehabilitación como programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y en general que cuenten con los instrumentos que les permitan autorrealizarse, cambiar la calidad de sus vidas y a intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad.

La ley 982 del 2005 Por la cual se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones. Define la Rehabilitación “Como un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que

cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades; como la rehabilitación funcional, actividades de orientación específica, y otras que tengan como objetivo la rehabilitación profesional.

En Colombia en la Ley 1618 de 2013 se defina dos tipos de rehabilitación como funcional e integral la funcional como un proceso de acciones médicas y terapéuticas, encaminadas a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que les posibilite modificar su propia vida y ser más independientes.

La rehabilitación integral es el mejoramiento de la calidad de vida y la plena integración de la persona con discapacidad al medio familiar, social y ocupacional, a través de procesos terapéuticos, educativos y formativos que se brindan acorde al tipo de discapacidad, vemos como se fragmenta la atención en los servicios de salud, la rehabilitación funcional y la rehabilitación integral, la cual después de pasar a una sola definición ahora se dividen para que los servicios de salud y su reglamentación por el servicio de salud sean determinadas.

La definición de rehabilitación en víctimas de conflicto armado hace referencia a “la medida de reparación consiste en el conjunto de estrategias, planes, programas y acciones de carácter jurídico, médico, psicológico y social, dirigidos al restablecimiento de las condiciones físicas y psicosociales de las víctimas en los términos de la presente ley”. (Artículo 135, Ley 114 del 2011).

La ley beneficia e incluye la articulación todos los “Elementos terapéuticos, educativos y sociales que permiten alcanzar la autonomía de las personas con discapacidad y de otras poblaciones del sector defensa definidas en esta ley, para desarrollar un nuevo proyecto de vida, con miras a la inclusión al medio familiar, laboral y social”.

La cual son beneficiarios los Miembros de la fuerza pública con discapacidad, sean estos activos, retirados, pensionados, beneficiarios mayores de edad con discapacidad de los miembros de la fuerza pública, veteranos, veteranos de Corea, miembros de la fuerza

pública activos o retirados que accedan a la Jurisdicción Especial para la Paz, JEP, miembros de la fuerza pública que se encuentren en transición a la vida civil o en proceso de retiro, lesionados bajo las circunstancias previstas en los literales a, b, c, d del artículo 24 del Decreto 1796 de 2000 sin importar el porcentaje de pérdida de capacidad psicofísica otorgado por la junta médico laboral, víctimas militares y de policía conforme a lo definido en el artículo 3º de la Ley 1448 de 2011, personal civil con discapacidad del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares, y personal no uniformado con discapacidad de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, que se encuentren en servicio activo o retirado de la institución, soldados regulares que hayan adquirido una discapacidad durante la prestación de su servicio militar obligatorio y, en general, poblaciones del sector seguridad y defensa que requieran de esta fase.

El Decreto 4800 del 2011, art. 169, define que las instituciones además de brindar apoyos en los sectores de salud y educación, las entidades del Sistema Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas gestionarán el desarrollo de estrategias y programas continuos de autocuidado y capacitación para los servidores públicos que orientan y atienden a las víctimas.

2.7 Calidad de vida

La calidad de vida (CV) se ha establecido como un concepto importante y un objetivo para la investigación y la práctica en los campos de la salud y la medicina, e inicia con en el movimiento de psicología positiva en las décadas de 1960 y 1970. En medicina, comenzó a usarse indirectamente en la década de 1980 en lo que se ha denominado investigación del estado de salud. La definición de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud la define como “la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. (OMS, 1980)

Es un concepto amplio que afecta de manera compleja la salud física de la persona, el estado fisiológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características sobresalientes de su entorno.

En la actualidad existen muchos conceptos relacionados con la calidad de vida, durante muchas décadas diferentes autores han investigado, sobre la definición de calidad de vida. Los hallazgos también indican que no hay consenso sobre esta definición o sobre sus estructuras de dominios.

A continuación, se citan algunas que podrían dar sustento a la construcción de un consolidado conceptual perfilado a los intereses del presente escrito, a saber; “Combinación del bienestar objetivo y subjetivo en múltiples dominios de vida considerados de importancia en la propia cultura y tiempo, siempre que se adhiera a los estándares universales de los derechos humanos”.(Wallander, 2001; Sabeh, 2009) La calidad de vida es una construcción social compuesta por varios conceptos, dominios e indicadores centrales que se comparten entre las personas, así como características e intereses que son exclusivos de los individuos (Brown, 2003; Schalock, 2007). “Un concepto identificado con el movimiento de avance, innovación y cambio en las prácticas profesionales y en los servicios, permitiendo promover actuaciones a nivel de la persona, de la organización y del sistema social” (Verdugo; 2002). “La percepción que tiene un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones”. (OMS;1946)

En consecuencia, calidad de vida es un concepto complejo que se interpreta y define de varias maneras dentro y varias disciplinas. Debido a esta falta de consenso, ahora se utilizan muchos instrumentos diferentes para evaluar la calidad de vida. Algunos instrumentos fueron desarrollados en consideraciones empíricas y no a partir de una definición o un modelo conceptual como tal, por lo tanto no hay una unidad conceptual de su significado y por consiguiente una unanimidad de la medición.

Ahora bien, en beneficio del objetivo del presente documento, se propone sintetizar la definición de calidad de vida en el equilibrio percibido entre lo subjetivo y objetivo, durante un determinado tiempo, entre los dominios espirituales, ambientales, culturales, físicos, psicológicos, políticos y sociales, que a su vez están sostenidos por el autocuidado.

2.8 Discapacidad

En la fuerza pública la evolución del concepto de discapacidad, es evidente a través de la normatividad, si bien mucho de ha hablado de la evolución del concepto de discapacidad, para las fuerzas públicas inicia con la normatividad como el Decreto 94 de 1989, cuya norma reforma “El estatuto de la capacidad sicofísica, incapacidades, invalideces e indemnizaciones del personal de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Ejército Nacional, soldados, grumetes, agentes, alumnos de las Escuelas de Formación y Personal Civil del Ministerio de Defensa y Ejército Nacional” donde su artículo 41 determina el alcance de la norma solo hacia una rehabilitación funcional, que la define como el mayor grado posible de capacitar física y psíquicamente a un incapacitado .

Cabe aclarar que posteriormente fue derogada por el Decreto 1786 del 2000 el cual se modifica y en su artículo 44, en el tema de prestaciones asistenciales incluye la rehabilitación en reducción de los órganos lesionados, sustitución y complemento de órganos mutilados, mediante aparatos Prótesis y ortopédicos. Desde este contexto solo se tenía en cuenta el proceso de rehabilitación funcional lo que hacía necesario reformar la normatividad para las fuerzas Militares. Es importante aclarar que para las fuerzas públicas los antecedentes internacionales en materia de discapacidad, hacían parte de la integración para los correspondientes servicios de salud, denominados en la ley 352 del 1997, Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones para las fuerzas militares y policía Nacional, encargada de brindar el servicio integral de salud en las áreas de previsión, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y beneficiario, conformado por el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central entre otras. El cual es modificado y estructurado por el decreto 1795 del 2000. Entre otras normatividades el Conpes 80 del 2004 con gran influencia para el sector y determinante en el concepto de discapacidad, “hacia un estado comunitario”, que influencia altamente al Conpes 3591 del 2009 exclusivo para las fuerzas militares, para finalmente hacer parte del CONPES Social 166 de 2013 “prosperidad para todos”, con un antecedente de inclusión importante que orienta la formulación de políticas de discapacidad nacional, sectorial y territorial en pro de la garantía de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con

discapacidad, en condiciones de igualdad en el reconocimiento social para el desarrollo favorable en aspectos principales sociales y económicos.

De esta manera la rehabilitación Integral de los miembros de la fuerza pública se ve materializada mediante la ley 1471 del 2011 por medio de la cual se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional, este documento surge como avance importante dentro de las fuerzas militares porque va de la mano con la evolución del concepto de discapacidad, paradigma de la discapacidad que ha venido evolucionando durante las últimas décadas. Tomando como definición central que la discapacidad es el término “genérico que incluye déficit en las funciones corporales, limitación en la actividad o restricción en la participación, pero que es consecuencia únicamente de la interacción de estas condiciones particulares del individuo con los factores familiares, sociales y laborales que lo rodean” (ley 1471 del 2011; Pag, 11).

La reglamentación de la Resolución 4584 de 2014 incluye para el sector público las fases de rehabilitación que hacen parte del sistema de gestión del riesgo (1) La Fase de Previsión, Prevención y Protección, (2) la Fase de Rehabilitación Funcional y, 3) la Fase de Rehabilitación Familiar, Social y Laboral, esta última a desarrollarse en el Centro de Rehabilitación Inclusiva (CRI), equivalente a la "Fase de Inclusión". La fase de rehabilitación Inclusiva se aclara en el decreto 2369 del 2019 de diciembre 27, se dispone las condiciones para el ingreso de la fase inclusiva de rehabilitación y el alcance en la identificación de las personas con discapacidad mediante la modificación de la Resolución 246 del 31 de enero de 2019 del Ministerio de Salud y Protección Social, la cual es derogada por la Resolución 1239 del 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social. Adicionalmente es importante establecer que el Conpes 3726 de 2012 del 30 de mayo, “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones” pero esta no incluye las fuerzas públicas, mientras que la ley 1448 del 10 de julio del 2011 “Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones”, se contempla la eventualidad de acreditar la calidad de víctimas para los miembros de la Fuerza Pública.

No hay que desconocer el interés de la fuerza pública con la integración de deporte y actividad física en las fases de inclusión en donde el fortalecimiento de las siguientes líneas se establecen que para alcanzar los objetivos del milenio y el plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022 Ley 1955 del 25 de mayo de 2019, Pacto por Colombia, pacto por la equidad; pieza clave para adicionar en el desarrollo por mejorar los procesos de inclusión de las personas con discapacidad víctimas de conflicto armado relacionados en 3 grandes ejes: 1) Pacto por la construcción de paz: cultura de la legalidad, convivencia, estabilización y víctimas, donde se identifica la indemnización a las víctimas e inversiones en municipios más apartados. 2) en el pacto por la equidad e inclusión social, con acciones concretas en la identificación y registro y localización de las personas con discapacidad, generación de empleo y emprendimiento. 3) Deporte y recreación, Apoyar a los deportistas de alto rendimiento con discapacidad para su participación en eventos deportivos, los dos primeros son transversales, situación que favorece a al ministerio del veterano, el cual a la fecha no se encuentra en documento que normalice la participación de los veteranos en los eventos deportivos, situación diferente para los miembros activos de la fuerza que participan en actividades deportivas reglamentada desde el año 2018, en la Instrucción 78/2018, de 3 de diciembre, del Subsecretario de Defensa, por la que se aprueba la normativa y criterios de organización y participación en los campeonatos deportivos en el ámbito del Consejo Superior Deporte Militar.

Igual sucede con la política de bienestar de la fuerza área, que se encuentra publicada para el 2020 y 2021 Llamada mi familia, mi fuerza, y surge en mayo del 2023 la política de bienestar para los miembros de la fuerza pública que incluye a los veteranos, y dentro de sus definiciones, el autocuidado, no se considera dentro de esta, ni ninguna otra, siendo clave para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas con Discapacidad.

2.9 Actividad física

La actividad física se refiere a “Cualquier cuerpo de movimiento proporcionado por los músculos esqueléticos que resulta en un incremento sustancial sobre el gasto energético en reposo”. (Bouchard, 1994)

“Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulta en un gasto de energía. El gasto de energía se puede medir en kilocalorías”. (Caspersen, 1985).
“La actividad física es el movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulta en un gasto de energía. (OMS, 2020).

Una mirada biológica, solo permite respuestas simples, por lo tanto a largo de la historia, se han sumado a la definición, aún a un concepto más complejo, diferentes autores buscando definir mejor el concepto que más se aproxima a lo consideramos como actividad física:

"Cualquier movimiento corporal, realizado con los músculos esqueléticos, que resulta en un gasto de energía y en una experiencia personal y nos permite interactuar con los seres y el ambiente que nos rodea". Devís y cols. (2000)

2.9.1 Actividad física Adaptada

La actividad física adaptada se define:

“Todo movimiento, actividad física y deporte en los que se pone especial énfasis en los intereses y capacidades de las personas con condiciones limitantes, como discapacidad, problemas de salud o personas mayores” (Pérez et al., 2012, p. 214).

La Actividad Física Adaptada (Sherrill & DePauw, 1997), tiene sus inicios en la disciplina de la educación física, la cual tiene su desarrollo en tres pilares a saber: durante los años 40, con el Dr. Sir Ludwig Guttmann como principal precursor del deporte para personas con discapacidad desde el ámbito de salud, surge como parte de la rehabilitación y formaliza las disciplinas deportivas dentro del proceso de rehabilitación en personas con discapacidad física (Guttmann, 1976), específicamente en el hospital de Stoke Mandeville (Inglaterra). Durante la primera parte del siglo XX se instaura de manera terapéutica desde áreas de intervención como la psicología y pedagogía y por último, forma parte en los Juegos Olímpicos y Paralímpicos de Seúl de 1988, el cual surge como práctica deportiva y ocupa un lugar en el escenario mundial.

En los últimos 15 años, iniciativas como la de la Organización Mundial de la Salud en materia de actividad física (OMS 2003), además la adopción de la Carta Olímpica por parte del Comité Olímpico Internacional el 7 de julio de 2007 y la Convención sobre los Derechos

de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas de 2009, han permitido la participación de las personas con discapacidad y se han demostrado los beneficios de esta práctica en la salud, calidad de vida, rehabilitación, inclusión social y el bienestar:

“Permiten que las personas con discapacidad participen en igualdad de condiciones con las demás en actividades recreativas, de ocio y deportivas y todos han enfatizado la participación en la actividad física como un método de rehabilitación basado en la comunidad para mantener una buena salud, sino también la salud mental, ya que las personas con discapacidades tienen como resultado una mayor autoestima, una mejor imagen corporal y mayores tasas de éxito académico, y tienen más confianza y más probabilidades de graduarse de la escuela secundaria y matricularse en la universidad” (Lakowski, 2011).

La actividad física es aceptada universalmente como un derecho humano proclamado por la (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 1978), a través de su Carta Internacional de Educación Física y Deporte (UNESCO 2018). Así también, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha establecido la Oficina de las Naciones Unidas sobre el Deporte para el Desarrollo y la Paz 2011 y 2016, la cual tiene como objetivo respaldar el deporte como vehículo para lograr la paz y el desarrollo, lo que nos ilumina una senda por la cual la práctica de la actividad física va más allá que un simple gasto energético, el cual es un vehículo para lograr la tan anhelada paz de los países y fin del conflicto.

Es por eso por lo que a nivel mundial determinado en resolución 70: titulada “Construcción de un mundo pacífico y mejor mediante el deporte y el ideal olímpico” (ONU, 2015). Dicha resolución, reconoce en cada país la tregua olímpica, que inicia desde el día séptimo a los Juegos Olímpicos de Río de 2016, hasta el séptimo día posterior a la ceremonia de clausura de los Juegos Paralímpicos de Río de 2016; esto con el fin de manifestar el interés de los países por aportar y desarrollar en conjunto alternativas para el desarrollo del deporte y la paz.

En Colombia la Ley 1967 de 2019 transformó el Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre -Coldeportes- en el Ministerio del Deporte considerando en su artículo 2, Numeral 17: para formular y ejecutar programas para la educación física, deporte y recreación de las personas con

discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales, de la tercera edad y de los sectores sociales más necesitados o en condiciones de vulnerabilidad. Su interés no solo social, político y económico es el de involucrar la actividad física adaptada, como motor equitativo, justicia e inclusión social, para las personas que presentan una discapacidad. Esta además ley brinda importancia especial para el desarrollo de programas especiales, planes, proyectos y estrategias para la práctica de la actividad física, el deporte y la recreación para personas en situación de discapacidad, personas de la tercera edad y miembros de los sectores sociales más vulnerables (León, 2010).

Esta participación tiene como finalidad la rehabilitación, la integración, la salud, el bienestar, la mejoría de la condición física y búsqueda de la creación de una cultura física que mejore la calidad de vida (García, 2009).

Entonces una vez se revisa la historia de la actividad física, sus beneficios además de la inclusión social, motor del proceso de rehabilitación, la paz es determinadamente incluyente como un aspecto esencial en la calidad de vida de las personas y su bienestar.

A pesar de los avances en conocimiento en el área de actividad física y los adelantos en los beneficios de la misma, en los Estados Unidos, 53 millones de adultos que presentan una discapacidad, corren el riesgo de tener el hábito de no practicarla; tan solo el 53 % de los adultos con discapacidad, informan participar en al menos una sesión de actividad física aeróbica (AF) de 10 minutos en una semana, en comparación con el 74 % de los adultos sin discapacidades". De esta manera Colombia no se queda atrás, en el 2010, la prevalencia nacional de cumplimiento de las recomendaciones de dedicar 150 minutos a la actividad física moderada por semana fue de 53,5% (Bull, 2003; Nelso, 2007). Las Directrices de la OMS sobre actividad física y comportamiento sedentario del 2020, por primera vez contempla la actividad física para las personas con discapacidad, las cuales, según el informe son más sedentarias y menos activas físicamente que la población general a lo largo de su vida es importante conocer que para que una persona sea catalogada como físicamente activa, debe realizar por lo menos 150 minutos de actividad física a la semana. Es por esto, por lo que resulta imperativa la recomendación de la práctica de actividad física en esta población.

2.9.2 Principales beneficios de la actividad física adaptada

La actividad física a lo largo de mucho tiempo desde su primera definición, se ha relacionado con beneficios para la salud, (Moyers, 2023); que pueden ir desde mejorar el riesgo de muchas afecciones tanto físicas como mentales crónicas, además de enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos relacionados con la obesidad, insomnio, hipertensión, y depresión y otros trastornos mentales como el estrés postraumático, más relacionado con las víctimas de conflicto armado y sobretodo los veteranos de guerra. Para los veteranos de guerra, víctimas de conflicto armado, una de las secuelas más desafortunadas e inevitables son las relacionadas con lesiones psicológicas como lo es el estrés postraumático, la cual se desarrolla “después de que alguien experimenta o es testigo de un evento que amenaza la vida” (Akwe, 2023). Este tiene una estrecha relación asociada a síntomas como la depresión, riesgo para el deterioro cognitivo, demencias, uso de sustancias, agotamiento y ansiedad; las cuales llegan afectar a otros sistemas, como la relación estrecha con el síndrome metabólico y que además son causa de otros síntomas físicos y afectación en otros órganos y sistemas. Los cuales autores como Bartoli; han centrado sus investigaciones en temas como este relacionados con la salud mental.

Por tal motivo en la tabla No1 del Anexo A, se resume la evidencia de estos beneficios generales de la práctica de la actividad física en personas con discapacidad física en veteranos de guerra.

La actividad física además de tener muchos beneficios cuenta con diferentes posibilidades de ser realizada, de acuerdo con los gustos de todo el público (Niles, 2023). Un ejemplo y en las últimas décadas en la sociedad occidental la inmersión de las prácticas como el yoga, el Tai chi, el Qigong y otras prácticas similares, han arrojado beneficios tanto como la implementación de estas prácticas ancestrales que manejan la dualidad cuerpo y mente, y/o respiración y equilibrio, y que han sido bien recibidas por el público en general y que han demostrado tener resultados en el favorables en el seguimiento a largo de plazo de la realización de estas prácticas en la calidad de vida y el bienestar total (wellness). Este último concepto de salud relacionado básicamente con la misma calidad de vida, que hace hincapié en las dimensiones de la existencia humana relativas a la experiencia y a la

conducta, más relacionado con la condición humana que incluye otros dominios, no relacionados con la salud. (López, 2010)

La práctica de actividad física tiene muchas ventajas para ser practicada de manera constante y continua, inclusive la medición para su realización es un ejemplo claro de los beneficios hasta para ello, la cual es determinada al igual que como se mide, a cualquier otra población; es decir, la medición es la misma no importa si es para población con discapacidad, o si es para población víctima de conflicto armado, víctima de otra clase de violencia, etc. Esa medición consiste en una valoración objetiva de los patrones de actividad física, llamada por estimación directa que se hace por acelerómetros o por los tan mencionados podómetros, (Charlotte E, 2010) por lo tanto los podómetros miden el número total de pasos acumulado en un día y los segundos métodos son llamados métodos indirectos que se realizan por registros de cuestionarios y/o encuestas (CervantesC, 2023). De esta manera, tanto la práctica de la actividad física, como la medición y las múltiples opciones y variabilidad para realizar, como además de los beneficios favorables tanto físicos, como psicológicos y sociales, hacen de la actividad física una verdadera opción para mejorar la calidad de vida y el bienestar total de las personas con discapacidad veteranos de guerra o víctimas de conflicto armado.

2.9 Autocuidado

Después de muchos años y muchos estudios definir el autocuidado no es un objetivo fácil de alcanzar, pero para nuestra investigación; la definición más completa es la que involucra la comunidad:

“La capacidad de cuidarse a sí mismo a través de la conciencia, el autocontrol y la autosuficiencia para lograr, mantener o promover una salud y un bienestar óptimos”. (Martinez, 2021).

La Organización Mundial de la salud, en sus directrices sobre intervención en autocuidado; incluyen además aspectos individuales y colectivos como componentes importantes; los aspectos individuales como la autosuficiencia, el empoderamiento, la autonomía, responsabilidad personal, la autoeficacia. Como los elementos colectivos se encuentran la

participación, colaboración y empoderamiento a nivel comunitario, se podría afirmar, que convergen en los aspectos intrínsecos y extrínsecos de un ecosistema de bienestar.

Este concepto se confunde comúnmente con “autoasistencia” más que con la autonomía, aclarando que la autoasistencia es el poder realizar “yo mismo, aspectos como higiene, la nutrición, modo de vida (actividades deportivas, ocio, sedentarismo, etc.), los factores ambientales (condiciones de vivienda, hábitos sociales, etc.), los factores socioeconómicos (nivel de ingresos, creencias culturales, etc.) y la automedicación”. (OMS; 2022). Mientras que la autonomía se define:

“La capacidad de las personas para tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas, de manera que puedan ser y hacer en función de sus propias aspiraciones y deseos en el contexto histórico que las hace posibles”. (CEPAL, 2011).

Clarificar los conceptos nos permite determinar que se puede desarrollar como estrategia de intervención desde dominios como la rehabilitación, inclusión social en las personas con discapacidad. Por ello en Colombia según la ley 1751 del 2015, se regula el derecho fundamental a la salud, en su artículo 10, en derechos y deberes de sus ciudadanos, relacionados con la prestación de servicios de la salud, en el autocuidado, el de la familia y la comunidad, la cual es constituyente en los ejes transversales para la adopción prioritaria o base fundamental en el cuidado de la salud.

En la política de discapacidad del sector de seguridad y defensa de la República de Colombia, se define en los términos de corresponsabilidad, sujetos responsables y autónomos, relacionados en la fase de previsión, prevención y protección, y solo está esbozada en la fase de inclusión social en el programa de actividad física ofrecido.

Hoy en día y gracias a la pandemia, ha sido más relevante el concepto de autocuidado por sus grandes repercusiones e impacto masivo en los sistemas de salud en todo el mundo, que permite a los médicos, investigadores, cuidadores, pacientes y comunidad, la capacidad de comunicarse asertivamente entre sí, estableciendo líneas de responsabilidad bien definidas, dentro del proceso de atención que lleven a la adopción del autocuidado. (Martinez; 2021)

2.10 Actividad física, calidad de vida y autocuidado en la fuerza pública

Ahora bien, con el ánimo de lograr el propósito de este documento, una vez aclaradas las definiciones y conceptos necesarios para la contextualización del impacto de la rehabilitación en el panorama del conflicto armado Colombiano, es acertado enmarcarlos dentro los límites de la actividad física, el autocuidado, la calidad de vida y la rehabilitación integral e inclusión social de los exintegrantes de la fuerza pública, de la República de Colombia, aclarando la importancia de fomentar dichas nociones en las personas con discapacidad víctimas de conflicto armado de la fuerza pública, lo que condujo a la organización y tarea del DIVRI.

2. 11.1 Desarrollo de la paz a nivel mundial

Según experiencias de conflictos en otros lugares del mundo –Yugoslavia entre 1991 y 1999, en Bosnia y Herzegovina– (Kaufman; Williams, eds., 2016), la guerra puede producir el surgimiento de condiciones de enfermedad que conllevan grandes riesgos para estas personas y quienes les rodean, lo que limita su total y plena reincorporación y adaptación a la vida civil. Se requieren, por lo tanto, propuestas de intervención que atiendan a todas las víctimas que necesitan un soporte clínico, social y económico a largo plazo, donde el diseño de centros humanizados integrales de rehabilitación específica tenga lugar para empezar a reconstruir el tejido social en el marco del posacuerdo y el posconflicto y se garantice la enmienda a los daños causados por la participación de la misma.

Los Estados Unidos de Norteamérica tienen la experiencia de más larga data con el programa de veteranos del gobierno, que atiende a las personas con discapacidad que pertenecen o pertenecieron a las fuerzas militares. Este programa se encuentra totalmente dirigido a la inclusión social sin dejar de lado la rehabilitación funcional, en este sentido, se conjugan los gustos, habilidades e intereses de las Personas con Discapacidad y la destinación de recursos para su materialización de programas especiales para atender sus necesidades. Dentro de los beneficios a los que pueden acceder se destacan: las oportunidades en educación, subsidio por compensación, rehabilitación profesional y

empleo, y acondicionamiento de vivienda, entre otros. El programa es apoyado por diferentes empresas y fundaciones civiles norteamericanas, además que los beneficios incluyen las investigaciones realizadas de base de acuerdo con el conflicto al que ha participado. (Fundación Ideas Para la Paz y Cámara de Comercio de Bogotá, 2018).

En 1919, en el Reino Unido fue creada la Sociedad de Bienestar de Veteranos, para brindar atención a veteranos de guerra y sus familias cuando hubiesen sufrido traumas mentales como consecuencia de conflictos. Esta cuenta con un plan integral de cuidado que busca tratar y enmendar, las experiencias emocionalmente traumáticas, a través del manejo de la ansiedad y la ira, técnicas de relajación, terapia ocupacional y habilidades sociales, entre otras. La pensión de guerra solamente pueden cobrarla los veteranos que hayan adquirido algún tipo de discapacidad (calculada por niveles), los huérfanos y las viudas/os (Fundación Ideas Para la Paz y Cámara de Comercio de Bogotá, 2018).

En América Latina se han realizado esfuerzos para lograr las políticas dentro del sector de la fuerza pública en países como Ecuador, en donde la Agencia Nacional de la Investigación y Desarrollo (ANID), presentó orientaciones para el diseño de las políticas públicas que promueven, protegen y aseguran el goce pleno de los derechos de las personas con discapacidad, con principios de igualdad y no discriminación, estipulados en la normatividad Nacional, para el 2017 sale el plan Nacional del Buen vivir para toda la población. En Chile se ha trabajado por la construcción de políticas de las fuerzas armadas y de policía en la prestación de servicios de salud. La cual existen desventajas en el reconocimiento de un plan de atención que integre temas como el aseguramiento y la adecuada prestación dirigidos a la población. (Fundación Ideas Para la Paz y Cámara de Comercio de Bogotá, 2018).

2.11.2 Desarrollo de la paz en América Latina

El Centro de Instrucción de Operaciones de Paz (CIOPaz), de Brasil, ha avanzado en términos de formación a sus tropas en “preparación de ‘soldados de la paz’” está extendiendo una “concienciación sobre la no violencia en las fuerzas armadas”. Los soldados empiezan a entender que “la paz y la seguridad solo se conseguirán en misiones de paz cuando las tropas, el personal militar y los observadores desarrollen una visión de

compromiso con una cultura de paz y no violencia en las misiones de la paz de las Naciones Unidas”, todo esto con el acompañamiento de organismos internacionales para la construcción de un instrumento o protocolo que contiene módulos de capacitación, los cuales incluye el de seguridad personal. Entonces el término antes relacionado de impartir que una institución militar tenga como principal misión solo forma, instruir y preparar combatientes para la guerra, ya es una misión del pasado. (Marques Machado, 2011)

2.11.3 Colombia y construcción de paz

Según el Grupo de Memoria Histórica, en su informe general sobre el conflicto armado (GMH, 2013), este se enmarca en cinco grandes periodos: el primero (de 1958 a 1982), determina la salida de la violencia bipartidista entre liberales y conservadores y la aparición de los grupos guerrilleros. El segundo (de 1982 a 1996), se caracteriza por la expansión territorial y el crecimiento de las guerrillas —en especial el ELN, las FARC-EP y el EPL—, el surgimiento del paramilitarismo, la propagación y penetración del narcotráfico y los esfuerzos del Estado por adelantar reformas políticas y procesos de paz en medio de recurrentes crisis. Este periodo coincide con un contexto político marcado por la promulgación de una nueva Constitución y con la desmovilización de varios grupos guerrilleros como el M19.

El tercero (de 1996 al 2005), corresponde al recrudescimiento del conflicto armado, que implicó la expansión del ELN y las FARC-EP, las masacres del paramilitarismo y el narcotráfico. El cuarto periodo (del 2005 al 2012), estuvo marcado por el incremento de la ofensiva militar del Estado, que obligó al repliegue de las guerrillas y a su adaptación al nuevo escenario bélico, al tiempo que se produjo la desmovilización del grueso de las estructuras paramilitares. A partir de 2012-2013 se abre el quinto periodo, que no ha culminado aún y, por tanto, tampoco ha sido plenamente caracterizado, pero que está determinado por los esfuerzos de negociación entre el Estado y las guerrillas.

2.11.4 Colombia en el camino hacia la paz

Los procesos de paz se han desarrollado en seis Periodos: el primer periodo inició en el 82 con el presidente Belisario Betancourt a la cabeza, el cual impulsó un proyecto de

amnistía que se convirtió en Ley, con el fin desmovilizar 33 grupos insurgentes y, a su vez, se creó la Comisión de Paz encargada de propiciar acercamientos con los principales líderes guerrilleros. En el segundo periodo, en la presidencia de Virgilio Barco (1986-1990), bajo el programa "Iniciativa para la Paz" se logró la desmovilización del M-19, el 9 de marzo de 1990, y del EPL, el 16 de mayo del mismo año, con lo que se permitió su incursión legítima en la política nacional y se dio pie a un ambiente favorable para la posterior desmovilización del Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT) y el Movimiento Armado Quintín Lame (MAQL). (Eraso, 2016)

En 1990 se da el tercer periodo, durante el cual el presidente Cesar Gaviria (1990-1994), reanudó los diálogos con la guerrilla. En 1992 el Gobierno estableció las negociaciones de paz con la Coordinadora Guerrillera Simón Bolívar (conformada por las FARC, ELN y EPL). Tras el secuestro y muerte del exministro Argelino Durán por parte de guerrilleros del EPL, los diálogos llegaron a su fin el 4 de mayo de 1992. El cuarto periodo, entre 1998 a 2002, donde el presidente Andrés Pastrana llevó a cabo un diálogo formal con las FARC. En búsqueda de la paz se contemplaron temas como derechos humanos, reformas políticas y agrarias, paramilitarismo, derecho internacional humanitario y se pactó una Zona de Distensión o zona de despeje (en San Vicente del Caguán) para que la guerrilla se concentrara. Este intento de paz fue fallido, porque las conversaciones se dieron en medio de confrontaciones armadas, denuncias por el uso de la zona de despeje y sin el logro de acuerdos. Cuestiones que se agravaron por la renuncia del ministro de Defensa, la dificultad para la verificación internacional de la zona y los secuestros.

El quinto periodo, en el gobierno presidencial de Álvaro Uribe Vélez, implementó la política de seguridad democrática. En sus periodos presidenciales (2002-2010), adelantó el proceso de paz con los grupos paramilitares, por ser también grupos al margen de la ley y se expidió la Ley de Justicia y Paz en 2005- Además, se inició la desmovilización de alrededor 30.000 integrantes de las Autodefensas Unidas de Colombia, (AUC) y la entrega de los principales jefes paramilitares.

Entre el 2012 y el 2016, el sexto periodo, el Gobierno de Juan Manuel Santos abrió el camino para un proceso de paz, en el que se pactó el Acuerdo para la terminación del conflicto y la búsqueda de una paz estable y duradera. En este contexto surgió la Ley 1732

de 2014, que establece la Cátedra de la Paz en todas las instituciones educativas del país; luego para su reglamentación se expidió el Decreto 1038 del 25 de mayo del 2015.

Una cuestión importante para el presente análisis, pues, si bien, es el Acuerdo de paz entre las FARC y el Gobierno Nacional el referente de la actual coyuntura y preocupación por la educación para la paz en Colombia no puede olvidarse que se han dado otros procesos de paz que han dejado aprendizajes y heridas en la sociedad colombiana.

2.11.5 La cultura de la paz

Galtung (1969) diferenció entre paz negativa y positiva. Mientras que la paz negativa es la ausencia de violencia directa (por ejemplo, ser asesinado), la paz positiva incluye la ausencia de estructuras de violencia (por ejemplo, morir como resultado de la pobreza). El ideal de la paz positiva incorpora la justicia social, la equidad social, la cooperación, la participación comunitaria, la colaboración, la gobernanza eficaz y la democracia (Shields y Soeters, 2017). Comprende además la erradicación de la violencia cultural (por ejemplo, factores que ciegan a las personas ante la injusticia). También estableció una terminología tripartita: 1) mantenimiento de la paz, 2) establecimiento de la paz y 3) consolidación de la paz para guiar a terceros en esfuerzos de intervención y aclarar los diferentes roles y fases necesarias para garantizar la paz.

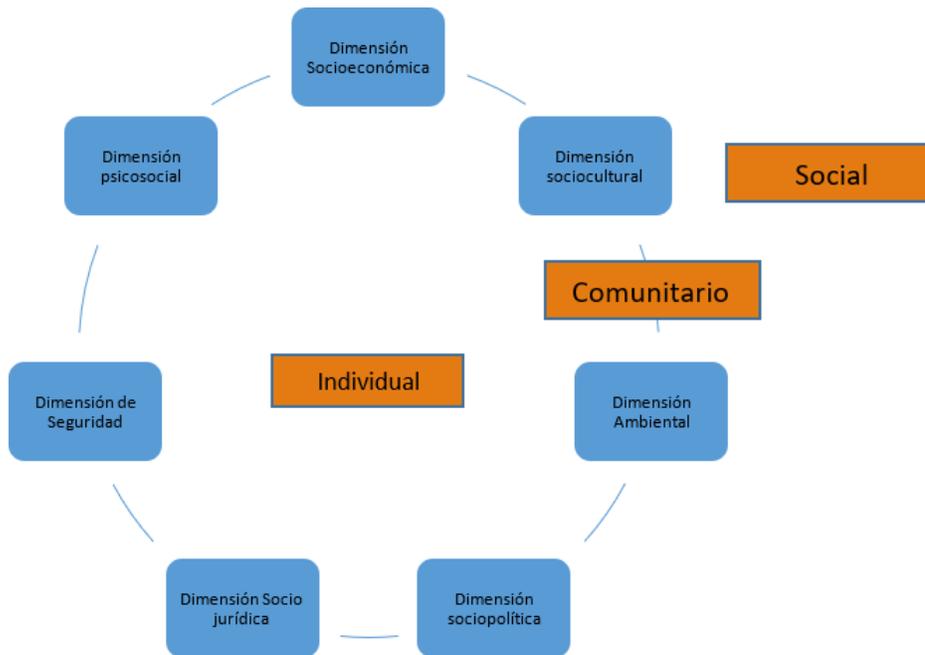
La fase de establecimiento de la paz consiste en el proceso de negociación que tiene lugar entre los tomadores de decisiones para llegar a un arreglo o resolución oficial de conflictos específicos. El mantenimiento de la paz, por otro lado, implica la intervención de terceros para separar a los grupos en guerra y mantener la ausencia de violencia directa (o reducirla). El tercero, la consolidación de la paz, ha recibido menor atención por parte de los investigadores de conflictos y ha sido el menos operacionalizado, se enfoca en lo social, psicológico y entorno económico, en tanto busca garantizar que la paz que se base en la justicia, la equidad y la cooperación (es decir, paz positiva). Como ha señalado el premio nobel de la paz Jane Addams (1931), la paz es un proceso como un fin de la vista.

La paz es dinámica, transformadora y prescriptiva. La paz no es un punto de llegada, es un punto donde se definen más compromisos; en cada fase de un conflicto, y siempre

moviéndose, cambiando en respuesta a la situación y la etapa de los esfuerzos de pacificación. En el sentido transformador se debe desarrollar en el contexto internacional, social y regional. Con el único fin de “aumentar la justicia, reducir violencia y restauración de relaciones rotas” (Gawerc, 2006). La paz es una transformación personal y grupal que cambia mentes y corazones.

La paz se define como un proceso y principio imperfecto, que se encuentra en permanente transformación, no es un estado, no es una extinción de la violencia homicida o violencia física, no es solo ausencia de guerra. Es multidimensional y multinivel (Pacheco, 2016)

Figura 2-4 Diagrama multidimensional de la paz



Fuente: Elaboración propia

2.11.6 Construcción de Catedra de la paz en Colombia

El Decreto 1038 del 25 de mayo de 2015, Surge como una iniciativa de fomento de la paz en todo el territorio colombiano, por el cual sale a la luz, la Cátedra para la Paz, la cual tiene dos fines: el primero de conocimiento y adquisición de competencias, las cuales se relacionan con el diálogo, la reflexión y el aprendizaje; relacionados con el territorio, la cultura, el contexto económico y social y la memoria histórica, con el único propósito de

reconstruir el tejido social, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución.

Preliminar al Decreto la Ley 1737 del 1 de septiembre de 2014 en su artículo 1°, determina tres pilares para las definiciones dentro del abordaje central de la cátedra y son:

Figura 2-5 Dimensiones de la cátedra para la paz



Fuente: Elaboración propia

- **Cultura de la paz:** Se entiende desde los valores ciudadanos, los derechos Humanos, el Derecho Internacional Humanitario, la participación democrática, la prevención de la violencia y la resolución pacífica de los conflictos (sentido de pertenencia), desde el latín viene de la palabra sentiré que originalmente venía de la palabra oír, la cual luego se incluyen los otros sentidos, pero si vamos a la raíz, es claro que debemos partir del oír en los entornos propuestos para luego crear ese sentir, lo comunitario y nacional.
- **Educación para la paz:** Se entiende como empoderarse del conocimiento y adquirir las competencias después del oír, sentir, en áreas como la convivencia pacífica, la participación democrática, la construcción de equidad, el respeto por la pluralidad, los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario
- **Desarrollo sostenible:** Solo es posible, el desarrollo sostenible si este conduce a la exaltación de la calidad de la vida y al bienestar social, comunitario, por su puesto sin acabar la base de recursos naturales, ni deteriorar el ambiente o menoscabar el derecho de las generaciones futuras a utilizarlo para la satisfacción de sus propias necesidades y porque no mejorar también su calidad de vida, la cual también se encuentra definido en el artículo 3° de la Ley 99 de 1993.

Por ende estos Pilares, se organiza de manera que son interconexiones pero uno es la base para que los otros se desarrollen, no puede iniciarse la cultura de la paz, sin primero

conducir el desarrollo sostenible, o la mejora en la calidad para tener a cultura de la paz y luego alcanzar la educación para la paz y en la paz.

2.11.7 La construcción de paz en la DIVRI

Para la Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva (DIVRI) dependencia del Ministerio de Defensa Nacional, antes reconocido como la Dirección Centro de Rehabilitación Inclusiva, la cual fue creada 2013 como un proyecto financiado a través de un convenio con el gobierno de Corea por medio de la Agencia Internacional para la Cooperación de Corea KOIKA (por sus siglas en inglés). Surge para cubrir las necesidades de los veteranos y de velar por el cumplimiento de la Ley del Veterano o Ley 1979 del 2019; surge como respuesta al marco legal vigente creado y adoptado por el Gobierno Nacional en materia de Rehabilitación Inclusiva dirigido a las personas con discapacidad, bien sea física o mental, el cual sienta su origen en la Declaración Universal de los Derechos Humanos que dispone desde su artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

El Ministerio de Defensa Nacional, crean nuevas dependencias, funciones y se dictan otras disposiciones, mediante el decreto 1874 del 2021 creando programas que reconozcan, beneficien, exalten y honren a los Veteranos de la Fuerza Pública, desde una perspectiva incluyente, participativa y social. Institución importante pionera en el marco de la paz con un desafío importante, ya que las fuerzas públicas con su espíritu guerrero, el cual carga con la dicotomía rígida del amigo/enemigo, victoria/derrota, fuerza/debilidad, bien/mal y vida/muerte (p. ej., Broesder, Op den Buijs, Vogelaar y Euwema, 2014), investigaciones como las de (Euwan 2014) permiten aportar en la definición del rol del soldado, la cual viene preestablecida desde antes y que puede cambiar en el contexto institucional. Por lo tanto el Rol es diferente una vez se adquiera la noción de excombatiente y por ello es clave, la interdisciplinariedad para lograr la mejora adaptación de ellos en el nuevo rol.

Es por esto por lo que la DIVRI, en su pleno objetivo misional, determina la dignidad Humana como principio esencial en el desarrollo de sus actividades, contribuyendo al logro de alcanzar la paz, en todos los veteranos de la fuerza pública, la cual preocupada por lograrla paz, en el marco de la ley (Ley 1732, Cátedra de la Paz, del 1o de septiembre de 2014),

la catedra de la paz hace parte de esa fortaleza que desea establecer al educar en principios y valores que conduzcan la responsabilidad social, construcción de tejido social, y mejoramiento de la calidad de vida de sus veteranos. La cuales a lo largo de estos 9 años, en articulación con varias Universidades ha desarrollado proyectos en temas de paz, pero que sus acciones convergen en un llamado a seguir trabajando, para establecer metodologías que permitan continuar en el trabajo del desarrollo de la paz al interior de la organización.

2.11.8 Política de Discapacidad de las fuerzas Públicas de Colombia

En el 2002 el MDN comenzó a participar en el plan Nacional de Discapacidad del 2003-2006, en el 2002 la DGSM Dirección General de Sanidad Militar conformó el área de Rehabilitación y Discapacidad, pero es en el 2006 la resolución 1434 la que conforma el área de rehabilitación encargada de liderar los programas de rehabilitación militar, dando directrices del proceso de rehabilitación. En el 2009 junto con el documento Conpes 3591 se identifica las particulares del sistema, que permita mejorar la calidad de vida e inclusión social, en el 2011 la ley 1471, se especifican normas, que se debe realizar, responsables y a quienes van dirigidos.

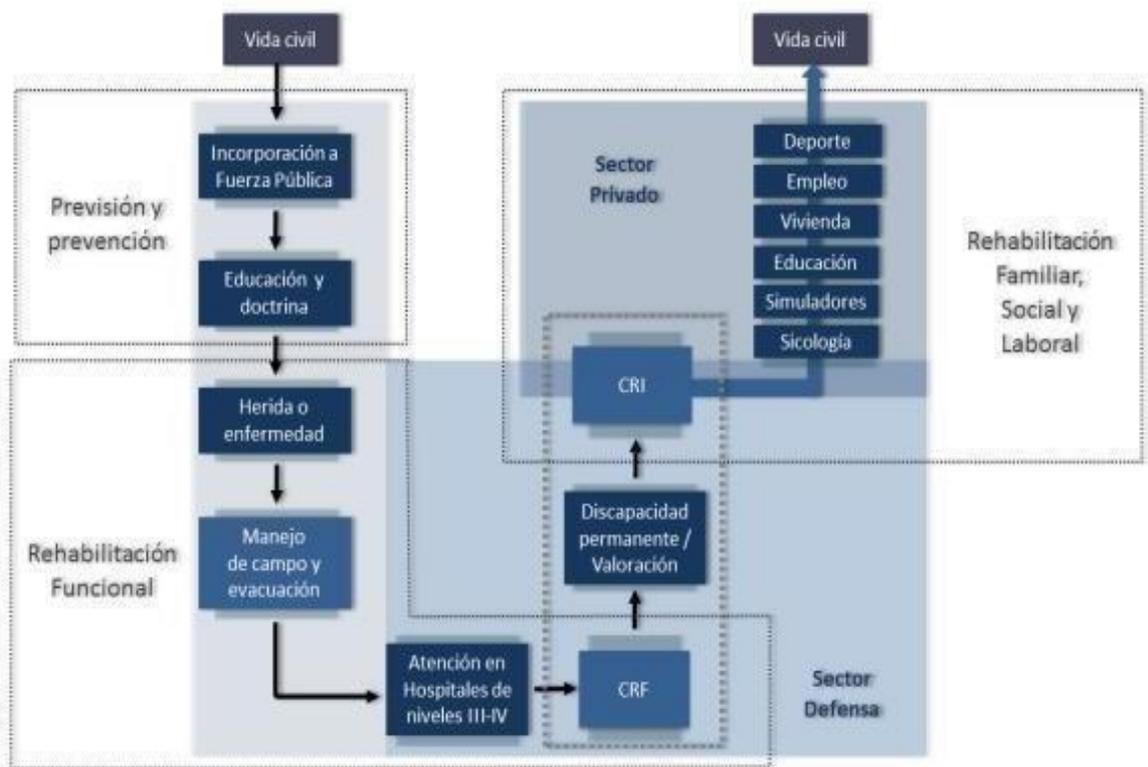
Ya para el 2014 la 4584 se establece la política de discapacidad, la cual tiene unos principios rectores, los cuales se determina como la Dignidad Humana y la corresponsabilidad, la accesibilidad, igualdad, y no discriminación, enfoque diferencial y visión holística de discapacidad.

Las fases de rehabilitación de la política pública de las fuerzas Públicas

1. **Fase de previsión, Prevención y protección:** Acciones de procesos de aptitud psicofísica, elaboración de mapa de riesgos, Conducto en caso de adquirir una discapacidad, educación en riesgos, fortalecimiento en el protocolo de la identificación de enfermedades mentales, Doctrina y dotación, desarrollo y fortalecimiento de elementos de protección.

2. **Fase de rehabilitación funcional:** Atención para el control de daño primario, atención de niveles de alta complejidad, recuperación, habilitación, protetización, programa de pares, fase aguda.
3. **Fase de rehabilitación familiar, social y laboral:** Planteamiento evaluativo, potencialidades, generar el nuevo proyecto de vida.

Figura 2-6 Política pública de Discapacidad del sector de seguridad y defensa



Fuente: Política Pública de Discapacidad del Sector Defensa de la República de Colombia

2.12 Metodología

La investigación que aquí se propone tendrá como punto de partida o primer momento el trabajo de revisión documental, que incluye la búsqueda sistemática en bases de datos y la revisión bibliográfica. Esta primera fase pretende obtener información general sobre las PcD física que fueron víctimas de conflicto armado en Colombia, que pertenecen a la FuerzasPública y hacen parte de los programas de rehabilitación de la DIVRI. En un segundo momento se realizará un análisis de los resultados basado en enfoques teóricos y, por último, se propondrá una alternativa de solución, la cual consiste en generar los materiales necesarios para la posterior publicación de una cartilla sobre actividad física adaptada, autocuidado y calidad de vida para la paz.

En lo metodológico se tratará de una investigación cualitativa y descriptiva de tipo hermenéutico que incluye la realización de entrevistas dirigidas a las veteranas víctimas del conflicto armado.

A lo que se suman las historias de vida de las personas entrevistadas, estas historias de vida y los relatos de vida adquieren cada vez mayor relevancia al interior de los estudios en ciencias sociales, donde son definidas como técnicas de investigación cualitativa que sirven para "... reconstruir el pasado de individuos, grupos y colectividades, como hechos sociales y no como hechos individuales". La diferencia entre uno y otro concepto radica en que mientras las historias de vida acuden a otras fuentes de información diferentes a la entrevista, el relato de vida corresponde a la narración testimonial realizada por el informante y que es recogida por el investigador. Pero una vez obtenidos los datos, bien sea por medio de las historias o los relatos de vida, no se da por concluida la tarea, pues corresponde interpretarlos y darles sentido, y es aquí donde entra en escena la hermenéutica.

En principio, la hermenéutica surge como una disciplina dedicada a desentrañar el sentido de los textos bíblicos y religiosos con el objetivo de alcanzar su verdadero sentido. Posteriormente, los procedimientos y las técnicas hermenéuticas se trasladan hasta el campo de los textos literarios con el mismo objetivo, desentrañar su sentido y significado. Posteriormente, hacia la segunda mitad del siglo XX, aparece lo que Gadamer va a denominar como "hermenéutica crítica", cuya finalidad ya no son los textos, sino los

hechos. El objetivo de la hermenéutica crítica radica de lograr la interpretación más amplia posible de un hecho –en este caso la discapacidad– y darle sentido al mismo a partir de la comprensión de la forma en que es entendido por quienes se encuentran inmersos dentro del mismo, la hermenéutica gadameriana, destaca la interpretación y comprensión en el contexto de la tradición y los prejuicios, los prejuicios no deben eliminarse sino reconocidos y comprendidos. En la metodología cualitativa, los investigadores reconocen que traen consigo sus propios prejuicios y experiencias al proceso de investigación. La conciencia de estos prejuicios es esencial para una interpretación reflexiva de los datos. En otras palabras, y para lo que interesa a la presente investigación, se trata de entrar a determinar el significado de la discapacidad para los miembros de la Fuerza Pública en lo personal, social, familiar y profesional, a la par que se piensan los distintos medios que permiten la resignificación de sus vidas.

Para Gadamer representa la entrevista como un dialogo, en su tercera parte de *Verdad y método* su obra fundamental, que trata el lenguaje como hilo conductor del giro ontológico de la hermenéutica, Gadamer propone que veamos a la interpretación desde la perspectiva de la conversación, por eso el título del texto de este trabajo y además del trabajo en la teoría de la interpretación “tiene que reposar sobre una interpretación «correcta», y esto implica necesariamente la comprensión misma entre la historia y el presente”, enmarcado en una “fusión de Horizontes” como el proceso mediante el cual las perspectivas del intérprete y del texto se entrelazan y enriquecen mutuamente. (Gadamer, 1993).

Las ideas de Hans-Georg Gadamer, expuestas en "Verdad y método", pueden vincularse con enfoques metodológicos cualitativos en investigación que a menudo utiliza y enfoques participativos colaborativos, mediante la comprensión profunda y contextual de las entrevistas, que mediante esta interacción constante entre investigadores y participantes, así como la interpretación y diferentes perspectivas que enriquece la comprensión. (Bauman, 2010)

Al aplicar las ideas de Gadamer a la metodología cualitativa, los investigadores pueden adoptar un enfoque más reflexivo, contextual y orientado al diálogo en la interpretación de datos. Esta conexión puede contribuir a una comprensión más profunda de los fenómenos estudiados y a la construcción de conocimiento.

3.Conversaciones

Para el análisis de los resultados se tomaron 7 entrevistas de experiencias de soldados retirados a nivel nacional del Ejército Nacional de Colombia, siendo soldados regulares y profesionales. Una vez los relatores dieron su consentimiento informado, se realizaron todas las entrevistas abiertas semiestructuradas usando la guía preestablecida de la entrevista (verla guía para la realización de la entrevista en el anexo B) hasta completar todas las categorías grabándola en formato de audio. Las entrevistas grabadas se transcribieron línea a línea de manera manual para su posterior análisis. La guía presentaba preguntas abiertas que abordaban a) los beneficios y desventajas percibidos de los programas, b) las barreras y facilitadores percibidos para la participación, y c) sugerencias para mejorar los programas. Cada grupo duró entre 40 minutos a una hora. La recopilación de estas entrevistas se realizó durante 4 meses, además de asistir a las sesiones de talleres que ofrece las DIVRI dentro del programa de actividad física vida productiva, y entorno y programa de habilidades sociales y comunicativas, los cuales se programaban de manera presencial y virtual durante las semanas,teniendo la opción de elegir y participar con los mismos soldados. Cabe aclarar que no fueron los mismos a los cuales se les realizó la entrevista.

3.1 La calidad de vida subjetiva en la práctica de la actividad física de los veteranos

La calidad de vida se compone de factores subjetivos y objetivos, los cuales son relevantes a la hora de calificar o dar un concepto de que tanta calidad de vida podemos tener o experimentar en determinado momento de la vida. Estas experiencias nos permiten identificar esos factores contribuyentes para que tenga una influencia positiva en los veteranos con discapacidad física de la fuerza armada de Colombia.

3.1.1 Barrera Internas

Las barreras son todos aquellos elementos que no permite lograr la meta planeada, se dividen en externas e internas, estas últimas son las que corresponden al interés del presente escrito. Si bien, las barreras externas son significativas, mediante la libertad que le concede a cada institución la normatividad nacional para diseñar y ejecutar los programas de rehabilitación, las barreras externas son superables.

Luego de realizar la revisión bibliografía de la normatividad, de haber participado en los talleres impartidos a las personas con discapacidad que se ofrece en la DIVRI, haber realizada las respectivas entrevistas y posterior este análisis, se puede dar cuenta sé que en el proceso de rehabilitación dentro de la institución existen las siguientes barreras.

3.3.1.1 La definición de Actividad física en el DIVRI

La definición de la actividad física surge como una acción y/o rehabilitación de entrenamiento dentro del deporte de elección, para los entrevistados. No existe una diferenciación de la actividad física y deporte, en algunas experiencias se determina que la actividad física hace parte del proceso de rehabilitación, y el deporte se vuelve una especialización hasta incluso una profesión:

“Yo directamente llegué a ser como un usuario, valga la redundancia, de específicamente como la parte de actividad física acá, del gimnasio, las piscinas, porque era lo que necesitaba en ese momento, porque me encontraba en el proceso de rehabilitación de mi lesión”. (Daniel 37 años)

“Yo realizo la actividad física de domingo a domingo, depende de las cargas, pero por lo general hago como cuatro horas, cinco horas al día”. (Euclides 33 años).

“Yo hacia la actividad física en mi proceso de rehabilitación apenas llegué al DIVRI, luego ya inicié en la práctica de voleibol sentado y ya empecé con los entrenamientos en ese deporte”. (Víctor, 42 años).

“Yo no realizo actividad física, yo entreno en el deporte, no tengo tiempo de realizar más actividades fuera de mi entrenamiento, y cuando estoy con mi familia hacemos otras actividades, pero estas no”. (Wilmer 32 años)

“El entrenamiento mío, como soy deportista, todo el entrenamiento es de lunes a sábado. En la mañana hago calentamiento en la pista corriendo y después iniciamos a hacer la técnica y en la tarde hacemos gimnasio dos horas”. (Román 36 años)

“Todo el entrenamiento es de lunes a sábado. En la mañana hago calentamiento en la pista corriendo y después iniciamos a hacer la técnica que es el lanzamiento y en la tarde hacemos gimnasio dos horas” (Francisco, 42 años)

Mientras siga existiendo un vacío sobre lo que es realmente actividad física, no vamos a cambiar la historia, de que las personas con discapacidad puedan seguir las recomendaciones establecidas para la realización de misma, y a pesar de su sentido polisémico, es necesario adoptar la meta de que las personas con discapacidad sean más activas (OMS, 2018) entendiendo que a mayor posibilidad de realizar la actividad, mayor será la probabilidad de tener una mejor condición de salud, calidad de vida y bienestar.

3.3.1.2 La Calidad de vida creando subjetividades.

Dentro de las categorías de la calidad de vida, explicadas anteriormente en su definición, las barreras comienzan a formarse desde el momento exacto en que ocurre el evento que ocasionó la discapacidad. Se ha notado en los relatos que el entorno social de los veteranos con discapacidad es también otra barrera, ya que la percepción que ellos sienten que los otros tienen de su condición es, en algunos casos, menosprecio, lástima, inutilidad. Para los sobrevivientes, una gran barrera surge del paradigma médico establecido en lo denominado como sano, ya no tanto en lo religioso, en lo que se entiende como bueno o malo, sino, más hacia un enfoque médico de no estar completo.

“Porque quizás a muchos les agrada tu condición, a otras no y te van a criticar. Entonces, tiene uno que jugar todo ese papel. Primero, aceptar la condición que uno tiene para que el día de mañana, te topes con cosas así, pues ya tú tienes una madurez y tienes un pensamiento diferente a lo que otras personas piensan o dicen”. (Wilmer 32 años).

“Desde un principio que entran a visitarlo a uno entran con la lastima, que pobrecito, a meterle sus preocupaciones, su dolor, deben siempre verlo con una sonrisa, es lo que lo llena a uno, que cuando esta con otro amputado u otra persona, no estamos viendo discapacitado sin o dos personas normales que están sentadas y ya, lo que me paso al principio uno llegaba a su casa y hay que gente que lo conoce a uno y se bendecía y decía pobrecito, entonces un a veces se achicopala psicológicamente por eso cuando uno está en ese proceso Le ha pasado entonces a uno le afecta más”. (Daniel; 37 años)

El medio ambiente relacionado en la calidad de vida involucra varias esferas, entre ellas el entorno físico y social. Es difícil dentro de los veteranos de la fuerza pública considerar que una persona fuerte también puede estar en una silla de ruedas o tener una prótesis, por

eso la actividad deportiva, se enmarca en demostrar que a pesar de no tener anatómicamente un miembro aún se sigue siendo competitivo, demostrando así ser completo y visible ante los otros. Se ha considerado que la capacidad de ejercer control sobre “El entorno satisface no solo una necesidad psicológica básica” (Deci, 2000), sino también una necesidad biológica (Leotti, 2011, Leotti, 2010).

“Es involucrarlos y darles a conocer en este caso la dirección de veteranos, ya que cuando ven a una persona corriendo, moviéndose con discapacidad, eso visualmente fue lo que me motivó y me llevó a ser independiente y lograr la persona que soy hoy en día, y pensar que uno al principio solo llegaba a un batallón de sanidad, y pensar que uno es solo uno, el único herido, llegar en mi caso, en mi tiempo, donde en sanidad no más habían 270 amputados y más de 5000 heridos, y darse cuenta que no eres el único, pero venga ellos lo hacen solo y a mí me están ayudando, yo tengo que ser como ellos, está como ese núcleo social de complejidad de superarse cada día más” (Daniel, 37 años).

En la experiencia de la Comisión de Conciliación Nacional y de la comprensión, arrojada por los observatorios de paz en torno a las dinámicas del conflicto armado a nivel político, social, económico y territorial en Colombia, han categorizado diferentes iniciativas dentro de esos ejes. Uno de esos ejes es el modo de comprender la paz y la reconciliación, (Bohórquez R. 2012)

Ambientes inclusivos positivos permiten alcanzar la reconciliación y comprensión de la paz, por ello es indispensable promoverlos, desde el primer momento en que sea ha presentado la discapacidad, pues esto contribuye a la resolución de sentimientos como la rabia, resentimiento y odio hacia el enemigo o persona que lo haya ocasionado, mejorando la respuesta cerebral y reduciendo los cambios neurofisiológicos que con estos se puedan generar.

El ambiente social que permita realizar la actividad física se traducirá en tener menores efectos nocivos para la salud, sobre todo para las personas con discapacidad física. Por esto, tener en cuenta la disponibilidad de la persona para realizar la actividad, puede ser un factor a favor adherente:

“Yo creo que al estar uno pensionado, con una estabilidad económica, por lo menos en mi caso, al quedarse uno a laborar, al son de qué, laboraba con responsabilidades muy grandes antes

del hecho, con pagos que generaban la responsabilidad de estar laborando sin descanso, con demasiado estrés, de pronto porque estudié arquitectura no por vocación, sino porque quería realizar una carrera universitaria pero no sabía qué realizar, ahora que tengo tiempo puedo entrenar". (Daniel 37, años).

3.3.1.3 Enfoque de autocuidado.

Cuando las intervenciones abarquen temas como "corresponsabilidad" o "responsabilidad compartida" (Schmidt, 2009; Blacksher, 2010; Blacksher 2012) se podrá mejorar la participación de los integrantes en todos los procesos, o áreas diseñadas para mejorar su bienestar y calidad de vida. Lo anterior debe ser una tarea fundamental en cualquier proceso de rehabilitación. Por lo tanto el de la DIVRI fomentar la corresponsabilidad implica el propio compromiso en el proceso, es decir, la recuperación final depende, en gran medida, del mismo paciente. Su autosuficiencia y su conciencia basadas en el autocuidado son también, un facilitador que mediante la actividad física fortalece la calidad de vida.

Ese proceso de autocuidado, de responsabilidad y corresponsabilidad, está presente en una de las etapas del proceso de rehabilitación integral de la DIVRI, en la fase de previsión, prevención y protección, pero no se oferta dentro de las opciones de talleres que brinda la institución en el marco de la rehabilitación inclusiva.

"Poderme transportar, ser independiente, poder hacer todas las cosas de manera independiente. Entonces, creo que para mí eso lo es todo, porque es muy complejo, digamos que en el caso de nosotros, que tenemos ese estado de incapacidad, que tú quieras salir y no lo puedas hacer de manera independiente, que siempre tiene que estar alguien ahí para que te pueda llevarte o que te toque guiarte en algo que tú quieres hacer". (Wilmer 32 años).

Es importante tener en cuenta la relación de la prevención y el autocuidado como eje transversal en todas las fases del proceso de rehabilitación, y más aún concientizar en la fase de previsión, el mantener, los elementos de protección adecuados, como coderas, botas antiminas, protección auditiva, chalecos, gafas antiesquirlas, y otros elementos de protección, que permitan disminuir el riesgo de discapacidad y muerte en el ejercicio de sus funciones:

“En el año 2018, estando en el área operaciones, exactamente en el norte del norte de Santander. Pues de inicio nos encontrábamos en Cúcuta, pero como nos despliegan a nivel nacional, pertenecíamos a una unidad especial, pues pasan unos sucesos y somos elegidos para ir a cierta misión. Entonces, estando ya en el área operaciones, empezamos a caminar al encuentro de otros compañeros que estaban heridos, que ya habían caído en unos campos minados. Entonces, éramos como el apoyo de esas personas. Y realizando esos desplazamientos, buscando la forma de cómo encontrarlos, caí en un campo minado. A raíz de eso, como te mencionaba al principio, pérdida de las dos piernas, lo del ojo izquierdo, algunas piezas dentales y pues lo suceso con algunas falanges de ambas manos”. (Wilmer 32 años).

Cabe resaltar que el entrenamiento continuo, de posibles eventos sorpresivos, permite conocer que se puede hacer en cada caso.

“La discapacidad la adquirí laborando al salir de un campamento guerrillero en una operación militar, el cual detona una mina explosiva” (Román 36 años).

“Sufrí mi accidente como especial en el norte de Santander, en donde perdí mi pierna izquierda con artefacto explosivo” (Víctor, 36 años).

3.3.1.4 Descentralización de servicios, mejores opciones hacia la periferia

Según los participantes algo importante por resaltar como una barrera son los traslados y el transporte, (Díaz R. 2019) que si bien conocemos no hace parte del sistema de salud, es perentorio a la hora de alcanzar, cumplir y mantener el proceso de rehabilitación y de la inclusión social. Es importante tener en cuenta que para promover la actividad física en los veteranos de la fuerza pública, los servicios adicionales como pueden ser el transporte, alimentación, estadía y la entrega y adecuación de prótesis son necesarios para realizar la rehabilitación inclusiva. Cabe resaltar que en los participantes de fuera de Bogotá se evidencia más esta dificultad, que para los residentes de la capital:

“Mirábamos que en otros países, los militares que van a la guerra y han tenido sucesos, pues entonces, ¿qué hacen allá en los otros países? Premian al militar, digamos que una beca si quiere estudiar, digamos que si no tienen transporte le consigues un transporte, le dan su vivienda y va a gozar de unos beneficios que realmente uno acá en Colombia no mira ese respaldo como tal”. (Wilmer, 32 años)

La centralización de los servicios es una barrera de acceso a mejores oportunidades y a continuar ejerciendo la práctica deportiva; como medio de sostenimiento:

“No están los estímulos, no está el apoyo de la fuerza, entonces, la gente opta por dejar toda a medias y buscar otras cosas como para hacer” (Wilmer, 32 años, Carepa; Antioquía)

“Que el programa tenga más apoyos económicos frente a sus necesidades en cuanto, por ejemplo, al cambio de prótesis, que tenga que viajar, entonces que tenga la disponibilidad del transporte, la disponibilidad del lugar donde van a quedarse cuando se tienen que trasladar de ciudad a ciudad, o que les facilitarán el tema y que se la pudieran llevar a esta Montería y se la dejaran ahí”. (Román 36 años, Montería).

“Se constata en ambos grupos la necesidad del apoyo de las fuerzas públicas para participar en eventos deportivos nacionales e internacionales, donde es necesario pagar la alimentación, estadía; transporte, ya que ellos van como representantes de la fuerza

“A termino personal, sí, las fuerzas militares tienen un gran nombre, son las fuerzas, necesito que me apoyen en gran medida, no sé el tiquete, transporte, bueno lo apoyamos con eso, pero hay unos temas contributivos que no sé, a veces uno se ve limitado por eso, si puede realizarse a nivel personal sería algo muy bueno tener el transporte y poder participar” (Daniel 37 años).

A pesar de que la política pública de discapacidad del sector de seguridad social y defensa dicta la necesidad de establecer otros centros en otras ciudades, para el desarrollo de la fase de rehabilitación, familiar, inclusión social y laboral, continúa siendo una barrera para las personas con discapacidad, foráneas a Bogotá, no poder tener las mismas ventajas que se ofrecen en los lugares cercanos al distrito capital. Por esta razón, es importante el inicio y fortalecimiento de un seguimiento y caracterización de las personas con discapacidad, mediante la construcción de bases de datos y un sistema de información que permita analizar en dónde se encuentran instalados los veteranos, con el propósito de identificar y establecer mejoras en aquellos lugares donde estén nuestros héroes, quienes necesitan continuar con su entrenamiento. El fomento de la actividad física y la creación de entornos accesibles y adecuados para los veteranos no residentes en Bogotá, mediante la búsqueda de aportes y recursos en el sector privado e internacional, les facilitaría no abandonar su actividad deportiva.

3.3.1.5 El desconocimiento del DIVRI

Uno de los aportes más mencionados en los relatos, aclarando que los veteranos entrevistados presentaron su evento aproximadamente hace 4 años, es como fue el ingreso al programa de Inclusión que se presta en el DIVRI, los entrevistados manifestaron que lo habían conocido por compañeros que los invitaron a pertenecer a la misma liga que ellos asistían, un voz a voz, sin embargo, ninguno manifestó que lo conoció por los profesionales que lo atendieron en su proceso, ningún funcionario se los propuso como alternativa o se los presentó a manera de ruta de cumplimiento para todos los sobrevivientes del conflicto armado interno.

“Lo conocí fue porque en el 2018, estaba en el proceso de cambiar la prótesis en el hospital militar, ya por su vida útil ya tocaba cambiarla. Y escuché un compañero que me encontré, que estaba cambiando la prótesis, y me habló del DIVRI”. (Daniel 37 años).

Esto se encuentra muy relacionado con la influencia de la práctica de actividad física, gran parte son la sensación de barreras que una persona puede experimentar, las cuales puede ser el estado actual de salud, “el apoyo social, las demandas competitivas relacionadas con las responsabilidades del cuidado y los horarios de trabajo, el costo financiero del uso de las instalaciones y la sensación de autoeficacia, el transporte, el personal que atiende en los gimnasios por ejemplo, entre otros factores”. (Seefeldt, 2002; Taylor, 2007)

3.3.1.6 Falta de información acerca de los eventos deportivos

En los últimos años el legado deportivo ha tenido un interés particular para producir ese importante cambio en el comportamiento de las personas con Discapacidad. (Hierba M 2012; Biddle S. 2023) El autor mencionado, muestra cómo la ciencia del “cambio de comportamiento se puede aplicar a la creación de efectos heredados de la actividad física de los Juegos Olímpicos u otros eventos deportivos importantes”, lo que quiere decir es que para el caso de las víctimas de conflicto armado, conocer y aprovechar los juegos “invictus”, juegos paraolímpicos de los veteranos y los juegos paraolímpicos para la población civil, puede ser un factor determinante de producir ese efecto, llamado “efecto

Wimbledon”; donde las canchas o escenarios deportivos presentan más afluencia después de un evento de dicha magnitud, así sea por corto tiempo.

Este tipo de efecto no se ve en ninguna manifestación de los veteranos entrevistados, lo que quiere decir que en un momento determinado, estos certámenes no son tan conocidos para los veteranos. La adherencia a las prácticas deportivas y la motivación para pertenecer al programa de rehabilitación de la DVRI surge de la observación personal que llegan a tener los veteranos de algún compañero cercano:

“La motivación hacia otros compañeros, el ejemplo, el espacio, como fuente de inspiración y el reconocer en el otro que se puede: “Pues, quería hacer gimnasio. Miraba, en ese entonces, estaba la liga de fuerzas armadas, miraba a los pelados que entrenaban y pues a mí me gustaba, sí, porque veía que era algo bastante divertido y había buena unión entre profesores y los atletas. Entonces yo dije, no, pues acá puede ser la oportunidad de que al menos, si no estoy en la liga, pero sí puedo hacer ejercicios para fortalecimiento y alcanzar una buena recuperación. Bueno, entonces empecé a entrenar, empecé a ir al gimnasio”. (Román 36 años)

“Yo ingresé a la DIVRI, me puse a nadar como método de rehabilitación, Y me dijo un compañero mocho vámonos a nadar con la liga y me fui a nadar allá, así empezó todo. (Euclides 33 años).

3.3.1.7 Bajo fomento espiritual

En la oferta institucional del proceso de rehabilitación inclusiva de la DIVRI no se encuentran clases de espiritualidad, paz, resolución de conflictos, liderazgo, tejido de paz, y/o clases de yoga, taichí, etc.

Es importante establecer la espiritualidad como un aspecto significativo en el cual se debe avanzar. Muchas investigaciones apoyan esta teoría (Hourani L. 2012; Hufford D. 2010;) En el grupo de trabajo de la condición física espiritual del departamento de defensa de los EEUU, se recomiendan para el fitness total las terapias cuerpo-mente basados en la atención plena (meditación), con miras a la prevención de enfermedades y trastornos relacionados con el stress. El programa consiste en un entrenamiento de acondicionamiento mental basado en la atención plena, el cual se constituye en una serie de ejercicios y técnicas diseñados para mejorar la agilidad mental, la regulación de las emociones, la atención y la conciencia situacional, diferente a lo que se podría manejar desde la psicología.

Para los veteranos víctimas de conflicto armado, la recuperación estuvo dada por las creencias religiosas y creencias ancestrales, las cuales se experimentan como fuente de resiliencia y un factor de orientación o motivación:

“Como todo militar uno tiene la parte religiosa a pesar de no ser cien por ciento devoto a una religión; si uno, es muy creyente a Dios entregarse a la parte religiosa a Dios, ayuda. Siempre en muchos casos la recuperación materna, los abuelos que bñese con esto, que se limpie con eso o a veces uno escéptico pero se da cuenta que son medicinas alternativas que son funcionales en la parte deportiva; más, como no, a lo cultural si uno es constante y juicioso con el proceso de recuperación”. (Daniel 37 años).

“Los que quedamos en condición de discapacidad, creo que Dios nos brindó una segunda oportunidad de vivir. Si te dan una segunda oportunidad de vivir, es conoce tu vida con amor, vive tu vida con locura, haz lo que te gusta, haz lo que te apasiona, que si el día de mañana falleces, no hay arrepentimiento en tu corazón” (Euclides 33 años)

“Primeramente, nos recibe el hospital militar. Allá paré un mes en UCI. Bueno, gracias a Dios, pues como te decía, la intervención de los médicos y Dios que pone sus manos a través de los médicos y todo el personal especializado en sanidad, hicieron un buen trabajo” (Wilmer 33 años)

“Entonces, la discapacidad, como se dice, no va en el cuerpo, sino va la mente. Si usted está fuera de la mente, no puede salir adelante, entonces, siempre se va a quedar ahí. Entonces, hay que seguir luchando por nuestros sueños y el deporte es una de las mayores cosas que la ayudan a uno a superarse”. (Víctor 36 años).

La importancia de la espiritualidad se ve también reflejada en las personas que comparten con ellos día a día:

“Me siento que fui muy feliz con la profesión que me tocó estudiar, y lo vivo con toda pasión, pero ha sido un regalo de Dios el poder estar en este sitio, yo, siento que debo haber hecho algo muy bueno para estar acá y poder ver la discapacidad con otros ojos, uno lo dice como de dientes para afuera, la discapacidad, no es una enfermedad, pero aquí es donde uno ve que la discapacidad está en la mente, y que uno puede tener más discapacidad que los usuarios que vemos día a día, con una amputación bilateral por ejemplo, y pudiendo escalar un muro durante 3 metros, eh... siendo nadadores, ahí sí como pez en el agua, verlos crecer, a pesar del sufrimiento y lo que trauma de haber estado atados de diferentes formas físicas y mentalmente, como por ejemplo ver a sus compañeros morir, a sus seres queridos sufrir porque están sin un miembro de su cuerpo, que perdieron una posibilidad sensorial y verlos sonreír y verlos salir adelante, y verlos graduarse de bachilleres de pronto de universidades, hacer un curso, verlos trabajando, creo que eso es realmente lo que queda como de aprendizaje de vida” (Ada 50 años).

Es necesario que en la calidad de vida, en lo relacionado con la subjetiva, se desarrollen herramientas que permitan la integralidad y el equilibrio, sobre todo en la parte espiritual.

“Entonces mi Dios es muy grande, que le dice a usted, lo prepara todos estos años, va a quedar así, son cosas de la vida es algo normal, así lo entendí yo y por eso seguí el desarrollo mío, por eso seguí mi propio camino, el camino mío no lo formé yo, sino Dios, o sea yo tengo un nivel espiritual, quedé así por algo que de pronto iba a ser peor, lo asumí así, entonces al asumirlo así, dije bueno me salvé de algo, lo logré superar” (Francisco 45 años)

3.1.1 Barrera Externas

3.3.2.1 Percepción de la discapacidad fuera de Bogotá y de Colombia

Una de las barreras externas que es preciso resaltar, que nos ayuden a la divulgación y socialización de las políticas para las personas con discapacidad, es la manera en que ellos manifiestan en cuanto a la percepción de la discapacidad en el interior o la ciudad de Bogotá a diferencia de los municipios o en otros países como Estados Unidos. Informan que en los municipios las personas con discapacidad las esconden y no les permiten participar en otros escenarios, mientras que países como EEUU, se sienten respetados además de que siente menos barreras arquitectónicas, que lo perciben en la capital de los colombianos:

“Por ejemplo, allá en Bogotá es más fácil, porque se encuentra con gran cantidad de personas y hay muchísimo más personal con discapacidad. Ya acá, digamos que en lo urbano, así en los municipios y cosas así, es más complejo por lo mismo, porque la gente, digamos que tiene una discapacidad y la gente se escude en ella, se esconde, o sea, como que esconden a esa persona, no lo sacan pues como a relucir o sacarlo por ahí, a que haga algún tipo de ejercicio, sino que bueno, yo ya tengo esta condición y ya me quedo así. Entonces, pues es bastante complejo y por acá muy poco les trabajan a esas cosas así. Quizás de pronto uno por ahí en la calle se encuentra con pelados, así en silla y a de rueda, pero no practican ningún tipo de deporte. No sé si de pronto sea por el desconocimiento o porque realmente dentro del municipio no haya algún programa que le brinde o tengan ese apoyo para que ellos tengan una manera como de distraerse. Pero muchas veces porque los esconde” (Euclides, 32 años, carepa Antioquía).

“Entonces qué le toca a uno, colocar tutela con todas las cosas para que lo incluyan y lo tengan en cuenta, entonces la cultura de acá es así, uno va a USA y a uno lo tratan diferente, no que venga acá, que lo ayudo, a uno lo tratan diferente y lo respetan y lo ven a uno no como que cagada lo que le pasó sino lo admira porque uno sale a la calle a hacer algo, uno no pide plata allá, uno trabaja, aquí se aprovecha de una discapacidad y piden plata, que ay que mira que tengo 5 hijos, allá no, tú necesitas algo consígalo, nosotros le ayudamos a conseguir, le dan la oportunidad, acá no le dan la oportunidad” (francisco, 42 años)

3.1.2 Facilitadores

3.3.3.1 *Autonomía y la práctica de actividad física*

Los participantes resaltan el valor de la autonomía como un facilitador para lograr la práctica del deporte. Realizar actividad física, mantener una constancia competitiva y alcanzar las metas propuestas en sus respectivas disciplinas, fueron impulsados por una voluntad que se formó poco a poco mediante la práctica deportiva.

“Pues yo creería que el deporte, en mi caso, te hablo desde mi posición, en mi caso el deporte fue la rehabilitación como tal, porque enfrenté muchos retos, me enfrenté a muchos miedos. Entonces, creo que como que vivir la experiencia me ayudó a ser una persona independiente. El deporte, pues ha ayudado a estar a uno con un buen estado de ánimo y también como es salud”. (Wilmer 32 años).

“Durante un tiempo no entrenaba. Solo en mi casa hacía solo comer y dormir. Eso me tenía gordísimo, y apenas entré al deporte, pues me ha cambiado muchísimo, logré ser más activo e independiente”. (Roma, 37 años)

“inicialmente yo lo tomé como mi proceso personal de recuperación, porque yo quería andar, no quería estar atado a unas muletas o una condición. Pues esto me ha enseñado mi experiencia y de pronto lo que he querido mostrar los demás o los que me preguntan es que cuando uno es paciente, dedicado y constante y realiza un buen proceso de recuperación, Realizó las terapias adecuadamente, me esfuerzo en realizar la técnica, realizar los procesos como son, porque lo que busco en un fin es un bien para mí, más no realizar un tiempo una terapia o una circunstancia solo por cumplir”. (Daniel 37 años)

Igualmente, otro facilitador dentro del programa de rehabilitación inclusiva en la DIVRI es la oportunidad de elegir y experimentar las diferentes actividades deportivas. A estas se suman la elección de talleres complementarios.

“Yo no conocía del DIVRI, y no tenía idea de todo lo que podía realizar, hasta que inicie con todas las actividades que allí se realizan, inicie, con natación, pero sentí que no era lo que quería, luego seguí con el voleibol sentado, y finalmente encontré en el triatlón, el deporte que me gustó más y ahí me quedé, me permitió tener opciones de escoger y experimentar en varios deportes hasta encontrar con el mejor me podía desempeñar”. (Wilmer 32 años).

“Sugirieron acuaterapia o actividades de terapia o un deporte, entonces, ingresar a la parte natación. Desde el 2009, más o menos, ingreso a natación, ya comienzo a aprender a volver a nadar, porque yo sabía nadar, pero cuando en mi caso personal me metí a nadar, no avanzaba hacia adelante, sino nadar en círculos en el mismo punto, como si fuera una brújula. Ahí ya fue adquiriendo pues desplazamientos y ya me metí como a la vida deportiva competitiva y luego pasé al triatlón, donde me encuentro ahora.” (Daniel 37 años).

Cuando el proceso de rehabilitación es realizado por personal experto, en el tema de discapacidad física, e interdisciplinario, se favorece un ambiente adecuado para el desarrollo y fortalecimiento de las subjetividades dentro de las áreas de la calidad de vida.

Es necesario que la actividad física se asocie con aspectos relevantes en las diferentes disciplinas, como lo puede ser el proyecto de vida, la comunicación, el habla, la resiliencia, etc. La misma institución que dirige el proceso de rehabilitación, debe encargarse de que la actividad física vaya de la mano con otras formaciones y que sean abordadas de manera interdisciplinaria, por eso la práctica de actividad física puede llegar a integrarse con otras alternativas que puedan llegar a mantenerse en el tiempo:

“El usuario se pierde, no vuelve al resto de actividades que no son las deportivas, porque los usuarios, sienten que ya no necesitan nada más que el deporte”. (Ada, 50 años).

“el modelo de rehabilitación integral inclusiva tiene un fundamento, y es que el usuario que cursa con una condición de discapacidad física, sensorial, cognitiva, mental, o múltiple requiere de un acompañamiento integral que le permita primero identificar luego de haber sido enfrentado a una discapacidad, pueda establecer cuáles son esas herramientas y capacidades que se tienen para desempeñar algún tipo de actividad, sea cual sea los roles que ellos quisieran tener, y nosotros manejamos unos roles inclusivos que son sociales, familiares, el académico y el laboral, por eso, nosotros creamos programas, programa de habilidades sociales y comunicativas, que están compuestos por psicólogos, neuropsicólogos y fonoaudiólogos, que es mi campo, y nosotros digamos que nos enfocamos mucho en lo que es todo el proceso social, proceso cognitivo y toda las habilidades comunicativas que se necesitan de forma muy transversal para apoyar a cualquiera de las líneas”. (Ada, 50 años).

Las opciones o variedad de programas que pueden existir dentro del proceso de rehabilitación permiten enriquecer el abordaje integral de las personas con discapacidad, el poder elegir que cursar, brinda una fortaleza.

“La actividad física, es ver al usuario como persona, que necesita de otras disciplinas para no fragmentarlo, que realice actividades como danza, yo dicto danza inclusiva, para el manejo de la expresión Corporal y con eso manejo todo el respeto al cuerpo o sea conciencia del cuerpo” (Lina, 37 años).

Es necesario que las personas con discapacidad tengan la capacidad de elegir, sobre las actividades de rehabilitación como de inclusión social. Se ha demostrado que la oportunidad de elegir les suministra a las personas con discapacidad la adquisición de habilidades motoras, mejora las funciones ejecutivas y la memoria de trabajo, (Lessa; 2015; Lewthwaite, 2015). También se ha demostrado un rendimiento y un aprendizaje superiores en comparación con las personas a las que no se les permite elegir. (Lessa; 2015).

“Entonces, dentro de estas disciplinas, si mal no me acuerdo, eran cuatro, que era ping pong, natación, ciclismo y bocha. Entonces, dentro de estas disciplinas, pues la que más se me acomodaba en ese momento para mí para la recuperación era la de natación”. (Daniel, 37 años)

“El que más me llamó la atención fue el de pesas, el levantamiento de pesas. Después tuve la oportunidad de estar practicando natación, pero no me gustó. Pues se defiende uno un poco, pero ya como para nivel competitivo miraba que era bastante complejo porque trataba de trabajar mucho. Y el peso y la amputación no favorecían tanto. Entonces, no me llamó mucho la atención. Ya después miré, otro que me llamaba la atención era voleibol, voleibol sentado”. (Wilmer, 32 años)

3.3.3.2 Medio ambiente, entorno físico y su influencia en la actividad física

La actividad física tiene “una dimensión biológica, personal y otra sociocultural”, dado a ello, a esa dimensión sociocultural, (Devís;2000), las políticas públicas deben considerar el entorno como medio para fortalecer la práctica de la actividad física. La DIVRI cuenta con espacios que fueron creados para brindan oportunidades de inclusión social, facilitando las interacciones sociales, además de ofrecer espacios especializados dentro de sus instalaciones para realizar prácticas seguras garantizando que se tengan todos los elementos adecuados y necesarios para que las personas con discapacidad física alcancen una regularidad minimizando los riesgos de su población. (Lloyd; 2003). Los sistemas complejos en la teoría de Sallis, Owen y Fisher destacan, que el entorno sociocultural sea adecuado, para que a través de una construcción externa se fomente,

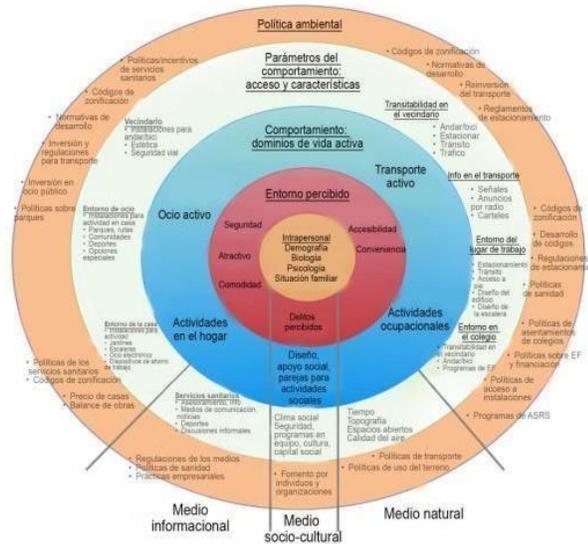
incentive y fortalezca la práctica de Actividad Física en el interior de las personas con discapacidad:

“Ya faltaba para el batallón de sanidad, ya se creó este DIVRI, donde por medio del apoyo de los coreanos, tuvimos la oportunidad de tener este centro de rehabilitación con todas las medidas de la realización de la rehabilitación inclusiva que incluye el deporte y estos espacios tan especializados”. (Daniel, 37 años).

“Pero si me está hablando como dirección de rehabilitación, yo creo que es incluyente todo lo que vivimos, todo lo que vemos está perfecto, este entorno nos llevó a tomar la decisión de elegir el deporte para salir adelante, siempre por mejorar, siempre en todo lado encontrar algo por mejorar, más cosas de fondo que de forma como por ejemplo quisiéramos una pista atlética, una cancha micro futbol, una cancha para tenis, un coliseo cubierto para hacer rugby, baloncesto, estamos hablando de deportes, aunque tenemos cancha para voleibol sentado y otros deportes como el esgrima, hay que seguir construyendo más”. (Euclides 33 años).

La práctica de actividad física toma relevancia en las dimensiones del desarrollo del ser humano, lo cual lleva a reflexionar que no debe ser tan solo un simple concepto Biológico o fisiológico (un gasto energético), es además un concepto que trasciende a áreas socioculturales y se permea en el entramado de la comunidad (Michie; 2011).

Figura 3-1 El modelo ecológico de la actividad física. De Sallis J.F., Cervero R.B., Ascher W., Henderson K.A., Kraft M.K., & Kerr J. (2006).



Fuente: Enfoque ecológico para crear comunidades de vida activa. Informe Anual de Salud Pública

Mirar la Actividad física desde este enfoque permite brindar herramientas valiosas de intervención para determinar los cambios de comportamiento en las personas con discapacidad para el fomento de una mejor y mantenida práctica.

3.3.3.3 Beneficios y más beneficios, el resultado es equidad y justicia.

Para las víctimas del conflicto armado con discapacidad física, en su práctica deportiva es importante el apoyo no solo económico, sino en otros aspectos, tal vez en bonos, en mejores prótesis, transporte, oportunidades de educación, vivienda, inscripciones a eventos o membresías en gimnasios cercanos a su lugar de residencia. Para la rehabilitación integral los entornos son fundamentales en los determinantes sociales de las personas con discapacidad, por lo tanto la adquisición de mayores beneficios como la generación de empleo, o adquisición de otro ingreso, a pesar de tener una pensión, permitirá el afianzamiento y desarrollo de los comportamientos inclusivos, la prevención de conflictos e independencia tanto económica como funcional, la cual repercutirá en ambientes favorables donde se puede alcanzar una calidad de vida (Blacksher R. 2012). Por ejemplo, en los Estados Unidos de América existe un apoyo adicional a los participantes en deportes adaptados y artes terapéuticas, la reglamentación “Armed Forces Código 38 de los

Estados Unidos 521A” cuentan con una subvención, cantidad de dinero como ayuda económica para su mantenimiento. (U.S. Department off veterans Affairs, 2023).

“No, ese apoyo sí, ahí sí me he sentido como que no hay mucho apoyo, por lo menos de algo. Un ejemplo exacto, estoy esperando una llamada de Bogotá del hospital militar, que me llamen, que ya llegó la rodilla que me van a cambiar, ellos me llaman y yo tengo que viajar. Entonces, tengo que sacar mi transporte de mi bolsillo, mi estadía y para transportarme allá todo de mi bolsillo, entonces, a mí no me parece justo eso. Pero dirían, es está pensionado, pero no sabe cuánto es mipensión, qué obligación es la mía, entonces para ese transporte aquí y aquella, yo me estoy gastando un millón de pesos”. (Román 36 años).

“Pues me abrió las puertas y porque me da la facilidad de, por ejemplo, de poderme transportar, de ser independiente,”. (Wilmer, 32 años)

3.3.3.4 La rehabilitación en manos expertas

Por su puesto que cuando el proceso de rehabilitación es realizado por personas expertas en el tema de discapacidad física y se maneja de forma interdisciplinaria, se abren alternativas integradoras favoreciendo un ambiente propicio para el desarrollo de las subjetividades.

“Sí, de hecho fue algo bastante rápido, porque gracias a Dios se prestó el tiempo y ya había la disponibilidad de las aeronaves. Entonces, la extracción fue lo más rápido posible. También la intervención médica también fue bastante buena, porque gracias a ellos y también gracias a Dios primeramente, se actuó de una manera oportuna y me pudieron salvar la vida” (Wilmer 32 años).

“Ingresé al batallón de sanidad. Sí, el batallón de sanidad, pues ya me prestaron todos los medios de superación, tanto psicológico como físico, y ya ahí pues por mi estructura ingresé al equipo”. (Víctor, 36 años)

3.3.3.5 Motivación para la realización y mantenimiento de la actividad física: atención centrada en la persona.

Determinar cuál es la actividad física que mejor se ajusta a las necesidades de cada persona, no es una tarea fácil, lo que se evidencia en este trabajo es la necesidad de adoptar un enfoque centrado en la persona y asumir que la probabilidad de mantener el cambio de comportamiento de salud aumenta si la elección en cuanto al modo de actividad voluntaria ya sea por experiencia o por que para ella sea más fácil de realizar:

“El que más me llamó la atención fue el de pesas, el levantamiento de pesas. Después tuve la oportunidad de estar practicando natación, pero no me gustó. Pues se defiende uno un poco, pero ya como para nivel competitivo miraba que era bastante complejo porque trataba de trabajar mucho. Y el peso y la amputación no favorecían tanto. Entonces, no me llamó mucho la atención. Ya después miré, otro que me llamaba la atención era voleibol, voleibol sentado. Entonces, por la condición de la vista, tampoco era un deporte que me brindara mucho a favor de mi habilidad. Y ya en últimas, ya opté por deportes individuales, que ya era pues como el atletismo de campo, que ahí sí ya pues vas a competencias, ya es de manera individual, no colectiva” (Wilmer 23 años)

Este componente se vuelve indispensable para el mantenimiento de la práctica de la actividad física en la persona con discapacidad y debe ser guiado por profesionales expertos en el área de salud y psicología, deben coincidir las intervenciones, la capacidad física, las metas propuestas y, por supuesto, el interés particular sin ser impuesto por el paradigma médico.

3.3.3.6 El deporte lo es todo

Crear que el deporte lo es todo, es un factor protector para la parte de la calidad de vida subjetiva, pero es necesario que tenga el desarrollo de herramientas que permitan la integralidad y el equilibrio espiritual.

“Entonces mi Dios es muy grande, que le dice a usted, lo prepara todos estos años, va a quedar así, son cosas de la vida es algo normal, así lo entendí yo y por eso seguí el desarrollo mío, por eso seguí mi propio camino, el camino mío no lo formé yo, sino Dios, o sea yo tengo un nivel espiritual, quedé así por algo que de pronto iba a ser peor, lo asumí así, entonces al asumirlo así, dije bueno me salvé de algo, lo logré superar” (Francisco 45 años)

“Pensé que la vida se me había acabado ahí, que ya me había amputado, que va a ser de mí, qué pensaba la gente. Y por medio de mi rehabilitación, por medio del deporte. Fue todo porque

logré olvidarme de todo, de cosas que, como se dice, que ya se le dice a la vida, como decimos. Pero no, antes el deporte me ayudó mucho para superar muchas barreras y estar a donde estoy por medio del deporte. Todos los logros que he hecho por medio del deporte, sé que puedo dar más de mí y seguir luchando por mis sueños". (Víctor 36 años).

Existen diferencias sobre lo informado por las personas con discapacidad física y lo informado por el equipo terapéutico. Para los veteranos de la fuerza pública el deporte, "lo es todo" y no sería necesario nada más, como lo descrito por Víctor en su anterior declaración, mientras lo manifestado por los funcionarios de la DIVRI, es necesario la articulación con los talleres de habilidades sociales Comunicativas y cognitivas, en pro de la rehabilitación inclusiva. Conforme a los aspectos de mejoramiento y fortalecimiento en la calidad de vida, el objetivo de la DIVRI es capacitar en herramientas que permitan trabajar esas dimensiones de manera interdisciplinaria.

"En el área de actividad física hay buenos profesionales pero no han visto esto de manera integral que de dientes para fuera sí, pero lo que te digo, como que podido ingresar allá como hasta hace poco psicología deportiva y neuro es que nosotros entramos a tocar la puerta, pero no porque los realmente vean que necesitan que el usuario deba estar en este programa, de hecho, nosotros decimos que cuando un veterano descubre la actividad física, no vuelve a nuestros talleres, hasta que hay otras actividades para hacer, los entrenamientos son muy extensos, los absorbe la liga, lo absorben muchas cosas, pero, como te decía desde el principio, es un proceso integral es muy importante mantener el equilibrio entre mente y cuerpo, entonces yo creo que es como la mayor dificultad" (Ada 50 años).

Los talleres impartidos, dan respuesta a capacitaciones que van desde apoyo en temas psicológicos hasta clases de música, manejo del dinero, finanzas, entrenamiento en el uso de Transmilenio, etc.

"la rehabilitación inclusiva basado en el modelo de rehabilitación integral inclusiva tiene un fundamento, y es que el usuario que cursa con una condición de discapacidad física, sensorial, cognitiva, mental, o múltiple requiere de un acompañamiento integral que le permita primero identificar luego de haber sido enfrentado a una discapacidad y pueda establecer como cuáles son esas herramientas y capacidades que se tiene para desempeñar algún tipo de actividad sea cual sea e los roles que ellos quisieran tener, y nosotros manejamos unos rolos inclusivos que son sociales, familiares, el académico y el laboral" (Ada 50 años).

La DIVRI cuenta con un programa de habilidades sociales y comunicativas, que está compuesto por psicólogos, neuropsicólogos y fonoaudiología, este programa se enfoca en todo el proceso social, proceso cognitivo y todas las habilidades comunicativas que se necesitan de forma muy transversal para apoyar cualquiera de las líneas.

Existe, también, el programa de vida activa, productiva y entorno, se conoce como VAPE el cual es liderado principalmente por terapeutas ocupacionales, pero también teniendo el apoyo de uno de los psicólogos y trabajadores sociales. Este programa maneja tres de líneas de procesos de inclusión de los usuarios:

- Capacitación a través de cursos cortos y de estudios de nivel técnico. Pueden optar por esa capacitación adicional académica por competencias, que les permiten sobresalir y poder aplicar a algún tipo de actividad laboral con esa capacitación y formación, otra de las rutas que manejan es la ruta de emprendimiento, buscando entonces que puedan montar un negocio o establecer una actividad económica propia.
- Capacitación con cámara de comercio para emprendimiento de un negocio propio.
- Preparación para la vida laboral. Muchos de ellos tienen una discapacidad en pleno momento productivo de la vida, entonces se buscan alternativas para que aprendan, porque en la vida militar no se trabaja en la preparación de competencias laborales.

3.3.3.7 El deporte como medio para sobrevivir.

Según el Centro Nacional de Memoria Histórica y la Fundación Prolongar en el 2017, sobrevivientes son aquellas personas que han “experimentado una situación adversa, que han superado ese hecho y deciden continuar con su vida buscando un nuevo rumbo o meta, logrando superar el evento”, a lo cual, puede contribuir el deporte. El sobreviviente no es solo aquel que logra vivir a aún evento catastrófico secuela de la guerra, sino aquel que obtiene la resiliencia, logrando salir delante de su situación y transformando su vida. Por tal razón, un beneficio adicional sumando a la práctica del deporte es que fortalece la resiliencia, la independencia y la autonomía en las personas con discapacidad víctimas del conflicto armado.

“El deporte fue la rehabilitación como tal, porque enfrenté muchos retos, me enfrenté a muchos miedos. Entonces, creo que como que vivir la experiencia me ayudó a ser una persona independiente. Sí, de pronto no quedarse en que ay, yo no puedo hacer esto, no puedo hacer aquello, sino que mirar e intentar. Si uno intenta y no puede, pues pide la colaboración. Bajo ese lema, siempre estuvo mi recuperación y eso me facilitó muchísimo más las cosas. Y pese que

también el deporte, pues lo ha ayudado a estar uno con un buen estado de ánimo y también como es salud. Entonces, yo creo que el deporte es una de las cosas de las mejores formas para lograr y alcanzar una buena recuperación” (Wilmer 33 años)

“El deporte tiene adicionalmente el beneficio, la motivación de seguir saliendo adelante”. (Víctor 36 años).

“Es que te das cuenta de que te sientes vivo, te sientes tú, te sientes con ganas y ya, te quedas ahí. Es como cuando tú dices, Voy a probar esta carne, a ver cómo me va y la pruebas y la vuelvo a probar. Y después diciéndome, esta carne me gustó. Así pasó, Entré cómo a rehabilitarme y ya me gustó el deporte y me di cuenta de que estaba vivo con ganas de salir adelante”. (Euclides 33 años)

“Lo que se recupere en un año es lo que se recupera y lo que no se recupera ya no se van a recuperar. Ya después es tu voluntad, es tus ganas de vivir, es tus ganas de luchar, es tus ganas de surgir, tu resiliencia, tu motivación, el día a día, lo que te conlleva a hacer lo que eres o lo que te proyectas hacer en tu vida” (Euclides 33 años).

3.3.3.11 El deporte como medio facilitador de inclusión social

La actividad física desarrolla desde la calidad de vida aspectos relevantes en la inclusión social no solo desde la independencia sino desde el “desarrollo de la pluralidad, el compromiso con la sociedad, y sentido de pertinencia con los deberes como ciudadanos”. (Lakowski & Long 2021), La participación ciudadana y el acceso equitativo, en todos los aspectos de la sociedad y lo concerniente a su inclusión social es importante para el desarrollo político; situación que para las personas con discapacidad por barreras de equidad es aún más difícil por la falta de inclusión en los aspectos cívicos de la sociedad, que son determinadas por la falta de oportunidades, barreras físicas, estigmas y estereotipos impidiendo su libre desarrollo. El deporte, contribuye no solo a mejorar de la autoestima, sino también sentirse reconocidos, sentirse empoderados, para participar en todas áreas indispensables para el logro en todas las esferas del desarrollo humano:

“En un principio que entraban a visitarlo, entraban con la lastima, que pobrecito, a meterle sus preocupaciones, su dolor, no estamos viendo discapacitado sin o dos personas normales que están sentadas y ya, lo que me paso al principio uno llegaba a su casa y hay que gente que lo conoce a uno y se bendecía y decía pobrecito, entonces uno a veces se achicopala psicológicamente, por eso cuando uno está en ese proceso a uno le afecta más” (Daniel 37 años)

“Si tienen algún tipo de discapacidad, no hay que demostrarlo, en una cama, una silla de ruedas, no hay que estar como que yo no puedo entonces es comenzar a practicar y decir que si se puede, pues yo por ejemplo, o una persona que llega y dice que no que es que no puedo jugar fútbol, por ejemplo yo con mis condición de discapacidad juego futbol, juego volleyball sentado, bailo, no me quedo frustrado en nada, entonces eh pues la cuestión es que si se puede, como lo he dicho, la discapacidad física, si usted se crea una discapacidad en la mente pierde el año, uno tiene que dejar que salga y no se demuestre esa discapacidad”. (Víctor 37 años)

3.3.3.12 Voluntad, familia y equipo médico

El deporte favorece la objetividad desde la psicología, la cual adquiere una relevancia significativa en la calidad de vida y bienestar. Como lo estableció Foucault, el término “poder proviene del latín possum -potes- potui -posse, que significa ser capaz, podría, puedo y lo haré, pude, pude y quise, tener fuerza para algo, o lo que es lo mismo, ser potente para lograr algo, cualquier cosa” (francisco Ávila 2006). Ese poder se traslada a cualquier aspecto de la vida cívica de la persona con discapacidad y permite el desarrollo e inclusión social.

Desde la perspectiva de Spinoza el “conatus” que lleva al desborde de la naturaleza del empoderamiento, es de una naturaleza interna, y solo se destaca en los procesos de interés del ser humano por realizar algo, dando un sentido a la vida propia, en comunidad, familiar, social, política, etc.

La naturaleza del empoderamiento, la naturaleza interna y el poder están ligados a los procesos mentales de las personas con discapacidad, a su experiencia de vida, a las ganas de salir adelante y al apoyo de su familia, comunidad y, no siendo menos, al equipo de rehabilitación que estuvo con ellas apoyándolas.

En segundo lugar, yo creo que también el respaldo y el apoyo de la familia, porque aquí juegan un papel fundamental. Apoyo familiar Sí, porque si tú no tienes ese apoyo, pues obviamente, como dice uno vulgarmente, está uno en nada. Porque si no hay ese apoyo de pronto de la familia, que es como el personal más cercano, pues qué bueno. Primeramente, Dios y la familia. Ya después de eso, viene ya, como te decía al principio, la parte psicológica. (Wilmer; 32 años)

“Gracias a Dios tuve el apoyo de mi familia, de mis papás, de los doctores, de mis amistades apoyándome todo el tiempo. Todavía me siguen apoyando y aquí estamos, como le dije, para grandes cosas”. (Román 36 años).

“Te decía que la familia juega un papel fundamental y si contribuyen en tu proceso. Como dice uno, en la enfermedad y bueno, como que en la buena y en la mala es que uno no se da cuenta quiénes están con uno, ¿cierto? Entonces, cuando tú pasas por esos momentos difíciles, realmente te das cuenta cuáles son las amistades, ¿no? Sí, el que realmente te considera tu amigo, pues va a estar ahí en la buena y en la mala. El que no, simplemente está en los momentos de felicidad o los momentos que tú estás bien, digamos, económicamente, porque va a tener, de resto no. Entonces, uno se da cuenta de todo ese tipo de cosas. Pero realmente es la familia que te ayudan a sobrellevar todas esas cosas, tú no tienes ese apoyo, obviamente que primero está sobre Dios no hay nadie. Entonces, primeramente Dios y ya la familia, sin desconocer los profesionales que te atendieron en el batallón”. (Wilmer 32 años).

Al parecer esta fuerza interior, es consolidada por la familia (llámese lazos de sangre o institución), sus compañeros, sus líderes, la comunidad, la aceptación y apoyo de ellos, es importante para equilibrar lo subjetivo de la calidad de vida. La vida en comunidad es un factor fundamental que se involucra en los procesos de rehabilitación inclusiva. Igualmente, es importante educar y apoyarse en otros compañeros que superaron una similar situación.

“Entonces pues eso uno le da también como un poco de fortaleza. Ver también compañeros que están en peores condiciones, quizás que la que uno tiene, entonces eso le da como un estado de ánimo en seguir adelante” (Wilmer 33 años).

El reconocimiento y confianza del equipo interdisciplinario de salud, confirma la importancia y el valor que hay dentro de la comunidad, en este caso médica, para el afianzamiento en la práctica de la actividad física.

“Cuando estaba en el hospital, en el batallón de la sanidad, por recomendación médica, comencé a hacer una actividad deportiva para aumentar, mejorar el estímulo físico” (Daniel 37 años)

Desde diferentes ámbitos, se confirma que la comunidad es el centro donde se esclarece la necesidad de realizar una actividad que permite expresar independencia, autonomía, suficiencia para realizar una actividad, permite tener un objetivo, un “yo puedo hacerlo” e iniciar en el desafío de la realización de actividad física.

“Me enfrenté a muchos retos, me enfrenté a muchos miedos. Entonces, creo que como que vivir la experiencia me ayudó a ser una persona independiente. Sí, de pronto no quedarse en que ay, yo no puedo hacer esto, no puedo hacer aquello, sino que mirar e intentar” (Wilmer 33 años).

3.3.3.14 Líderes comunitarios: Autonomía: Siendo soporte para otros

El deporte ha influenciado en el proceso de inclusión social como líderes de una comunidad. Sentirse líderes, lo han manifestado como ejemplo de superación para otros:

“Las personas le comentan a uno que es un punto de referencia por las capacidades competitivas que uno ha logrado y pues personalmente yo siempre me coloco personas similares a uno a las condiciones de uno que realicen cosas mejores” (Daniel, 37 años)

“Creo que puedo en algún momento ser un ejemplo” (Euclides; 33años).

3.3.3.15 Construyendo Ética del cuidado,

Podemos llegar a la conclusión de que todos los seres humanos somos interdependientes, es decir, necesitamos de otros para desarrollar nuestras actividades de la vida diaria, en mayor o menor grado, (Gilligan, 2013) lo que quiere decir es necesaria de esa de conexión social es un “resultado valioso para el personal militar según lo identificado a través de la mayoría de las investigaciones sobre la recuperación militar” (Shirazipour; 2019). Es por naturaleza que esta población presenta un fuerte enfoque en la comunidad, la amistad, e integración grupal. El deporte les ha permitido conocer y generar esos lazos sociales importantes para la inclusión o rehabilitación inclusiva.

“Todo tiene relación una cosa es relación y otra cosa es generar vínculos que es relación hablar con usted tener contactos decir hola nos colaboramos y ya pero no es un vínculo como de afecto es más relación social” (Euclides; 33años).

“La parte deportiva ya lo que he obtenido es como te digo la invitación de ir a China por parte de la federación deportiva militar, la oportunidad de ir a Estados Unidos a competir en maratones por parte de la embajada americana con un fundación, La oportunidad de ir a maratones por amistades que me invitan entonces son más esos conocimientos que cuando uno lo invitan uno dice también invitó o acompaño en estos caso, me sobro una prótesis de un compañero que la está necesitando se la doy, entonces es una colaboración mutua” (Daniel, 37 años)

4. Conclusiones y recomendaciones

Finalmente, luego de aclarar términos y definiciones a la luz de la normatividad y la literatura, y de esclarecer las barreras y los facilitadores encontrados en el proceso de rehabilitación integral de la DIVRI, mediante el análisis cualitativo de las entrevistas a los funcionarios y veteranos de la institución, se puede enunciar de manera consecuente los siguientes hallazgos:

- En la política de discapacidad del sector de seguridad y defensa de la República de Colombia, no se contempla el autocuidado en las 3 fases del proceso de rehabilitación, solo se encuentra en la fase de previsión, prevención y protección. El autocuidado debería ser el pilar en los principios de las fases de rehabilitación funcional, rehabilitación familiar, y, rehabilitación social y laboral.
- No es clara la definición de autocuidado, y hasta se puede entrever que no está explícita, en la política de discapacidad del sector de seguridad y defensa de la República de Colombia, en dicha política se confunde el autocuidado con la corresponsabilidad, la responsabilidad y la autonomía, pero el concepto en cuestión es algo más robusto y complejo. Esta definición de autocuidado es sustancial para el correcto abordaje de las personas con discapacidad.
- Lo mismo sucede con la definición de actividad física, la cual debe ser definida en la política de discapacidad y no se encuentra inmersa en ninguna de las políticas. El

cambio de comportamiento en la práctica habitual de actividad física debe surgir de la información socializada y divulgada a las partes interesadas y de la relevancia que se le debe dar para lograr el cumplimiento de las metas en la reducción de la inactividad en las personas con discapacidad. Inclusive, en el plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022, en el enfoque de equidad, solo se contempla el deporte como alternativa, situación que coloca en desventaja a la práctica de actividad física, ya que en este trabajo se comprueba que ésta tiene beneficios de igual categoría y en las mismas dimensiones que lo puede realizar el deporte.

- La actividad física va más allá que un simple gasto energético liberado en la realización de una actividad, es además, un segmento intrínseco de la condición humana es la aspiración al bienestar y a una buena calidad de la vida que motiva y direcciona la existencia.
- La práctica de la actividad física equilibra los aspectos tanto subjetivos como objetivos de la calidad de vida, el entrenamiento regular permite tener una mejor percepción de esta última. Promoverla en todas las fases de la implementación de la política pública de discapacidad de la fuerza pública, mejora la percepción de la calidad de vida en las personas con discapacidad.
- Promocionar el autocuidado permitirá lograr la adherencia a la práctica de la actividad física en las personas con discapacidad víctimas de conflicto armado, trasformando su proyecto de vida.
- Hace falta un sistema de información que permita identificar las necesidades y características de los veteranos. Información expresada en la política de la discapacidad del sector seguridad y defensa: *“Actualmente existe inconsistencias y falencias en los sistemas de información de las personas con Discapacidad, la cual significa que no evidencian mecanismos de reporte”*. Muchos no pudieron ser entrevistados porque se encontraban fuera de Bogotá y no continuaban participando de las ligas.
- La rehabilitación basada en comunicada y actividad física permitirá la formación de líderes comunitarios que reconozcan los beneficios de la práctica de la actividad física y

las consecuencias de la inactividad en las personas con discapacidad. En este estudio donde participaron 203 veteranos, destacan la importancia de la práctica de la actividad física comunitaria como fuente completa para lograr, entre otros aspectos, el mantenimiento de la práctica de la actividad física, la salud mental, el bienestar, el compromiso social y comunitario, la gestión de la condición y la salud y la necesidad de tener un mejor estado físico (Clanchy, 2023).

- Es importante fomentar la libre expresión de las emociones dentro de los integrantes de un equipo. Ello facilitará la búsqueda del apoyo psicológico, pues muchos veteranos han estigmatizado este tipo de apoyo, relacionándolo con enfermedades mentales. Igualmente, el apoyo espiritual reduce el riesgo de trastornos del sistema nervioso, y previene enfermedades psicosociales. El fortalecimiento de un apoyo espiritual y psicológico permitirá abordar temas de salud mental e identificar, tempranamente, el riesgo de trastornos relacionados con el estrés, no solo de algunos integrantes sino de toda la unidad.
- La integración del apoyo espiritual, en las tres fases de la política de discapacidad, propiciaría el autocuidado.
- El autocuidado favorece la armonía entre las relaciones sociales gratificantes y la calidad de vida en las personas con discapacidad física.
- En tanto que la calidad de vida está compuesta por una multidimensionalidad de factores, que a su vez resultan subjetivos, la valoración de ella por parte de cada persona debe contemplar la posibilidad de dar mayor o menor peso a cada dimensión según las creencias propias.
- La calidad de vida de los veteranos con discapacidad se encuentra enmarcada y diferenciada cuando la familia, la comunidad y el personal médico se consolidan para brindar una experiencia exitosa dentro de la rehabilitación Integral e inclusión social. Sin estos elementos no es posible el cambio que se necesita para motivar y crear resiliencia en las personas con discapacidad física. La experiencia de la persona con discapacidad y su compromiso son elementos claves en el resultado de la rehabilitación inclusiva.

- En futuras investigaciones se propone el análisis de los factores anteriores con el fin mejorar el diseño de atenciones enmarcados en la rehabilitación integral.
- El aprovechamiento de espacios de actividad física y deporte se vuelve útil para fortalecer y fomentar las prácticas espirituales, en los miembros del servicio, como el yoga y la meditación, estudios recientes han demostrado la importancia de la exposición al verde o naturaleza, ofrecer a las personas víctimas de conflicto armado este tipo de prácticas favorecerá la percepción de la naturaleza, favoreciendo la rehabilitación en comunidad y vuelta a la vida cívica.
- Pese a que el deporte es una actividad de alta competencia, los participantes describieron que este es un medio para socializar y conocer más personas, creando redes sociales fuertes. Estas amistades o redes son fuentes de apoyo emocional tanto para el veterano como para su familia. Este hallazgo es consistente con los estudios realizados (Shirazipour, 2019).
- Establecer políticas sólidas con ajustes adecuados para lograr que la actividad física trascienda y traspase la barrera a nivel comunitario, se necesitan entornos seguros para practicarla y la accesibilidad a lugares como clubes/gimnasios deportivos y clubes comunitarios, sobre todo en las periferias, municipios y lugares apartados. Si no se cuenta con un lugar propio, lo recomendado es buscar alianzas para contribuir a la continuidad y mantenimiento de la actividad física en sus miembros a través de membresías, descuentos entre otros.
- Una fortaleza del programa de rehabilitación inclusiva de la DIVRI es brindar el acceso oportuno, pertinente y especializado en el proceso de atención médica y en la rehabilitación funcional, a los integrantes de la fuerza que han sufrido las secuelas de la guerra.
- la cual sienta las bases en lo objetivo y subjetivo de los intrincados componentes o dimensiones de la calidad de vida proporcionando bienestar y mejorando la percepción y autocuidado de las personas víctimas de conflicto armado con discapacidad física

- La DIVRI cuenta con un entorno físico favorable, ofrecido a los veteranos con discapacidad, para la rehabilitación inclusiva y la práctica de actividad física, que permite el fortalecimiento de los lazos de amistad, de camaradería. Lo cual coincide con los estudios realizados en veteranos donde se identificaron Las experiencias que brindaron oportunidades para la interacción, lo que permitió a los compañeros de equipo con niveles de habilidad y/o experiencias similares compartir historias e información. (Shirazipour, 2019)
- Un factor preponderante para la permanencia en la actividad física es la disponibilidad del tiempo.
- Brindar incentivos complementarios que permita reducir las barreras sociales y se mejoré las condiciones de equidad, resulta eficaz para la aplicación de políticas de bienestar total. La cual es congruente con el estudio de Robert y colaboradores; (2022) donde se encontró en Reino Unido en un grupo de veteranos militares británicos en los obstáculos percibidos la necesidad de mejorar los incentivos para equiparación de mejores oportunidades.
- El seguimiento al análisis de cada situación, que generó discapacidad física, definirá y permitirá realizar la trazabilidad y reconstrucción de hechos o eventos ocurridos. Este seguimiento permitirá puntualizar hacia donde se deben direccionar todos los esfuerzos por mitigar el riesgo de que otras personas adquieran una discapacidad. Tener una estructura de información sólida permite diseñar estrategias de comunicación y educación, en las áreas con más alto riesgo, que sean inherentes dentro del ejercicio de las funciones militares pero que puedan ser prevenibles o mitigables. Estas estrategias de comunicación y educación, además de evitar discapacidades permanentes en nuevos miembros de la fuerza, favorecerá, construirá y fomentará el autocuidado permitiendo el empoderamiento en la toma de decisiones, no solo de cada soldado sino de la colectividad.
- Estos temas deben ser desarrollados en futuras investigaciones que repercutan en conceptos y propuestas que permitan evolucionar en la atención en los veteranos, víctimas de conflicto armado con discapacidad física en lo concerniente al mejoramiento de la calidad de vida por medio a la actividad física.

- Se propone para futuras políticas, normas y reformas, el trabajo colaborativo con la academia.
- Dentro de trabajo se ha evidenciado la necesidad de crear una política pública en salud mental propia de la fuerza públicas, por lo aspectos diferenciales de esta población para que todas las víctimas de conflicto armado. Esta se sugiere que incluya una ruta específica para la reparación, la no repetición, que incluya la cartilla de paz, en las temáticas establecidas y el reconocimiento público para dar garantía al posconflicto y contribuir a la justicia y equidad.
- Estas conclusiones y recomendaciones se pueden expandir no solo a la naturaleza y tarea de la DIVRI, sino, además, a la mejora de las políticas públicas de Colombia relacionadas con las necesidades de las personas con discapacidad en la rehabilitación inclusiva.
- En la normatividad de las fuerzas públicas es importante establecer los indicadores de seguimiento al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), donde se puedan confirmar los avances en materia de discapacidad. Herramienta que hace falta implementar y daría como resultado, información estadística útil en la elaboración de planes de mejora dirigidos a la atención de la población.
- Este trabajo tiene en cuenta diferentes miradas de miembros de la fuerza pública con discapacidad física. En retribución a su colaboración se esquematiza el esbozo de una cartilla basada en actividad física que resuelve algunas necesidades que se presentan dicha población.

A. Anexo: Formato de Entrevistas

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	DEFINICION	PREGUNTAS
Calidad de vida Termino MESH:	Un concepto genérico que refleja la preocupación por la modificación y mejora de los atributos de la vida, por ejemplo, el entorno físico, político, moral, social, así como la salud y la enfermedad.	Caracterización de la Población	Podría decirnos su nombre. La Edad. Nivel educativo alcanzado Actualmente a que se dedica A que fuerza pertenece o perteneció Qué grado tiene (soldados, etc.). Hace cuánto tiempo ha estado en rehabilitación inclusiva en el DIVRI?" Donde nació. Y actualmente en qué lugar vive (urbano, rural), (regiones). Cuales es su diagnóstico médico. Usted se considera un líder de la actividad física en sus comunidades. Cuál es su nivel Socioeconómico
Calidad de vida Objetiva	DISCAPACIDAD	Son aquellas personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con el entorno, encuentran diversas barreras, que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás ciudadanos. (Convención de la ONU, 2006, y Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, OMS, 2002). Atención de rehabilitación que permite la confianza y el desarrollo personal	Como adquirió su discapacidad Como fue su proceso de atención médica ante y después de la lesión. Como ha sido su proceso de rehabilitación Inclusiva. Que es lo que usted destaca de los profesionales (Personal y profesional) que lo entendieron en la rehabilitación Inclusiva. ¿Durante su proceso de RH Inclusiva fue atendido por varios profesionales realizaron Intervención en el mismo tiempo y lugar

			<p>En qué espacios de rehabilitación se le(s) permitió a su(s) acompañante(s) hacer parte del proceso de RH Inclusiva</p> <p>Que sugeriría para mejoran la atención en la rehabilitación Inclusiva.</p>
ACTIVIDAD FISICA	Actividad física	<p>Movimiento del cuerpo que usa energía por encima del consumo en estado de reposo.</p> <p>(Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.)</p> <p>La actividad física consiste en interaccionar con nuestro entorno utilizando el movimiento corporal. Desde una óptica funcional, la actividad física consiste en el movimiento corporal de cualquier tipo producido por la contracción muscular y que conduce a un incremento del gasto energético. DEVÍS, J. y cols. (2000)</p>	<p>Hace tiempo participa y/o participó en el programa de Actividad física?</p> <p>Cuanto tiempo realiza de Actividad Física?</p> <p>Y cual actividad física practica? (camina, corre, trota, transporte público, estudiando, trabajo pausas actividad)</p> <p>Realiza actividad física con su familia y sus comunidades? Qué tipo? Y Cuánto tiempo? Porque decidió hacerla?</p> <p>Porque su interés en hacer parte del grupo?</p> <p>Cuanto tiempo realiza actividad física en su tiempo libre y que tipo de actividad física realiza.</p> <p>Después de su participación en el programa, considera que las herramientas aprendidas son suficientes para continuar o mantener con la práctica de actividad física en sus actividades diarias. Practica algún deporte recreativo, cual y porque lo realiza.</p> <p>¿Qué beneficios obtiene usted al participar en la actividad física y/o deporte?</p> <p>¿Qué importancia tiene la actividad física y por qué?</p> <p>Qué tipo de actividad física propondría para</p>

			realizar con sus comunidades. Como va a contribuir la actividad física en la mejora de su calidad de vida.
Calidad de vida Subjetivo	Motivación Terminó MESH:	Aquellos factores que hacen que un organismo se comporte o actúe de manera que busque un objetivo o que lo satisfaga. Pueden estar influenciados por impulsos fisiológicos o por estímulos externos	¿Que lo motivo para tomar la decisión de asistir por primera vez y de mantenerse en la realización de actividad Física? Tiene alguna historia previa en la que inicio una actividad física y porque desistió
Calidad de vida Objetiva	Construir la propia calidad de vida Reflexionando a cerca de la propia existencia	La realización de actividad de física sirve como vehículo de desarrollo de libertades. Concepto de autonomía, nos permite relevar la importancia de que las personas con discapacidad puedan tomar decisiones acerca de cómo vivir la propia vida. La autonomía se entrama de esta manera con la libertad para decidir.	Que mensaje transmitiría a las personas para que realicen Actividad física y que se encuentran en la misma condición de discapacidad Se ha sentido autónomo en el proceso de rehabilitación y por qué.
Calidad de vida Objetiva	Elección de la actividad	Libre elección en los procesos de inclusión.	Intentó muchas otras actividades físicas primero Hay alguna actividad que le interese pero dude en probar Hay alguna otra actividad de su interés Tienes un deporte o actividad a la que te gusta asistir más
Calidad de vida Objetiva	Desafíos para el acceso	Barreras y/o facilitadores para la realización y el libre desarrollo de la actividad. Lo que configura una discapacidad es en definitiva la falta de adecuación de la sociedad que genera barreras para las personas con discapacidad ante sus diferencias, en este sentido, se afirma así la necesidad de transformación social en múltiples dimensiones: simbólica, afectiva y material, de manera que esto logre posibilitar que todas las personas puedan participar activamente en la comunidad. (Carmona 2020)	Qué cosas afectó su experiencia y/o participación en los programas. Ha afectado el transporte su capacidad para asistir a las actividades para las que se registró. ¿Las preocupaciones financieras han afectado su decisión de asistir a un programa? ¿Las preocupaciones sobre la interrupción de su rutina personal han interferido con su participación?
Calidad de vida Subjetiva	Desafíos de programa	Barreras y/o facilitadores del programa que se ofrece para	¿Cuáles son los inconvenientes de participar en las

		lograr la participación plena y efectiva.	<p>actividades de deporte y actividad física del DIVRI?</p> <p>¿De qué manera cree que podríamos mejorar el programa en su conjunto o adaptarnos a sus necesidades? Que es lo que usted destaca de los profesionales que lo entendieron en Actividad física y/o deporte.</p> <p>Que sugeriría para mejorar la atención (servicio) en los programas de Actividad física.</p>
Calidad de vida subjetiva	Conocimiento sobre el programa	Barreras y/o facilitadores para la información sobre el programa y sus actividades.	<p>¿Qué conocías del programa al cual pensaba ingresar?</p> <p>¿Qué sabe acerca de la variedad de programas ofrecidos?</p> <p>¿Qué tan disponible está la información sobre las ofertas de programas?</p> <p>¿Sus profesionales han jugado un papel en su capacidad para participar de manera segura por qué?</p> <p>¿Tienen conocimientos sobre deportes adaptados?</p> <p>Tiene Conocimiento sobre la actividad física para personas con discapacidad?</p>
Calidad de vida Subjetivo	Reconstruyendo el sentido de la vida	Percepción y emociones.	Trata de hacer un relato de cuáles fueron las emociones desde que ingresó hasta donde va su proceso de rehabilitación.
Calidad de vida subjetivo	Autoreconocerse y ser visible	Ejercicio efectivo del derecho de autodefinirse como perteneciente a un pueblo, al desarrollo de la conciencia individual de pertenencia al mismo y a la aceptación de esta pertenencia por parte del mismo pueblo o grupo. (Sentencia T-010/2015) (comisión de la verdad)	<p>Cuéntenos que emociones recuerda que tuvo cuando recibió su diagnóstico.</p> <p>Su experiencia de vida después de todo el proceso de salud que ha vivido puede aportar en el proceso de paz.</p>
Calidad de vida Objetivo	Reestructurando la vida en el autocuidado, Autonomía y/o independencia	Cuidarse a sí mismo cuando está enfermo o realizar acciones positivas y adoptar	¿Qué áreas de su vida se transformaron después del proceso de rehabilitación inclusiva?

	Termino MESH	<p>comportamientos para prevenir la enfermedad.</p> <p>Para el mismo, independencia es poder decidir qué se quiere y/o necesita y cómo hacerlo, en cambio.</p> <p>Siguiendo a Oliver (1990) las personas con discapacidad generalmente definen la independencia considerándola como la capacidad de autocontrol y de toma de decisiones sobre la propia vida, más que la realización de actividades sin necesidad de asistencia</p> <p>Autonomía remite a la dimensión del autovalimiento; es decir, efectuar una decisión sin ayuda ni asistencia</p>	<p>Cómo se ha adaptado a los cambios con respecto al cuerpo en su relación con el entorno durante el proceso de rehabilitación.</p> <p>¿Qué aspectos de su cultura (costumbres, creencias) y económicos fueron tenidos en cuenta en su proceso de rehabilitación, en que forma?</p>
Calidad de vida Subjetivo	Autonomía: Siendo soporte para otros	<p>Certeau, M. (2000). La Invención de lo Cotidiano I: Artes de Hacer. (A. Pescador, Trad.) México: Universidad iberoamericana, Departamento de Historia. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. (Versión original: L'Invention du quotidien I, Arts de faire, 1990).</p> <p>El trabajo grupal posibilita la desprivatización de las problemáticas, al reconocer procesos similares de rehabilitación de otras personas, y re-conocerse con aquellas, de compartir aprendizajes, profundizar la confianza y encontrar apoyo emocional para continuar el proceso de rehabilitación que, en última instancia, Define identidades desde y hacia el trabajo colaborativo.</p>	<p>Considera que ha sido ejemplo para otros compañeros con su nuevo estilo de vida. Cómo describiría los programas de la DIVRI.</p> <p>¿Cómo animaría a otros a participar, superar y mejorar su proceso de rehabilitación?</p>
Construir la propia calidad de vida	Manejando la carga, redes familiares	<p>llamada "ética del cuidado" (Gilligan, 1985; Held, 2006) permiten comprender al cuidado como un modo de relación con el otro.</p>	<p>Cómo describiría la experiencia de su familia en su proceso de rehabilitación. Como fue la relación con sus otros compañeros dentro de los programas (presente). (Y con su comunidad) Que aparte ha recibido de su comunidad, barrio, u otras instituciones</p>
Autocuidado	Construir comunidad	<p>llamada "ética del cuidado" (Gilligan, 1985; Held, 2006) permiten comprender al cuidado</p>	<p>Ha generado nuevos vínculos institucionales diferentes.</p>

		como un modo de relación con el otro. Ética del cuidado, podemos arribar a la conclusión de que todos los seres humanos somos interdependientes, es decir, necesitamos de otros para desarrollar nuestras actividades de la vida diaria, en mayor o menor grado.	
--	--	--	--

B. Anexo: Normograma de las fuerzas publicas

Normograma							
Tipo de norma	Título de la Norma/ Plan	Fecha de Expedición	Alcance de la norma	Entidad que la expide	Modificación	Observaciones positivas	Observaciones sobre la(s) problemática(s)
Derecho internacional	Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948	Declaración Universal de los Derechos Humano, articulo 25: la asistencia médica.	Declaración fue proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948	NA	1) garantizar de derechos de las personas que hasta entonces no se había proclamado. 2) una manera de salvar guardar la vida y establecer sus derechos.	En respuesta a los actos realizados en la segunda guerra mundial. 1939-1945. La cual establece que todos los seres humanos tienen derecho a la asistencia médica, no es específico de la discapacidad.
	Pacto Internacional de los derechos civiles y políticos	1966	Proclama y protege las libertades individuales, y la importancia de salvaguardar y hacer efectivo los derechos colectivos. Garantizar la capacidad del ciudadano de participar en la vida civil y del estado en condiciones de igualdad y sin discriminación.	Asamblea General de las Naciones Unidas	NA	1) El pacto desarrolla los derechos civiles y políticos y las libertades recogidas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. 2) Bajo el artículo 1 del Pacto, los estados se comprometen a promover el derecho a la autodeterminación y a respetar ese derecho.	Como los derechos Humanos aplican para todas las personas, este pacto es poco reconocido pero muy importante para los seres humanos.
	Pacto Internacional de los derechos económicos, sociales y culturales	1966	Es un mecanismo que pretender garantizar y proteger los derechos a la alimentación, a la vivienda a la salud, seguridad social y familia.	Pacto Internacional de los derechos y políticos	NA	El pacto desarrolla los derechos de alimentación y vivienda y salud de todos, después de los derechos humanos.	Los derechos humanos quedaron muy generales, surgiendo la necesidad de ser más específicos a la hora de establecer en cada área el respecto por los derechos.

	Declaración de los Derechos de las Personas con retardo mental	1971	El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes	Asamblea General de la ONU	NA	1) Reconocimiento de las personas con retardo mental como seres humanos. Reconocer 2) Se determina la rehabilitación Integral como un derecho.	1) Se determinaba que las personas con discapacidad tenían todas retardo mental 2) Norma asistencialista
	Declaración de los Derechos de los impedidos.	1971	No 6: El impedido tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia; a la readaptación médica y social; a la educación; la formación y a la readaptación profesionales; las ayudas, consejos, servicios de colocación y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.	Asamblea General de la ONU Resolución 3447, 09 de diciembre de 1975	NA		1) Pasar a un enfoque de trabajo con énfasis en protección y garantía de derechos 2) Intento de desligar la discapacidad necesariamente como una situación en salud
	Declaración sobre las personas sordociegas.	1979	Toda persona sorda y ciega tiene derecho a recibir la mejor atención Y asistencia médica posible para la recuperación de la vista y el oído, así como los servicios necesarios para utilizar la capacidad visual y auditiva que aún tenga, incluso la provisión de los instrumentos Ópticos y auditivos auxiliares más eficaces el tratamiento foniátrico, cuando proceda, y otras formas de readaptación encaminadas a asegurarle el máximo de independencia.	Asamblea General de la ONU	NA	1) Se define la condición de sordoceguera. 2) definición de servicios especializados para el grupo poblacional.	
	Declaración Internacional sobre las deficiencias y Minusvalías	1980	Primer instrumento de evaluación del status funcional y los estados de salud.	Organización Mundial de la salud	NA	Primera aproximación sobre el status funcional y estados de salud.	Enfoque médico. Propone un enfoque lineal y causal de las atenciones en salud. Estado de salud. El objetivo planteado en la versión de 1980 de la CIDDM se centra en traspasar las

							barreras de la enfermedad, entendida en su concepción clásica.
	Declaración de Sundberg de Torremolinos	1981	Tendiendo presentes la Declaración Universal de los Derechos Humanos y otros instrumentos pertinentes de las Naciones Unidas y, particularmente, la Declaración de los Derechos del Niño, la Declaración de los Derechos de los Impedidos y la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental; Profundamente preocupada por el hecho de que el 10% de la población mundial sufre de algún tipo de minusvalidez y de que las perspectivas mundiales al respecto tienden a empeorar; Reafirma la necesidad de lograr que se respeten plenamente esas recomendaciones y principios	Torremolinos, Málaga (España) del 2 al 7 de noviembre de 1981 y UNESCO	NA	<p>Destacando la urgente necesidad de aplicar sus propias conclusiones y sugerencias así como los principios en que se inspiran el plan de acción a largo plazo del Comité Asesor de las Naciones Unidas para el Año Internacional de los Impedidos y las directrices que se desprenden de las recientes recomendaciones, declaraciones y programas de acción.</p> <p>Subraya el hecho de que la prevención por primera vez como forma muy importante de acción y que convendría poner en práctica todas las estrategias fundadas en los conocimientos actuales para evitar la minusvalidez, a fin de lograr concretamente que todas las familias y todas las personas dispongan de los servicios indispensables.</p> <p>Insiste en la importancia de lograr en la medida de lo posible la rehabilitación y la integración de las personas impedidas, consiguiendo que todas ellas puedan recurrir a los servicios de rehabilitación y demás servicios de apoyo y asistencia susceptibles de reducir los efectos de la minusvalidez, a fin de lograr que su integración en la sociedad sea lo más completa posible y les permita desempeñar en ella un papel constructivo.</p> <p>Artículo 7º - Con el objeto de reducir la frecuencia de la minusvalidez y sus efectos perjudiciales, los gobiernos, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, tendrán la responsabilidad de proceder a una detección precoz y a un tratamiento adecuado. Deberán elaborarse programas educacionales</p>	<p>Modelo de la discapacidad como integración, no inclusión.</p> <p>No hay vinculación de la discapacidad con el deporte, actividad física y Ocio. Buscando así resolver el modelo biológico de la discapacidad.</p> <p>Término de minusvalía.</p>

						<p>apropiados a partir de los primeros años de la infancia. La información y la orientación de los padres constituirán una parte muy importante de esos programas.</p> <p>Nombre a sus familias y todos los que de una u otra manera estén vinculados con su vida cotidiana, los educadores, investigadores, directores, estadistas, a difundir y poner en práctica los principios de la siguiente Declaración, que decide unánimemente aprobar y proclamar.</p>	
	Programa de acción mundial para las personas con discapacidad	1982	Promover las medidas eficaces para la prevención de la discapacidad para la rehabilitación y la realización de los objetivos de igualdad, y la plena participación de las personas con discapacidad en la vida social y en el desarrollo.	Aprobado por Resolución 37/52 de 3 de diciembre de 1982, de la Asamblea General de las Naciones Unidas		<p>Aparecen los términos de discapacidad y rehabilitación:</p> <p>Rehabilitación: La rehabilitación es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido,</p> <p>encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o</p> <p>Social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida.</p> <p>Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una</p> <p>limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a</p> <p>Facilitar ajustes o reajustes sociales.</p> <p>Discapacidad: Toda restricción o ausencia (debida a una</p> <p>deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que</p>	<p>El termino de discapacidad definido desde la parte biológica, con un componente de AVD, que no considera dentro de la definición el tema social, y lo encasilla en realización "actividades Normales", la discapacidad es de anormales? La rehabilitación vista desde alcanzar el máximo óptimo desde la parte funcional en las esferas físicas, mentales y sociales.</p> <p>Continúa el termino de minusválido como a está, por consiguiente, en función de la relación entre las personas con</p> <p>discapacidad y su ambiente. Ocurre cuando dichas personas se enfrentan a</p> <p>culturales, físicas o sociales que les impiden el acceso a los diversos sistemas de la</p> <p>Sociedad que están a disposición de los demás ciudadanos. La minusvalía es, por tanto,</p>

						se considera normal para un ser humano	<p>la pérdida o la limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en</p> <p>Igualdad con los demás, (termino social) minusvalía. Discapacitado para los temas biológicos y de AVD. División de los funcional AVD y ABC, del término social minusvalía (disminución del valor de una cosa).</p> <p>Definición negativa de la Discapacidad del RAE hasta el 2017, Disminución por un problema físico, sensorial o psíquico, que incapacita total o parcialmente para el trabajo u otras tareas. Hoy en día el RAE tiene cambió el término de la Discapacidad física o mental de alguien por lesión congénita o adquirida. (Muy biológica).</p>
Derecho internacional	Programa de acción mundial para impedidos	1983-1992	Consistió en la aplicación de diferentes instrumentos de evaluación y vigilancia para conocer el estado mundial de la población con discapacidad para garantizar el pleno goce de los derechos.				
Derecho internacional	Convención sobre los derechos del niño	1989	La convención de los derechos del niño forma parte de los instrumentos internacionales jurídicamente vinculantes que garantizan y protegen los derechos humanos, 54 artículos.	UNICEF	NA	<p>El presente se reconoce a los niños y niñas con discapacidad como sujetos con el mismo derecho que los demás, también se menciona los derechos para acceder a servicios de salud y habilitación y rehabilitación. Antes en la declaración de los derechos de niño son 10 y 54 para la convención.</p>	<p>Hasta entonces reconocimiento de los niños como actores principales en el sistema.</p> <p>Es el primer tratado vinculante a nivel nacional e internacional que reúne en un único texto sus derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales.</p> <p>Por primera vez, en comparación con tratados anteriores, la convención reconoce a los niños como sujetos de derecho, pero convierte a las personas</p>

							<p>adultas en sujetos de responsabilidades</p> <p>Como todos los tratados sobre derechos humanos, el texto se fundamenta en tres grandes principios: los derechos son universales, es decir que conciernen a todos los niños; son indivisibles, no jerarquiza los derechos que contiene, y, estrechamente vinculado con lo anterior, son interdependientes. En otras palabras, no hay primacía de un derecho sobre los demás por cuanto el cumplimiento de cada uno depende de la garantía efectiva.</p> <p>Problemática no existe en Colombia un indicador que evalúe en todas las áreas de salud y educación, la capacitación y divulgación de los derechos de los niños su cabal cumplimiento. (El desconocimiento del derecho de participación infantil que provoca el posible impulso de iniciativas dispares y sin carácter de permanencia).</p> <p>La falta de financiación para evaluar los contenidos de los medios de comunicación, internet y publicidad que se emiten y la falta de financiación para producir más contenidos educativos; a pesar del crecimiento del consumo.</p> <p>La falta de cobertura de las demandas sociales por parte de los programas preventivos de intervención familiar. Señala la Plataforma que "la detección precoz de las situaciones de riesgo evita abandono y maltrato posterior.</p> <p>Los cambios legislativos en la educación formal sin</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

							evaluaciones previas y coordinadas
Derecho internacional	Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención en salud mental.	1991	Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.	Asamblea General de la ONU	NA	Se define más específicamente los derechos que tienen los enfermos mentales. Reconoce al enfermo mental como un sujeto con capacidad jurídica.	Se utiliza el término de enfermo mental, aunque la norma es muy amplia en la inclusión, encasilla a la población como un enfermo mental, desde un enfoque biológico- que requiere de especial protección. El estado se establece como responsable de decidir el tratamiento en cuanto el paciente no pueda dar su consentimiento informado. No reconoce la participación de la familia como protector del enfermo mental. Puede o no puede decir, es la manera de brindar el consentimiento informado, no existe ajustes razonables que establezcan mejores alternativas para las decisiones.
Derecho internacional	Declaración de Cartagena de Indias sobre políticas integrales para las personas con discapacidad en el área iberoamericana	1992	Garantizar a las personas con discapacidades su participación lo más plena y activa posible en la vida social y en el desarrollo de su comunidad, haciendo efectivo su derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida digno, y la defensa contra toda explotación o trato discriminatorio, abusivo o degradante.	Los representantes gubernamentales de Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela en la Conferencia Intergubernamental Iberoamericana sobre Políticas para Personas	NA	Se establece un mínimo de directrices a nivel iberoamericano para el logro de la prevención de la discapacidad y la integración socio laboral efectiva de la población con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas.	La Rehabilitación es el proceso global y continuo, de duración limitada y con objetivos definidos, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y social óptimo, proporción índole así, los medios que le posibiliten llevar en forma dependiente y libre su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional, y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales. Continúan con un modelo integración. No hay vinculación de las personas con discapacidad al área de deporte y actividad física, y

				Ancianas y Personas Discapacitadas, reunidos en Cartagena de Indias (Colombia), entre los días 27 y 30 de octubre de 1992			bienestar, vincularon al área laboral como desarrollo de las personas con discapacidad. La educación para la salud surge como un componente adicional a las demás políticas, la cual vincula a la familia y a la comunidad.
Derecho internacional	Normar Uniformes sobre la igualdad de oportunidades., para las personas con discapacidad.	1993	El objetivo es garantizar que niños y niñas, mujeres y hombres con discapacidad, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás, se señala la responsabilidad de los estados en que se puedan eliminar los diferentes tipos de obstáculos, que impiden la inclusión social, educativa y familiar de esta población. Se establecen en sus artículos 2 y 3, atención médica, rehabilitación.	Asamblea General de las Naciones Unidas	NA	Los Estados deben asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y Movilidad. Los Estados deben asegurar la prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad	El estado como garante de los procesos de salud y rehabilitación de las personas con discapacidad, capaz de evaluar, seguir y calificar la prestación de los servicios de salud y rehabilitación de la población. No comenta como debe garantizar el estado este seguimiento. Norma muy amplia que no permite su cumplimiento porque el estado es igualmente amplio, debe organizar los entes que realizaran esta actividad.
Derecho internacional	Compromiso de panamá con las personas con discapacidad en el continente americano	1996	Los objetivos de la presente Convención son la prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad	Asamblea General de las Naciones Unidas	NA	Recomendar a los Estados miembros que dentro de sus posibilidades, intensifiquen sus esfuerzos a fin de crear oportunidades equitativas para las personas con discapacidad en los servicios de salud, educación y capacitación, así como oportunidades de empleo y de vida independiente y, en general. Los Estados parte promoverán, en la medida en que sea compatible con sus respectivas legislaciones nacionales, la participación de representantes de organizaciones de personas con discapacidad, organizaciones no gubernamentales que trabajan en este campo o, si no existieren dichas organizaciones, personas con discapacidad, en la elaboración, ejecución y evaluación de medidas y políticas para aplicar la presente Convención	El compromiso No 4 se encuentra lejos de ser alcanzado, porque va ligado a los recursos destinados por los países miembros para poder realizar a) la investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las discapacidades, el tratamiento, la rehabilitación e integración a la sociedad de las personas con discapacidad. Otro de los objetivos: Cooperar entre sí para contribuir a prevenir y eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad, no se ha visto la articulación entre países para favorecer este objetivo, cada uno lo ha

							<p>realizado por su parte y a su manera.</p> <p>Todavía hace falta el desarrollo de medios y recursos diseñados para facilitar o promover la vida independiente, autosuficiencia e integración total, en condiciones de igualdad, a la sociedad de las personas con discapacidad.</p>
Derecho internacional	<p>Convención Interamericana para la Eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad</p>	2000	<p>Las personas con discapacidad tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas; y que estos derechos, incluido el de no verse sometidos a discriminación fundamentada en la discapacidad, dimanen de la dignidad y la igualdad que son inherentes a todo ser humano.</p>	<p>Asamblea General de las Naciones Unidas</p>	NA	<p>Intervención desde las áreas de educación, prevención, rehabilitación y reinserción laboral para las personas con discapacidad.</p>	<p>Se establece esta norma como la manera de eliminación de barreras, pero a la fecha todavía de manera desigual, no se ha podido organizar el sistema que garantizar el completo goce de las personas con discapacidad.</p>
Derecho internacional	<p>Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud CIF</p> <p>https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf</p>	2001	<p>La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Es una clasificación universal que establece un marco y lenguaje estandarizados para describir la salud y las dimensiones relacionadas con ella. Abarca tres componentes esenciales: funciones corporales/estructuras, actividad y participación, integrados bajo los términos "funcionamiento" y "discapacidad", que dependen de la condición de salud y de su interacción con factores contextuales. Los componentes están clasificados mediante categorías. Hoy por hoy consta de 1.424 categorías organizadas en una estructura jerárquica de 4 niveles de menos preciso a más.</p>	OMS	NA	<p>Tradicionalmente la salud y la discapacidad se han definido como conceptos excluyentes. Así, la discapacidad se entendía como un estado que empieza donde termina la salud, pasando entonces a constituir una categoría separada (modelo biomédico).</p> <p>En este documento se determina que podemos tener un deterioro de la salud y, por tanto, un cierto grado de discapacidad. Así, salud y discapacidad se extienden por igual a lo largo del continuum de nuestra vida y de todas sus facetas y no son, por tanto, categorías separadas. Discapacidad no es, pues, la característica de algunos grupos sociales sino que se trata de una experiencia humana universal, un concepto dinámico bidireccional fruto de la interacción entre estado de</p>	<p>Todavía en los servicios de salud y diferentes diagnósticos médicos y fisioterapéuticos la CIF no es implementada y continúa siendo un modelo Biológico a la hora de ofrecer servicios de salud.</p>

			En el caso de los factores contextuales la cuantificación de las categorías mediante calificadores establece en qué medida un factor actúa como barrera o facilitador.			salud y factores contextuales (modelo biopsicosocial). CIF es un lenguaje común a todas las personas, a lo largo de toda la vida y que abarca por igual a todos los aspectos de la misma	
Derecho internacional	Resolución CD47. R.1 La discapacidad prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados	2006	Adoptan políticas, estrategias, planes y programas nacionales sobre discapacidad, su prevención y rehabilitación que respeten los estándares internacionales sobre discapacidad tales como las Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad Y adopten un modelo de rehabilitación integral, cuyo objetivo primario sea prevenir, minimizar o revertir las consecuencias de las pérdidas o alteraciones funcionales e Incidir sobre los factores que impidan la participación plena.	OPS	NA	Se incluye el tema de bienestar en esta Resolución que fortalezcan y desarrollen los servicios de rehabilitación, para la atención de todas las personas, independientemente de su discapacidad, a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de funcionamiento, autonomía y bienestar.	Varios puntos de esta resolución tan interesante no se cumplen como por ejemplo promover estudios de incidencia, prevalencia y causa de las discapacidades como base para la formulación de estrategias para la reducción de factores de riesgo, de Prevención, tratamiento y rehabilitación. La cual todavía en algunas patologías no hay datos estadísticos que nos aporten al desarrollo de estrategias y políticas para esta población que permita mejorar las condiciones de prestación de servicios de salud.
Derecho internacional	Declaración del decenio de las Américas: por los derechos y dignidad de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo	2006-2016	impulsar acciones de corto, mediano y largo plazo a favor de la integración de las personas con discapacidad, organizaciones internacionales y regionales de diferentes partes del mundo han visto la conveniencia de declarar Décadas de las Personas con Discapacidad, con el objeto de dar visibilidad a la realidad que viven las personas con discapacidad, reforzar la voluntad			Su profunda preocupación por la persistencia de las condiciones de desventaja, inequidad y discriminación en la que se encuentra la mayoría de las personas con discapacidad	Claramente los países continúan avanzando de manera muy lenta en materia de discapacidad y los anteriores compromisos de la normatividad anteriormente mencionada.

			<p>política de los gobiernos y atraer recursos humanos, técnicos y económicos de la</p> <p>cooperación internacional, mediante acciones hemisféricas y/o regionales</p> <p>concertadas para el logro de cambios sustantivos a favor una mejora de la calidad de</p> <p>vida de las personas con discapacidad,</p>				
Derecho internacional	Convención de las Personas con Discapacidad adoptada por la Asamblea general de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006	2006	<p>La Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social. En ella se adopta una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirma que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales. Se aclara y precisa cómo se aplican a las personas con discapacidad todas las categorías de derechos y se indican las esferas en las que es necesario introducir adaptaciones para que las personas con discapacidad puedan ejercer en forma efectiva sus derechos y las esferas en las que se han vulnerado esos derechos y en las que debe reforzarse la protección de los derechos.</p>	Asamblea general de las Naciones Unidas	NA	<p>Es la primera vez que una norma en su artículo 30 incluye participación de la vida cultural, actividades recreativas, de esparcimiento y deporte.</p> <p>Las familias de las personas con Discapacidad deben ser cuidadas.</p> <p>Termino enfático dentro de la convención es igualdad.</p>	<p>El resultado de esta labor es un conjunto de instrumentos relativos a las personas con</p> <p>discapacidad que, a pesar de ser muy diferentes entre sí, principalmente por el enfoque</p> <p>Propio del momento en que se adoptaron, cuentan con una característica común, como es la falta de fuerza vinculante.</p> <p>Tratados internacionales que definen la necesidad de establecer un mecanismo de garantía de derechos, se ve truncada por los estados miembros de fortalecer las articulaciones y garantía entre países, para lograr la cohesión necesaria en mejorar la atención en servicios de salud.</p>
	Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de	2009	<p>El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.</p>	Congreso de la República de Colombia	NA	<p>Se establece, los derechos en varios ámbitos de la participación de las personas con discapacidad, con igual de condiciones y no discriminación en ningún ámbito de su participación</p>	

	2006. 1341 del 31 de julio		Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás				
Marco Nacional	Constitución política de Colombia	1991	Los artículos 13, 47, 54, 68 reconoce la dignidad que es propia a las personas con limitaciones severas y profundas y sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su propia inclusión.	Congreso de la república de la Colombia		<p>Establecimiento de las personas con Discapacidad como personas con iguales condiciones en derechos sin discriminación alguna en el territorio colombiano.</p> <p>Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de</p> <p>Promoción, protección y recuperación de la salud.</p> <p>Desde el modelo de Estado Social de Derecho, consagra los derechos de las PcD y garantiza su protección especial en el artículo 13, imparte las directrices para adelantar una política de previsión, rehabilitación e integración social en el artículo 47, señala la obligatoriedad del Estado en la formación e inclusión laboral de las PcD en el artículo 54, y garantiza su educación en el artículo 68</p> <p>Artículo 52. Se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre como un área diferente a los servicios de salud.</p>	El estado debe garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, favoreciendo políticas públicas que cumplan con las necesidades individuales y colectivas, de sus familias por ser sujetos de especial protección.

						<p>La promulgación de la Constitución Política de 1991 fue el hito que dio inicio al desarrollo del marco</p> <p>jurídico, que enmarcado en la lógica del Estado Social de Derecho y regido por el principio de igualdad</p> <p>y dignidad humana, determina y busca garantizar los derechos de las personas con discapacidad y establecer las obligaciones del Estado y la sociedad en este ámbito.</p> <p>- Colombia ha ratificado numerosos tratados internacionales de derechos humanos que contienen normas transversales y ofrecen un marco general de derechos humanos de las personas con discapacidad.</p>	
<p>Marco Nacional Servicios de Salud</p>	<p>Ley 60</p>	<p>1993</p>	<p>Artículos 2, 3, 4 y 5, establecen la prestación de servicios de salud de competencia municipal, departamental distrital y nacional y es deber garantizarlo directamente o a través de contratos con entidades oficiales o privadas, teniendo en cuenta la descentralización de los servicios de salud.</p>	<p>Congreso de la república de la Colombia</p>	<p>Derogado por Artículo 113 LEY 715 de 2001</p>	<p>las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas, de conformidad con los artículos 4° y 6° de la misma ley; o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas, según lo dispuesto en el artículo 365° de la Constitución Política, la Ley 10 de 1990 y las disposiciones reglamentarias sobre la materia.</p>	<p>1) Su avance en términos de determinantes sigue permaneciendo en acciones aisladas</p> <p>2) las medidas deben ser acordes a las necesidades individuales de las poblaciones.</p> <p>3) Se acabaría la descentralización?</p> <p>4) Que pasa con los servicios de los municipios y entidades departamentales.</p> <p>Mejora la distribución económica para garantizar los servicios de manera equitativa e igual.</p> <p>5) Concepción de salud diferente al concepto curativo que establece la necesidad de</p>

							crear diferentes niveles de atención.
Ley 100	1993	<p>Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables</p> <p>de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, y brinda beneficios especiales a las personas con discapacidad.</p>	Congreso de la república de la Colombia	NA	Organizar los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.	<p>1) Su avance en términos de determinantes sigue permaneciendo en acciones aisladas</p> <p>2) las medidas deben ser acordes a las necesidades individuales de las poblaciones.</p> <p>3) Se acabaría la descentralización?</p> <p>4) Que pasa con los servicios de los municipios y entidades departamentales.</p> <p>Mejora la distribución económica para garantizar los servicios de manera equitativa e igual.</p>	
Decretos 2226 y 1152	1996 y 1999	<p>Se asigna al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas incluye "minusválidos y discapacitados"</p>	Presidencia de la republica	NA	<p>Las funciones relacionadas de garantiza de y ejecución de plan de y programas en salud ya no sé encontrará a cargo de la primera dama, sino del ministerio de salud para los d la tercera edad, minusválidos y discapacitados.</p> <p>Busca la igualdad en la prestación de los derechos a todas las personas en Colombia.</p>	<p>Garantizar la igualdad, de todas las personas que vive en el territorio colombiano y garantizando el artículo 13 "todas las personas nacen libres e iguales ante la Ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación". Pero no es lo único que se debe establecer para garantizar al acceso a la salud a las personas con discapacidad, no la descentralización, ni la igualdad establecida en la constitución, sino que es un sin número de acciones establecidas por los entes competentes para lograr lo que en los marcos internaciones</p>	

							vienen fomentando después de la segunda guerra mundial.
	Resolución 3165	1996	Se adopta lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, Discapacidades y minusvalías.	Presidencia de la republica	NA	En Colombia se ha venido avanzando en la garantía de los derechos de las personas con discapacidad pero aún es necesario aunar los esfuerzos por lograr transformar los Imaginarios sociales sobre la discapacidad para así lograr la plena inclusión social de esta población. A partir de los principios de la Convención, la acción pública debe entonces dirigirse a reconocer a las personas con discapacidad como sujetos de derechos y deberes y, por tanto, crear mecanismos sociales efectivos de participación en la vida política y pública de esta población	
	Ley 368	1997	coordinar programas que tengan por finalidad promover los derechos constitucionales y contribuir a la satisfacción de las necesidades de las personas y grupos vulnerables por razones tales como violencia, condiciones económicas, discapacidades físicas y mentales	Red de Solidaridad Social	Reglamentada por el Decreto 1225 de 1997, Reglamentada Parcialmente por el Decreto 1081 de 2015.	Artículo 3. B. Adelantar y coordinar programas que tengan por finalidad promover los derechos constitucionales y contribuir a la satisfacción de las necesidades de las personas y grupos vulnerables por razones tales como violencia, condiciones económicas, discapacidades físicas y mentales, o en virtud de la edad y el sexo, como la niñez, la juventud, la tercera edad, la mujer y la familia. Artículos 11: Diseñar y desarrollar los planes que conlleven a la habilitación y rehabilitación de los discapacitados víctimas de la violencia	Fue derogada por los decretos descritos, adicional DECRETO 2467 DE 2005, el cual se concentra en tema de los fondos para la paz, pero ya no menciona a la población con discapacidad.
	Decreto 806	1998	Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.	Ministerio de salud pública	Decreto 2353 del 2015	Se aplica para toda la población colombiana para la atención en salud en el territorio colombiano.	Las RBC aún sin definir dentro del sistema como estrategia de intervención.

	Ley 715	2001	<p>Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357. Acto legislativo 01 de 2001 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.</p>	Congreso de la república	NA	Se aplica para toda la población colombiana para la atención en salud en el territorio colombiano.	1)Apropiación de la norma por parte de las PcD.
	Decreto 3039	2004	<p>Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010</p>	Ministerio de Salud y protección social		<p>Son propósitos del Plan Nacional de Salud Pública los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar el estado de salud de la población colombiana. 2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad. 3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica. 4. Disminuir las inequidades en salud de la población colombiana. <p>Enfoque poblacional</p> <p>Se entiende por enfoque poblacional, las intervenciones en salud simples o combinadas dirigidas a la población en general que buscan modificar los riesgos acumulados en cada uno de los momentos del ciclo vital, que incrementan la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad.</p> <p>2. Enfoque de determinantes</p> <p>3. Enfoque de gestión social del riesgo: El enfoque de gestión social del riesgo se plantea como un proceso dinámico, creativo en el cual se construyen soluciones a partir de un abordaje causal de los riesgos de</p>	<p>Enfoque de riesgo que vuelve a ser determinado en las MIAS en el 2019, el cual es atribuible a que la condición de salud como un componente dinámico y predecible y modificable. Nuevamente se establecen los 3 tipo de intervención en salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La promoción de la salud y la calidad de vida. 2. La prevención de los riesgos. 3. La recuperación y superación de los daños en la salud. <p>La cual no se habla de una inclusión social, pero sí de la promoción de la calidad de vida, ignorándose en las otras intervenciones.</p>

						salud en poblaciones específicas, buscando la identificación y modificación de éstos, para evitar desenlaces adversos, teniendo en cuenta que muchos de los eventos de salud no ocurren al azar sino que son predecibles y modificables con el concurso de los actores de salud, otros sectores comprometidos y la comunidad.	
Ley 1122	2007	<p>Por medio de la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y determina como objetivo la atención de los factores de riesgo y condiciones de vida saludables. Artículo 29. Del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado. Se pagarán pensiones de invalidez y sustituciones pensionales,</p> <p>causadas en las ESE al finalizar la vigencia de 1993</p>	Ministerio de Salud y protección social	NA	<p>Establecimiento de la superintendencia de salud como Protector de los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad,</p> <p>accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud</p> <p>La salud pública tendrá acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio.</p>	No aparece la discapacidad, solo toma de base los trastornos mentales de mayor prevalencia y actividades que reduzcan la mortalidad infantil.	
Ley 1145	2007	por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones	Ministerio de Salud y protección social		Se determina la organización impulsar la formulación e implementación de la política pública en discapacidad, en forma coordinada entre las entidades públicas del orden nacional, regional y local, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, con el fin de promocionar y garantizar sus derechos fundamentales, en el marco de los Derechos Humanos		
Decreto 4747	2007	por el cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre prestadores de servicios de salud y las entidades	Ministerio de Salud y protección social	NA	Se establecen las condiciones para el pago de la prestación de la salud, sin	El levantamiento de copagos debería establecer a todos los servicios de salud no solo los de rehabilitación actualmente	

			responsables del pago, define en su artículo 22 que el Manual Único de Glosas, Devoluciones y Respuestas que expida el Ministerio de la Protección Social será de obligatoria			restricción alguna por condición especial.	Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido, en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011 (Ley 1618 de 2013, artículo 9°, numeral 9).
Resolución 0425	2008		Se define la elaboración seguimiento y desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública	Ministerio de Salud y protección social	Resolución derogada por el artículo 51 de la Resolución 1536 de 2015	Muy parecida a la ley 1122	Muy parecida a la ley 1122
Acuerdo 415	2009		Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Emitidas por Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Artículo 84. Selección de población elegible priorizada en Entidades Territoriales entre estos Población con Discapacidad encuestas en SISBEN.	Ministerio de Salud y protección social	NA	Beneficios económicos teniendo en cuenta la vulnerabilidad de la población con discapacidad y la influencia de la desigualdad en los ingresos. Capítulo XI Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2. Población infantil menor de 5 años. 3. Mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en Programas de control prenatal y posnatal. 4. Población con discapacidad identificada mediante la encuesta SISBEN. 5. Mujeres cabeza de familia de acuerdo la definición legal 6. Población de personas mayores	

						<p>7. Población indígena.</p> <p>8. Población del área rural.</p> <p>9. Población del área urbana</p>	
Ley 1414	2010	<p>Por la cual se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia, se dictan los principios y lineamientos para su atención integral.</p>	Congreso de Colombia	NA	<p>Se prohíbe a toda persona natural o jurídica, que realice o propicie cualquier acto discriminatorio, en cualquiera de sus formas, que con ocasión a su enfermedad, se presente contra la persona que padezca de epilepsia.</p> <p>Atención Integral: Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas que padecen epilepsia, en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva.</p> <p>Inicio de la atención Integral.</p> <p>Proceso de Atención Integral: Toda actividad destinada a diagnosticar y atender en forma oportuna, eficaz, continua y permanente, a todos los pacientes con epilepsia, a fin de brindar un tratamiento multi e interdisciplinario, que incluya ayudas diagnósticas invasivas, el servicio médico general, especializado y subespecializado, farmacológico y/o quirúrgico, el acceso a grupos de apoyo con personal idóneo entrenado en el manejo de problemas del desempeño psiconeurológico; para la adaptación y rehabilitación del paciente.</p>	<p>No se ha logrado la cooperación internacional con las respectivas Ligas, la situación para lograr la rehabilitación integral para las personas con epilepsia sigue siendo prometedor.</p> <p>En el Artículo 22. Aquellos jóvenes que tengan epilepsia y dependan económicamente de sus padres tendrán derecho a ser beneficiarios del Sistema de Salud hasta tanto cambie esta condición, se sostiene en un modelo curativo, el cual busca la integración a la sociedad, más no la inclusión.</p>	

						<p>Por primera se involucra al proceso de rehabilitación a la familia y su cuidador competente.</p> <p>Como parte fundamental del proceso del manejo integral, se brindará al cuidador o grupo familiar acceso a procesos de capacitación, educación, asesoría y acompañamiento para que pueda asistir al paciente en calidad de primer respondiente</p>	
Ley 1392	2010	<p>"Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores" y Modificado por el artículo 140 de la Ley Nacional 1438 de 2011 sobre su denominación y la periodicidad de actualización del listado de enfermedades huérfanas.</p>	Ministerio de Salud y protección social	NA	<p>Reconocimiento de la enfermedad huérfana, como enfermedades de baja frecuencia pero de alto costo en el sistema de salud.</p>	<p>Por ser enfermedades de baja frecuencia, la falta de datos y de profesionales especializados, y la falta de investigación y recursos para lo mismo, incide en que el acto costo se aún más elevado.</p> <p>No hay Red de Centros de Diagnóstico especializados para la enfermedad huérfana.</p> <p>2. Red de Centros de Tratamiento</p> <p>3. Red de Farmacias para suministro y seguimiento a tratamientos farmacológicos, no se tiene una ruta definida para la entrega de estos elementos.</p>	
Ley 1438	2011	<p>Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.</p>	Ministerio de Salud y protección social	NA	<p>Esta ley 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, incluyendo y equitativo, donde el centro y objetivo de todos</p>	<p>Acceso efectivo de servicios de salud.</p>	

						<p>los esfuerzos sean los residentes en el país.</p> <p>Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.</p> <p>En su artículo 66. Determina que las acciones de salud deben incluir la</p> <p>garantía a la salud de las personas con discapacidad, mediante una atención integral y una implementación de una política nacional de salud con un enfoque diferencial con base en</p> <p>un plan de salud del Ministerio de la Protección Social.</p>	
	Resolución 1841	2013	Por el cual se adopta, asigna responsabilidades, implementa y monitorea el Plan Decenal de Salud Pública.	Ministerio de Salud y protección social	NA	"PLAN DECENAL PARA LA SALUD PÚBLICA. El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales.	
	Ley 1616	2013	Por la cual se dicta la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.	Ministerio de Salud y protección social	NA	<p>Enfoque promocional de la calidad de vida, estrategia y principios de la atención primaria en salud.</p> <p>La rehabilitación integral inicio de la red intersectorial para lograrla se necesita la articulación con el sector de educación, social, laboral y la familia como parte de integración.</p>	<p>La RBC ha sido posible en la discapacidad mental?</p> <p>Existe la articulación entre la red intersectorial.</p> <p>El observatorio de salud mental no es muy visible su trabajo.</p>

						<p>Define la articulación de la red de prestación de servicios de salud, para garantizar el inicio de la red primaria en salud.</p> <p>Se habla de la rehabilitación basada y comunidad como parte de la rehabilitación Integral.</p>	Salud mental positiva, desde la actividad física, la cual debe ser un objetivo dentro de la salud pública y un indicador de seguimiento por parte del ministerio de salud y protección social.
Resolución 2003	2013	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.	Ministerio de Salud y protección social	La 114 del 2013 fue derogada por esta ley		La habilitación de acuerdo con los servicios que se presentan incluyendo rehabilitación.	
Ley 1751	2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	Congreso de Colombia	NA	<p>En el artículo 11 establece como sujetos de especial protección a la población con discapacidad. Declarada exequible por la Corte Constitucional mediante sentencia C634 de 2015.</p> <p>Objetivo es prestar servicios de paliativos.</p> <p>Como principios los determinantes de la salud, como garantía de la igual de las condiciones en la prestación de los servicios de salud: aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.</p> <p>Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.</p>	Las políticas públicas han sido establecidas para mejorar la calidad de vida de vida en las personas con discapacidad y la influencia en los determinantes de salud? La salud vista de manera lineal.	

					<p>Aparecen los derechos y deberes de las personas en la prestación de los servicios de salud.</p> <p>Sujetos de especial protección: La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica.</p> <p>Se establece que los recursos de salud no podrán ser utilizados en servicios que cumpla con las siguientes características:</p> <p>Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior.</p> <p>Disminución de brechas por desigualdad Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

	Circular 010	2015	Dirigida a Entidades Promotoras de Salud – EPS, Prestadores de Servicios de Salud y afiliados del Sistema General de Seguridad en Salud, con el fin de garantizar el acceso, la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad, estableciendo acciones de promoción de los derechos de esta población.	Congreso de Colombia	NA	<p>La garantía de accesos de servicios de salud mediante red cercana o que sea necesario proporcionar el transporte para la población con discapacidad.</p> <p>Cubrimiento de servicios No pos, revisados bajo junta médica.</p> <p>Articulación de la red para la prestación de los servicios de salud para las personas con discapacidad.</p> <p>Terapias ABA en trastornos diferentes al autismo, sin evidencia y para el autismo con evidencia baja.</p> <p>Autocuidado de las personas con discapacidad y su familia, involucradas en su esquema de atención, con un cuidador idóneo.</p> <p>Comunicación efectiva de las personas con Discapacidad y la parte asistencial y administrativa de la EPS, este numeral aplica para las personas con baja visión y sordas. No habla de comunicación para otro tipo de discapacidad.</p>	<p>A la fecha a pesar de la existencia de las RIAS las personas con discapacidad, no tiene acceso al traslado, la cual es sujeto a la autonomía médica y solicitada por la plataforma del Ministerio MIPRES.</p> <p>Servicio asistencialista con el cubrimiento de atención para la patología y paliación de la enfermedad, no para la rehabilitación integral en cualquier tipo discapacidad.</p> <p>Cuando la familia no cuenta con un cuidador idóneo que pasa con la persona con discapacidad? No tiene acceso a la salud?</p> <p>Se cumple con la información requerida y el manejo de asustes razonables para la población con discapacidad en general?</p> <p>Su avance en términos de determinantes sigue permaneciendo en acciones aisladas</p>
	Resolución 2968	2015	Por la cual se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa ubicados en el territorio nacional". Incluye aspectos en su derecho al acceso a Dispositivos Médicos Sobre Medida seguros y de calidad	Ministerio de Salud y protección social	NA	Se establecen los requisitos sanitarios que deben cumplir los establecimientos que elaboran y adaptan dispositivos médicos sobre medida de tecnología ortopédica externa ubicados en el territorio nacional". Incluye aspectos en su derecho al acceso a Dispositivos Médicos Sobre Medida seguros y de calidad para la población con discapacidad funcional	Los dispositivos médicos se encuentran al alcance de la población con discapacidad, para su rehabilitación integral?

			para la población con discapacidad funcional				
Resolución 518	2015	Establece disposiciones con relación a 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.				define al PIC como un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud – POS, que busca impactar positivamente en los determinantes sociales de la salud e incidir en sus resultados, a través de ejecución de intervenciones colectivas o individuales desarrolladas a largo del curso de la vida. Las intervenciones colectivas del PIC son gratuitas y dirigidas a la totalidad de la población, sin importar el estado de aseguramiento. No están sujetos a procesos de afiliación, periodos mínimos de cotización, copagos, cuotas moderadas o cuotas de recuperación	Porque las personas con discapacidad no tienen exoneración de copagos al 100% de los servicios?
Decreto 2353	2015	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.	Ministerio de Salud y protección social	NA	Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud.	No aparece la discapacidad	
Circular externa 017	2015	Emitida por la Superintendencia Nacional de Salud "Por la cual se imparten instrucciones respecto de la Facturación de eventos o tecnologías NO POS." dirigida a EAPB, entidades territoriales y proveedores de servicios o tecnologías no incluidas en los planes de beneficios	Ministerio de Salud y protección social	NA	Facturación de los servicios y tecnologías garantizados a través de la red de prestadores de las Entidades Promotoras de servicios de salud – EPS: Los proveedores y prestadores de servicios o tecnologías en salud no financiadas con el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC del régimen subsidiado y servicios complementarios radicarán a la EPS la factura de venta o documento equivalente del servicio o tecnología prestado con cargo a la Entidad Territorial; junto con el "FORMATO DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS O TECNOLOGÍAS EN		

						SALUD NO FINANCIADAS POR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD CON CARGO A LA UPC”	
	Resolución 5592	2015	<p>Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad</p> <p>de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y se dictan otras disposiciones. Art. 8, 85, 92,93, 102, 108, 109,118, 124 y 125</p>	Ministerio de Salud y protección social	Derogada por la actualización anual del PBSUPC por la Res. 6408 de 2016.	<p>Resolucion 5592 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación-UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS. Recordemos que la Ley 1438 de 2011 estableció que “El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.</p>	Los servicios de salud estipulados en el PBS son adecuados, completos e integrales para las personas con discapacidad?
Normas sobre salud	<p>Resolución 518</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf</p>	24 de febrero de 2015	<p>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</p> <p>Pública de Intervenciones Colectivas - PIC</p>	Ministerio de Salud y Protección Social	Deroga el artículo 15 y el Título IV de la Resolución 425 de 2008 (rehabilitación comunitaria, plan de salud pública de intervenciones colectivas) artículo 13 de la resolución 3042 de 2007	<ol style="list-style-type: none"> 1) Determinantes sociales de la salud 2) Intervenciones a lo largo del curso de vida 3) Personas en el centro de la intervención 4) Rehabilitación basada en comunidad (RBC) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Su avance en términos de determinantes sigue permaneciendo en acciones aisladas 2) Aún acá, es una cuestión de salud y no participación 3) ¿Para quién la RBC? - ¿La articulación con otros sectores?
Normas sobre salud	<p>Circular 11</p> <p>https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExternas/circular%20externa%20</p>	10 de junio de 2016	<p>Impartir instrucciones frente a la prestación de servicios de salud por parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las IPS</p>	Ministerio de Salud y Protección Social	N/A	<ol style="list-style-type: none"> 1) No barreras de acceso 2) Disponibilidad de personas especializado 3) Diagnóstico y atención temprana 	1) Norma poco adecuada con la realidad

	011%20de%202016.pdf					<ul style="list-style-type: none"> 4) Menores de edad 5) Base de datos 6) Continuidad en el tratamiento 7) Participación de los pacientes 	
Normas sobre salud	<p>Resolución 1904</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1904-de-2017.pdf</p>	31 de mayo de 2017	<p>Adoptar el reglamento encaminado a garantizar que las personas con discapacidad, sobre la base de un enfoque diferencial, accedan a información adecuada y suficiente sobre sus derechos sexuales y derechos reproductivos</p>	Ministerio de Salud y Protección Social	Producto de la sentencia T-573 de 2016 de la Corte Constitucional	<ul style="list-style-type: none"> 1) Enfoque diferencial y de derechos 2) Apoyo para la toma de decisiones (jurídicas y en salud) 3) Obligaciones distintos actores en salud 4) Inspección y vigilancia 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Apropiación de la norma por parte de las PcD 2) Falta de intersectorialidad respecto a la política
Normas sobre salud	<p>Resolución 2063</p> <p>https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202063%20d%C3%A9%202017.pdf</p>	9 de junio de 2017	Se adopta la Política de Participación en Salud- PPSS, mediante Intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones del sistema de salud en conjunto. cambios de procesos respecto a la participación social, mecanismos de incentivos financieros y mecanismos de difusión e información	Ministerio de Salud y Protección Social	N/A	<ul style="list-style-type: none"> 1) Estrategia de pedagogía 2) Incentivos 3) Acceso a la información 4) Convocatorias para la participación 	<ul style="list-style-type: none"> 1) No aparece la discapacidad
Normas sobre salud	Circular externa 0008 de 2017	24 agosto	Instrucciones respecto a la ruta de atención integral a víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas.	Superintendencia Nacional de Salud	N/A	<ul style="list-style-type: none"> 1) Gratuidad e inmediatez de la atención en cualquier centro de salud. 2) Atención integral a las víctimas que incluye servicios de rehabilitación. 3) Gratuidad en la continuidad de servicios de salud incluyendo rehabilitación. 4) listado detallado de servicios y valoraciones que deben ser prestados a las víctimas y sus familias. 5) Inclusión perspectiva de género y edad. 	<ul style="list-style-type: none"> 1) se menciona la inclusión de servicios de salud mental, pero a diferencia de los otros servicios médicos, no se detalla la especificidad de los mismos ni aquellos que deben estar dispuestos específicamente para las víctimas.

Normas sobre salud	Circular 09 de 2017	6 octubre	Instrucciones sobre la carnetización y documentación de la situación con discapacidad física, mental, cognitiva, auditiva, visual y múltiple" Expedida por la SuperIntendencia Nacional de Salud y dirigida a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado.	Superintendencia Nacional de Salud	N/A	1) permite identificación y agilidad en servicios de salud. 2) Certificación de discapacidad frente a otras instituciones y organismos.	1) Identificación con tipo de discapacidad se puede prestar para tratos discriminatorios.
Normas sobre salud	Resolución 5267 de 2017	22 diciembre	Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.	Ministerio de salud y protección social	Resolución derogada por el artículo 2 de la Resolución 244 de 2019	1) Tuvo participación ciudadana en su construcción.	1) Elimina servicios de accesibilidad a personas con discapacidad visual 2) Elimina educación especial 3) Elimina estrategias lúdicas, recreativas y educativas. 4) Elimina varios tipos de terapia no convencionales, sin evidencia técnico-científica para niños con autismo
Normas sobre salud	Resolución 244 de 2019	31 enero	Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.	Ministerio de salud y protección social	Deroga resolución 5267 de 2017	1) tuvo participación ciudadana en su construcción.	1) Mantiene exclusiones resolución 5267 de 2017. 2) Excluye hogares geriátricos. 3) Excluye más herramientas de accesibilidad para personas con discapacidad visual
Normas sobre salud	Resolución 2273 de 2021	22 diciembre	Por la cual se adopta el listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.	Ministerio de salud y protección social	Deroga resolución 244 de 2019	1) tuvo participación ciudadana en su construcción. 2) se excluyen servicios de terapias no convencionales para niños con autismo. 3) Hay una exclusión progresiva de servicios y productos de salud, que no tiene soporte técnico científico. 4) mejoras en las revisiones que con soporte de análisis técnico científico.	1) participación fue una encuesta virtual. 169 respuestas. 2) Mantiene exclusiones resolución 244 de 2019. 3) Se eliminan gran cantidad de procedimientos estéticos que pueden estar dentro de lo contemplado dentro procesos de rehabilitación, la cual puede quedar claro que con un fin que no sea estático y de reconstrucción o de

							rehabilitación puede pasar por una junta.
Normas sobre salud	Resolución 5269 de 2017	22 diciembre	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).	Ministerio de salud y protección social	Derogada por la resolución 5758 de 2018.	1) Incluye tratamientos diferenciales por rango etario, ciclo vital, para personas con discapacidad 2) Incluye cobertura de tratamientos e internación psicológicos y con médico especialista a menores de 18 años con discapacidad. 3) Incluye financiación de diversos tratamientos a menores de edad con discapacidad hasta los 14 años. 4) Se contemplan servicios de alto costo que pueden estar relacionados con personas con discapacidad.	2) No se incluyen servicios diversos de internación que pueden requerir las personas con discapacidad y/o víctimas de conflicto armado. 3) Atención a personas con discapacidad está individualizada y no contempla necesidades, condiciones y recursos de las familias para cuidado de personas dependientes incluyendo menores con discapacidad.
Normas sobre salud	Resolución 5857 de 2018	26 diciembre	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).	Ministerio de salud y protección social	Deroga resolución 5269 de 2017. Derogada por resolución 3512 de 2019	1) Incluye implante coclear y rehabilitación para menores de 3 años.	Deben de relacionar una ruta para la atención integral de las personas con discapacidad, la atención debe ser transversal a todo proceso desde la promoción y prevención hasta la habilitación y rehabilitación.
Normas sobre salud	Resolución 4886 de 2018	7 noviembre	Por la cual se establece la política nacional de salud mental	Ministerio de salud y protección social	N/A	1) enmarca que la epilepsia como un diagnóstico que puede presentarse y no tener discapacidad pero que si no es manejada adecuadamente puede llegar a presentar una discapacidad permanente. 2) contempla que la prevalencia de enfermedades mentales es mayor con personas que sufren algún tipo de discapacidad. 3) se busca disminuir factores sociales productores de discapacidad como violencia intrafamiliar e interpersonal 4) inclusión de enfoque territorial diferencial e interseccional 5) enfoque psicosocial de la atención en salud mental 6) Rehabilitación basada en la comunidad para personas con trastornos mentales y personas con discapacidad mental o psicosocial buscando inclusión en todas las áreas de la vida. 7) educación como fuente para	

						disminuir la discriminación y desigualdad en las personas con discapacidad. 8) Se da especial protección a personas con discapacidad.	
Normas sobre salud	Ley 1955 de 2019	25 mayo	Por el cual se expide el plan nacional de desarrollo 2018-2022	Rama legislativa	Modifica el artículo 3 de la ley 1471 de 2011: se incluye el carácter temporal del PND. No hay modificaciones de fondo del artículo en cuestión.	1) Se busca una rehabilitación integral e inclusión social para los miembros del ministerio de defensa. 2) Se busca reubicar a funcionarios públicos que adquieran la condición de discapacidad en empleos más adecuados a su situación actual mejorando su proceso de rehabilitación.	1) Se prioriza solamente la rehabilitación de miembros del ministerio de defensa y no se contempla una atención especial a las víctimas del conflicto.
Normas sobre salud	Resolución 3512 de 2019 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.%203512%20de%202019.pdf	26 diciembre	Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).	Ministerio de salud y protección social	Deroga resolución 5857 de 2018. Derogada por resolución 2481 de 2020.	1) Mantiene inclusiones de la resolución 5758.	1) Deben de relacionar una ruta para la atención integral de las personas con discapacidad, la atención debe ser transversal a todo proceso desde la promoción y prevención hasta la habilitación y rehabilitación
Normas sobre salud	Resolución 956 de 2020 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcqlclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-318-de-2023.pdf	16 de junio	Por la cual se modifica la Resolución 330 de 2017 en relación con la declaratoria de conflictos de interés y quorum deliberatorio en las sesiones del Grupo de Análisis Técnico-Científico	Ministerio de salud y protección social	NA	Se confirma los actores del grupo de Análisis Técnico científico.	
Normas sobre salud	Resolución 2273 de 2021	22 de diciembre	Por la cual se adopta el nuevo listado de servicios y tecnologías en salud que serán excluidas de	Ministerio de salud y protección social	Derogada por Resolución	Los Grupos de Análisis Técnico Científico analizaron la información, emitieron concepto y recomendación técnica científico respecto de	Se continua con las mismas exclusiones en las discapacidades visuales y discapacidad cognitiva

	chrome-extension://efaidnbmnmnibpcajpcqlclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2273-de-2021.pdf		la financiación con recursos públicos asignados a la salud		n 318 de 2023	cincuenta y cinco (55) tecnologías en salud, correspondientes a cuarenta y siete (47) evaluadas por el IETS en la misma vigencia y ocho (8) más evaluadas en vigencias anteriores	autismo, no hay otras exclusiones en otra clasificación de discapacidad
Normas sobre salud	Resolución 318 de 2023 chrome-extension://efaidnbmnmnibpcajpcqlclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-318-de-2023.pdf	1 de marzo	Por la cual se actualiza el procedimiento técnico-científico, participativo, de carácter público, colectivo y transparente que determina las tecnologías y servicios que no serán financiados con recursos públicos asignados a la salud	Ministerio de salud y protección social	NA	Se establece que la actualización de exclusiones del sistema de salud se realizará cada dos años. Revisión de la decisión de una tecnología previamente excluida, Cuando a una tecnología previamente excluida, ya no le sea aplicable el criterio de exclusión, podrá el interesado solicitar la revisión de la decisión a través de la herramienta dispuesta por este Ministerio, adjuntando la nueva evidencia que refute el (los) criterio (s) por los cuales la tecnología o servicio fue excluido, conforme a la metodología que se defina para el efecto.	
Normas sobre salud	Resolución 2626 de 2019 file:///C:/Users/amandradec/Downloads/Resolucio%CC%81n-No.-2626-de-2019.pdf	27 septiembre	Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (Maite).	Ministerio de salud y protección social	NA	El Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE constituye el instrumento de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema de salud, agentes de otros sistemas y las comunidades. Propone el trabajo intersectorial en sus líneas de acción para la atención en salud y la unificación de un único sistema.	No es claro, quien tiene a cargo la articulación. No incluye a regimenes especiales.
Normas sobre salud	Resolución 113 de 2020 chrome-extension://efaidnbmnmnibpcajpcqlclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_N	31 de enero	La presente resolución tiene por objeto implementar la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas	Ministerio de salud y protección social	Resolución 1043 de 2020 Derogada por la Resolución	Se define en un único registro la información de las PcD, la cual se beneficiaría para establecer planes, programas, de acuerdo con la identificación de la población con discapacidad.	No todas las secretarías municipales, cuentan con la contratación de las IPS, para que se procede con la certificación, entonces funciona que unos municipios son las EPS y en otros las secretarías.

	uevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20113%20de%202020.pdf				n 1239 del 2022		La divulgación de la norma debe ser nacional en todo un despliegue de comunicaciones por parte del ministerio y no dejar a cargo a la EPS.
Normas sobre salud	Resolución 1043 de 2020 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcaipcgclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1043-de-2020.pdf	24 de junio	Se establecen los recursos destinados al otorgamiento de la certificación de discapacidad.	Ministerio de salud y protección social	NA	Otorga recursos para la IPS certificadoras.	Aun así no se tiene en los municipios los recursos destinados para la contratación del todo.
Normas sobre salud	Resolución 1239 del 2022 chrome-extension://efaidnbmnnnibpcaipcgclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201239%20de%202022.pdf	21 de julio	Se dictan disposiciones para la certificación de discapacidad y el Registro de Localización y Caracterización de Personas	Ministerio de salud y protección social	NA	Se define los responsables de la certificación.	No tiene toda la cobertura de implementación a nivel nacional. No cuenta con los recursos económicos para su implementación completa, por ende algunos municipios en los registros aparecen todavía en transitoriedad.
Normas régimen especial	1145 del 2007 https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=25670	Julio 10	Sistema nacional de discapacidad por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad y se dictan otras disposiciones	Ministerio del interior	NA	Logra desde la participación de las personas con discapacidad, la materialización de políticas, planes del orden nacional y territorial con acciones y recursos para su atención e inclusión de la población con discapacidad, define la discapacidad, descentraliza los programas en el tema de discapacidad. Define persona en situación de discapacidad, autonomía, persona con discapacidad, etc Enunció el cambio de enfoque del concepto de discapacidad, si bien no es solo normatividad establecida por las fuerzas públicas su gran influencia hacia el concepto de discapacidad es de importancia tenerlo en cuenta en el sector.	No define el sistema para las fuerzas públicas, esta adopta esta política por definiciones, no para la promulgación y conocimiento de la estructura como tal para la participación de la PcD.

<p>Normas régimen especial</p>	<p>Conpes 80 del 2004</p> <p>chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/166.pdf</p>		<p>Política pública Nacional de Discapacidad</p>	<p>Ministerio de salud y protección social</p>		<p>Enunció el cambio de enfoque del concepto de discapacidad, si bien no es solo normatividad establecida por las fuerzas públicas su gran influencia hacia el concepto de discapacidad es de importancia tenerlo en cuenta en el sector.</p> <p>Para ese entonces el centro de rehabilitación de la fuerza pública se encontraba en construcción</p> <p>Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral de PcD, especialmente Víctimas de Accidentes con Minas Antipersonal"</p>	<p>se incorporarán indicadores de discapacidad en las auditorias para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud – PAMEC 46, se diseñarán e implementarán mecanismos de articulación, seguimiento, monitoreo y se establecerán sanciones para las EPS e IPS, o quienes hagan sus veces, que nieguen o dilaten la atención en salud, la cual en ese momento no se establecieron, hasta ahora después de 10 años, se pretende incluir en los seguimientos, pero aún no se encuentra en el PAMEC de las EPS, y organizaciones.</p>
<p>Normas régimen especial</p>	<p>1346 del 2009</p> <p>https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=37150</p>	<p>Julio 31</p>	<p>Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.</p>	<p>Ministerio de salud y protección social</p>	<p>NA</p>	<p>Propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.</p> <p>Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, si determina aspectos importantes como la participación de las PcD en el deporte.</p>	<p>No promueve la actividad física, solo el deporte. Es para la discapacidad, y no exclusivo de víctimas de conflicto armado.</p>
<p>Normas régimen especial</p>	<p>Conpes 3591 del 2009</p>	<p>1 de junio</p>	<p>SISTEMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL PARA LA FUERZA PÚBLICA</p>	<p>Vicepresidencia de la República Ministerio de Defensa Nacional Ministerio de la Protección Social Departamento Nacional de Planeación SENA</p>	<p>NA</p>	<p>la construcción de un modelo que permita estructurar una política de discapacidad con los lineamientos necesarios para la elaboración de planes y programas que incluyan el Sistema de Rehabilitación Integral para los miembros de la Fuerza Pública.</p>	

						Crear y desarrollar un Sistema de Rehabilitación Integral sostenible para los miembros de la Fuerza Pública en situación de discapacidad, que proporcione las herramientas necesarias para la autogestión de sus proyectos de vida.	
Normas régimen especial	1618 del 2013		Ley tiene por objetivo garantizar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, de acciones afirmativas, de ajustes razonables y de la eliminación de toda forma de discriminación por razón de discapacidad.	Ministerio de salud y protección social	NA	Determina las funciones en cada sector intersectorial, que garanticen el goce pleno de las personas con discapacidad en la vida social, laboral, educativa, recreativa y de ocio. Derecho a la salud, a la habilitación y rehabilitación. Las personas con discapacidad miembros de las Fuerzas Militares cuentan con atención en salud y rehabilitación en el marco de su política de discapacidad.	
Normas régimen especial	1616 del 2013 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf	21 de enero	Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones".	El congreso de Colombia	NA	Se determina la ley para la salud mental y las diferentes acciones para lograr la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, se habla de la relación de actividad Física y los elementos determinantes de la autonomía de las personas.	"prosperidad para todos", con un antecedente de inclusión importante que orienta la formulación de políticas de discapacidad nacional, sectorial y territorial en pro de la garantía de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad en el reconocimiento social para el desarrollo favorable en aspectos principales sociales y económicos
Normas régimen especial	CONPES Social 166 de 2013		prosperidad para todos", con un antecedente de inclusión importante que orienta la formulación de políticas de discapacidad nacional, sectorial y territorial en pro de la garantía de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad en el reconocimiento social para el desarrollo favorable en aspectos principales sociales y económicos.	Ministerio de salud y protección social	NA	Este documento resume el CONPES Social 166 de 2013, el cual se convierte en un importante insumo para orientar la formulación de políticas de discapacidad nacional, sectorial y territorial en pro de la garantía de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, en condiciones de igualdad, como antecedente se encuentra la 1145 del 2007, 1346 del 2009 convención de las naciones Unidas y el Conpes 89 del 2004 la política pública nacional discapacidad "hacia un estado	

						comunitario". U esta que es prosperidad para todos.	
	<p>Conpes 3726 de 2012</p> <p>chrome-extension://efaidnbmnnnibpcaipcgclefindmkaj/https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/ekon%C3%B3micos/3726.pdf</p>	30 de mayo	Plan Nacional de Atención y Reparación Integral a las Víctimas – PNARIV, de acuerdo con los artículos 19, 175 y 182 de la Ley 1448 de 2011, "Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones"	<p>DNP - DJSG, DIFP, GPE, DDRS, DEPP DPS – Unidad para las Víctimas, Centro de Memoria Histórica, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar Ministerio del Interior Ministerio de Hacienda y Crédito Público Ministerio de Justicia y del Derecho Ministerio de Defensa Nacional Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural - Unidad Administrativa Especial de Gestión de Tierras Ministerio de Salud y Protección Social Ministerio de Trabajo Ministerio de Comercio, Industria y Turismo Ministerio de Educación Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones Ministerio de Cultura DAPRE – Departamento Administrativo de la Presidencia</p>	NA	Contexto de caracterización 10 general sobre las víctimas del conflicto, consideraciones sobre la oferta institucional y referentes normativos, que incluyen la identificación desde la perspectiva diferencial de niños, niñas y adolescentes, género, discapacidad y grupos étnicos.	
	ley 1795 del 2000	14 de septiembre	"Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional",	Presidencia República de Colombia		Se establece el sistema de salud de las fuerzas militares y la policía nacional como régimen especial	No hay comentarios, se establece la autonomía del régimen, para la prestación de servicios de salud a cargo de las fuerzas militares y policía nacional
	Ley 1471 del 2011		se dictan normas relacionadas con la rehabilitación integral de los miembros de la Fuerza			Se determina el nuevo concepto de discapacidad adoptado por las fuerzas públicas. Su objetivo es	

			<p>Pública, alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal civil del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional</p>		<p>profundizar en población con discapacidad y profundizar en la garantía de sus derechos orientados bajo principios como la equidad, la accesibilidad y la visión holística del ser humano. Se confirma la definición de rehabilitación; como el proceso en donde se alcanza el desarrollo funcional óptimo incluyendo las medidas médicas.</p> <p>Además amplía la definición a medidas de intervención educativas, terapéuticas y psicológicas en el individuo, así como modificaciones al contexto familiar, social y laboral que lo rodea y a los actores que participan en éste, buscando ambientes inclusivos.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

C. Anexo: Beneficios de la actividad física adaptada

Tabla No 1 Evidencia de apoyo para los beneficios generales de la actividad física			
Beneficio	AUTOR	Propuesta de Diseño de la Practica de actividad física	Cita
independencia y autonomía	Fasczewski, K. S (2018)	La actividad física es uno de los medios que se ha demostrado que ayuda a controlar los síntomas de la esclerosis múltiple. Aumentar la comprensión de los pacientes sobre los beneficios del uso de la actividad física como un medio para controlar los síntomas de la esclerosis múltiple puede resultar en una adherencia a la actividad física a largo plazo	Fasczewski, K. S., Gill, D. L., & Rothberger, S. M. (2018). Physical activity motivation and benefits in people with multiple sclerosis. <i>Disability and rehabilitation</i> , 40(13), 1517–1523.
estrés postraumático y la depresión	Reb, Anne Marie (2017)	20 clases durante 10 semanas de práctica de Qigong, para los miembros del servicio militar heridos, enfermos y lesionados	Reb A.M., Saum N.S., Murphy D.A., Breckenridge-Sproat S.T., Su X., Bormann J.E. AUTHOR FULL NAMES: Reb, Anne Marie (23502406800); Saum, Nancy Seaby (57193687056). Murphy, Deborah Ann (56900381700); Breckenridge-Sproat, Sara Todd (37002652800); Su, Xiaogang (7402181997); Bormann, Jill Ellen (23979512800) 23502406800; 57193687056; 56900381700; 37002652800; 7402181997; 23979512800 Qigong in Injured Military Service Members: A Feasibility Study (2017) <i>Journal of Holistic Nursing</i> , 35(1), pp. 10 - 24
Trastorno de estrés postraumático	Oppizzi & Umberger, 2018	práctica va en el diseño de un de programación de una caminata, una actividad aeróbica o yoga para el manejo de este tipo de patologías	Oppizzi, L. M., & Umberger, R. (2018). The Effect of Physical Activity on PTSD. <i>Issues in mental health nursing</i> , 39 (2), 179–187.
Funciones ejecutivas Y cognición	NJ Stimpson, (2018)	La práctica de meses de ejercicio aeróbico mejora angiogénesis, neuroinflamación en relación con la señalización de IGF-1, regulación de neurotrofinas, neurogénesis y plasticidad.	NJ Stimpson, G. Davison , A.-H. javadi Joggin' the Noggin: Hacia una comprensión fisiológica de los beneficios cognitivos inducidos por el ejercicio <i>Neurosci Biobehav Rev</i> , 88 (2018), págs. 177 –186.
problemas de sueño, síntomas depresivos, regulación emocional, disociación y sensibilidad a la ansiedad y estrés postraumático en personas con epilepsia	Voorendonk y colaboradores (2022)	programa intensivo de actividad física de dos semanas.	Voorendonk EM, Augmenting PTSD treatment with physical activity: study protocol of the APPART study (Augmentation for PTSD with Physical Activity in a Randomized Trial), 31 jan 2022.
ansiolíticos, antidepresivos y amortiguadores del estrés	taylor teckchandani y colaboradores (2023)	confirma que los programas que promueven la actividad física pueden ser intervenciones útiles para complementar o combinar con las intervenciones de salud mental	eckchandani, T., Krakauer, R. L., Andrews, K. L., Neary, J. P., Nisbet, J., Shields, R. E., Maguire, K. Q., Jamshidi, L., Afifi, T. O., Lix, L. M., Sauer-Zavala, S., Asmundson, G. J. G., Krätzig, G. P., & Carleton, R. N. (2023). Prophylactic relationship between mental health disorder symptoms and physical activity of Royal Canadian Mounted Police Cadets during the cadet training program. <i>Frontiers in psychology</i> , 14, 1145184.
fatiga, erupción cutánea, dolor muscular y articular, cefaleas, pérdida de memoria, falta de aire, síntomas gastrointestinales y respiratorios, y problemas cutáneos.	Niles Barbara 2023	un programa de práctica de Tai Chi, donde se determinó que la práctica de la Actividad Física mejoró los síntomas relacionados con la llamada "Enfermedad de la Guerra del Golfo"	L. (2022). Tai chi and qigong for trauma exposed populations: A systematic review. <i>Mental Health and Physical Activity</i> . Niles, B. L., Grossman, S., McQuade, M., Grossman, D., Kaiser, A. P., Muccio, B., . . . Mori, D. L. (2023). Study protocol for a revised randomized trial: Remotely delivered tai chi and wellness for gulf war
bienestar, resiliencia y recursos de apoyo social	Mira, T. (2023)	programa de entrenamiento mejora para las personas con discapacidad contribuyendo a su desarrollo personal, calidad de vida e integración en la sociedad	Mira, T., Costa, A. M., Jacirto, M., Diz, S., Monteiro, D., Rodrigues, F., . . . Antunes, R. (2023). Well-being, resilience and social support of athletes with disabilities: A systematic review. <i>Behavioral Sciences</i> , 13(5) doi:10.3390/bs13050389
afecciones físicas y mentales crónicas	(Moyers S. 2023)	actividad física moderada contribuye a mejorar la relación de la secreción desregulada de cortisol tónico	Susette A. Moyers, Martin S. Hagger, Physical activity, and cortisol regulation: A meta-analysis, <i>Biological Psychology</i> , Volume 179, 2023.
Vigilancia constante (preocupación por el ejercicio), Productividad y compromiso social (ejercicio para sentirse productivo, participar socialmente y mejorar la autoestima) y Ejercicio como medicina/autocuidado (ejercicio para controlar la EM, relajarse, mejorar el bienestar mental, prevenir/revertir la discapacidad y	Adamson, B 2023	programas de ejercicio para las personas con Esclerosis Múltiple	Adamson, B., Adamson, M., Kinnett-Hopkins, D., & Motl, R. (2022). Medicalization of Exercise Through Vigilance, Productivity, and Self-Care: A Secondary Data Analysis of Qualitative Interviews Among Those with Multiple Sclerosis, <i>Adapted Physical Activity Quarterly</i> , 39(4), 399-423. Retrieved Jul 8, 2023, from
movilidad funcional beneficios físicos, el desempeño de tareas laborales y el desempeño de habilidades deportivas	Ballenger, BK 2023	Las modalidades de los programas de entrenamiento físico incluyeron ejercicio aeróbico, entrenamiento de fuerza, entrenamiento aeróbico y de fuerza combinado, acuático, deportes y juegos, e intervenciones de ejercicios aeróbicos y de fuerza combinados con educación para la salud	Ballenger, B. K., Schultz, E. E., Dale, M., Fernhall, B., Motl, R. W., & Agiovlasitis, S. (2023). Health Outcomes of Physical Activity Interventions in Adults with Down Syndrome: A Systematic Review, <i>Adapted Physical Activity Quarterly</i> , 40(2), 378-402. Retrieved Jul 8, 2023,

Bibliografía

- Abadía, A. (2017). Deporte para el Desarrollo y la Paz. Articulación de Colombia dentro de la estrategia del uso del SDP de Naciones Unidas.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Comprender las actitudes y predecir el comportamiento social. Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Akwe, J., & Hall, M. A. K. (2023). Primary Care Considerations for Elderly U.S. Veterans of World War II and the Korean War: A Narrative Review. *Cureus*, 15(4), e37309.
- Aoláin, F. N., Haynes, D. F., & Cahn, N. R. (2011). *En primera línea: género, guerra y el proceso de posconflicto*. Oxford: Oxford University Press.
- Arendt, H. (1993). *La Condición Humana*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ávila Fuenmayor, F. (2007). El concepto de poder en Michel Foucault. *A Parte Rei: Revista de filosofía*, Nº. 53, ISSN 1137-8204, ISSN-e 2172-9069.
- Ballenger, B. K., Schultz, E. E., Dale, M., Fernhall, B., Motl, R. W., & Agiovlasitis, S. (2023). Health Outcomes of Physical Activity Interventions in Adults with Down Syndrome: A Systematic Review. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 40(2), 378-402. Retrieved Jul 8, 2023.
- Bart, R., Ishak, W. W., Ganjian, S., Jaffer, K. Y., Abdelmesseeh, M., Hanna, S., Gohar, Y., Azar, G., Vanle, B., Dang, J., & Danovitch, I. (2018). The Assessment and Measurement of Wellness in the Clinical Medical Setting: A Systematic Review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 15(9-10), 14–23.
- Bartoli, F., Crocamo, C., Clerici, M., & Carrà, G. (2015). The association between PTSD and metabolic syndrome: A role for comorbid depression? *Metabolism: clinical and experimental*, 64(11), 1373–1375.
- Basha Getachew K., & Van Heerden Hendrik J. (2020). Profile and opinion of people with disability with respect to adapted physical activity participation in Ethiopia. *African Journal of Disability*, 9(1), 1–8.
- Biagini, A., Bastiani, L., & Sebastiani, L. (2022). The impact of physical activity on the quality of life of a sample of Italian people with physical disability. *Frontiers in sports and active living*, 4, 884074.
- Biddle, S. J. H., Hagger, M. S., Kokko, S., Ruiz, M. C., Lintunen, T., & Knittle, K. (2023). Population physical activity legacy from major sports events: The contribution of behavior change science. *Journal of Sport and Health Science*.
- Brynhildsvoll Auren, T.J., Gjerde Jensen, A., Rendum Klæth, J., Maksic, E. y Solem, S. (2021) Intensive outpatient treatment for PTSD: a pilot feasibility study combining prolonged exposure therapy, EMDR, physical activity, and psychoeducation. *European journal of psychotraumatology*.
- Blacksher, E. (2010). Health reform and health equity: sharing responsibility for health in the United States. *Hofstra L. Rev.*, 39, 41.
- Bohórquez-Aunta, R. (2017). La reconciliación antropológica y el cuidado de lo público: Una reflexión sobre la analogía "armar al hombre para componer el mundo". *Estrategias para construcción de paz*. Fundación Universitaria Juan de Castellanos y Universidad Santo Tomás, sede Tunja.
- Bouchard, C., & Shephard, R. J. (1994). Physical activity, fitness, and health: the model and key concepts. In C. Bouchard, R. J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: international proceedings and consensus statement* (pp. 77-88). Champaign (IL): Human Kinetics.
- Broesder, W. A., Op den Buijs, T. P., Vogelaar, A. L. W., & Euwema, M. C. (2015). Can Soldiers Combine Swords and Ploughshares?: The Construction of the

- Warrior–Peacekeeper Role Identity Survey (WPRIS). *Armed Forces & Society*, 41(3), 519–540.
- Brown, I., Neikrug, S. y Brown, RI (2000). Encuesta de calidad de vida familiar. *Proyecto*
- Björkman, F., & Ekblom, Ö. (2022). Physical Exercise as Treatment for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Military medicine*, Pag 187.
- Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., Lambert, E., ... Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine*, 54(24), 1451–1462.
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado [Stigma and Mental Health in Victims of Colombia's Internal Armed Conflict in Situation of Forced Displacement]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(4), 212-217. doi: 10.1016/j.rcp.2014.09.004
- Camargo D., M. E. (2022). *RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA. UNA ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CASA, PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD*. Bogotá.
- Christine M. Hoehner, P. J. (2008). Intervenciones en Actividad Física en América Latina Revisión del Sistema de la Literatura. *American Journal of Preventive Medicine*.
- Conger, S. A. (2011). A compendium of energy costs of physical activities for individuals who use manual wheelchairs. *Adapted physical activity quarterly*.
- Carmona Gallego, Lic. Diego Autonomía e interdependencia. La ética del cuidado en la discapacidad *Revista Humanidades*, vol. 10, núm. 2, 2020
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2019). *El Tigre no es como lo pintan: estigmatización y conflicto armado en el Bajo Putumayo, una historia ilustrada*. Bogotá: Centro Nacional de Memoria Histórica.
- Certeau, M. (2000). *La Invención de lo Cotidiano I: Artes de Hacer*. (A. Pescador, Trad.) México: Universidad iberoamericana, Departamento de Historia. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente. (Versión original: *L'Invention du quotidien I, Arts de faire*, 1990).
- Cherniak AD, Mikulincer M, Shaver PR et al (2021) Attachment theory and religion. *Curr Opin Psychol* 40:126–130.
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D., Gostin, L. O., Kahn, J., Bonnie, R. J., ... & Nieburg, P. (2002). Public health ethics: mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 30(2), 170-178.
- Chu, C. R., Diaz, R., & Syrup, I. P. (2019). Adaptive sports and the warrior athlete. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 27(2), 41.
- Coldeportes. (2018). Política pública nacional para el desarrollo del deporte, la recreación, la actividad física y el aprovechamiento del tiempo libre hacia un territorio de paz 2018-2028. Bogotá D.C. Resolución 1723 de 2018.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1448 de 2011. Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.
- Constitución Política de Colombia, (1991). Actualizada con los Actos Legislativos hasta 2010. Consejo Superior de la Judicatura, Centro de Documentación Judicial (CENDOJ). Edición digital.

Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-1084 de 2005.

Corte Constitucional colombiana. Sentencia T-881 de 2002.

Crespo, M.A. (2017). La política de discapacidad del sector seguridad y defensa en Colombia: una mirada desde los derechos fundamentales. *Rev. Cienc. Salud.* 2 017; 15(3):427-440.

Clanchy, K., Hill, J., Fenning, M., & Tweedy, S. (2023). Community-based physical activity promotion confers broad-spectrum benefits for military veterans with chronic and complex conditions: evidence from 4 years of rehabilitation consultant referrals. *BMJ military health.*

Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas La ética del cuidado. Nº 30 (2013) Edita: Guilligan la ética de cuidado, Fundación Víctor Grífols i Lucas. Barcelona 2013

Davies, S., Pettersson, T., & Öberg, M. (2022). Violencia organizada 1989-2021 y guerra con drones. *Revista de Investigación para la Paz*, Núm. 59.

Departamento Nacional de Planeación. (2009) CONPES 3550 del 2009. Sistema de Rehabilitación Integral Para La Fuerza Pública.

DePauw, K., & Doll, T. (2009). European perspectives on adapted physical activity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 6(2).

Derek Summerfield (1997) Las dimensiones sociales, culturales y políticas de la guerra contemporánea, *Medicina, conflicto y supervivencia*, 13: 1, 3-25.

Diaz, R., Miller, E. K., Kraus, E., & Fredericson, M. (2019). Impact of Adaptive Sports Participation on Quality of Life. *Sports medicine and arthroscopy review*, 27(2), 73–82.

Derek Summerfield (1997) Las dimensiones sociales, culturales y políticas de la guerra contemporánea, *Medicine, Conflict and Survival*, 13:1, 3-25

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin*, 125(2), 276.

Devís, J. (Coord.). (2000). *Actividad física, deporte y salud*. Barcelona. INDE. 104

D. C., A. M. (2020). Guía técnica para orientar la práctica de la Actividad Física. *ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. ©SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL*.

Dhuli, K., Naureen, Z., Medori, M. C., Fioretti, F., Caruso, P., Perrone, M. A., Nodari, S., Manganotti, P., Xhufi, S., Bushati, M., Bozo, D., Connelly, S. T., Herbst, K. L., & Bertelli, M. (2022). *Physical activity for health. Journal of preventive medicine and hygiene*

Dishman, R. K., Sallis, J. F., & Orenstein, D. R. (1985). The determinants of physical activity and exercise. *Public health reports (Washington, D.C.: 1974)*, 100(2), 158–171.

Elena Thofehrn Lessa, Suzete Chiviawosky, Self-controlled practice benefits motor learning in older adults, *Human Movement Science*, Volume 40, 2015, Pages 372-380, Lewthwaite, R., Chiviawosky, S., Drews, R. et al. Choose to move: The motivational impact of autonomy support on motor learning. *Psychon Bull Rev* 22.

Eckermann, S. C. (2020). Active Lives South Australia Health Economic Analysis - an evidence base for potential of health promotion strategies to reduced public health costs with meeting of adult physical activity guidelines. *A report prepared for SA Office of Recreation, Sport and Racing and SA Health*.

Eljach Pacheco, G., Castrillón Orrego, J. D., & Niño Contreras, G. F. (Comps.). (Año de publicación). La paz el derecho de la democracia: elementos de análisis frente a los desafíos del legislador en la implementación del acuerdo final de paz en Colombia (pp. 149-156). Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.

Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Calidad de vida: la evaluación, el análisis y el informe de los resultados informados por los pacientes (3ra ed.)*. Hoboken, Nueva Jersey: Wiley Blackwell.

Fundación Ideas para la Paz, & Cámara de Comercio de Bogotá. (2018). *Estrategia para la vinculación del sector privado en atención a ex miembros de la fuerza pública*.

Gladis, MM, Gosch, EA, Dishuk, NM y Crits-Christoph, P. (1999). Calidad de vida: Ampliación del alcance de la importancia clínica. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 67 (3), 320–331

Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. (1996). *La gente y la salud. ¿Qué calidad de*

- vida? *Revista Internacional Desarrollo Sanitario*, 17(4).
- Gutiérrez, Y. (2013). La Dignidad Humana Como Valor, Principio Y Derecho En La Jurisprudencia Constitucional Colombiana. *CRITERIOS - Cuadernos de Ciencias Jurídicas y Política Internacional*, 6(1), enero-junio de 2013.
- Guttmann, L. (2006). *Textbook of sport for the disabled*. Aylesbury: M Publishers.
- Gadamer Hans-Georg, Verdad y método, Fundamentos de una hermenéutica filosófica Quinta edición. Ediciones Sígueme - Salamanca 1993.
- Haraldstad, K., (2019). A systematic review of quality-of-life research in medicine and health sciences. *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care, and rehabilitation*.
- Hourani, L. L., Williams, J., Forman-Hoffman, V., Lane, M. E., Weimer, B., & Bray, R. M. (2012). Influence of spirituality on depression, posttraumatic stress disorder, and suicidality in active-duty military personnel. *Depression research and treatment*, 2012, 425463.
- Hufford, D. J., Fritts, M. J., & Rhodes, J. E. (2010). Spiritual fitness. *Military Medicine*, 175(suppl_8), 73-87.
- Hurtado, J. (2012). *Metodología de la investigación I*. Caracas: Episteme.
- Hutzler, Y., & Sherrill, C. (2007). Defining adapted physical activity: International perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24.
- Haskell, W. L. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and science in sports and exercise. American sport excersice*.
- Health, M. o. (2017). Sit less, move more, sleep well: active play guidelines for under-fives. *Wellington, New Zealand*.
- Kant, I. (1994). *La metafísica de las costumbres*. (2a. ed.). Madrid: Tecnos.
- Kaufman, J. P., & Williams, K. P. (Eds.). (2016). *Mujeres, igualdad de género y transformación posconflicto: lecciones aprendidas, implicaciones para el futuro*. Nueva York: Routledge.
- Lakowski, T. & Long, T. (2011). *Proceedings: Physical Activity and Sport for People with Disabilities*. Washington, DC: Georgetown University Center for Child and Human Development.
- Lemke, W. (2015). El papel del deporte en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Organización de las Naciones Unidas, OMS.
- Lloyd, K., & Auld, C. (2003). Leisure, public space, and quality of life in the urban environment. *Urban Policy and Research*, 21(4), 339–356.
- López López, W. (2016). La reconstrucción psicológica y social: una prioridad de corto, mediano y largo plazo para el futuro de la paz en Colombia. En G. Eljach Pachecho, J. D. Castrillón Orrego y G. F. Niño Contreras (Comps.), *La paz el derecho de la democracia: elementos de análisis frente a los desafíos del legislador en la implementación del acuerdo final de paz en Colombia*. (pp. 149-156). Popayán, Colombia: Universidad del Cauca.
- Martínez, N., Connelly, C. D., Pérez, A., & Calero, P. (2021). Self-care: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 8(4), 418–425.
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). La rueda de cambio de comportamiento: un nuevo método para caracterizar y diseñar intervenciones de cambio de comportamiento. *Implementar Sci*, 6, 42.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Directrices para la Promoción y Consejería de Actividad Física y Ejercicio por Personal de Talento Humano en Salud*. Bogotá D.C., Colombia.
- Misener, L., & Darcy, S. (2014). Managing disability sport: From athletes with disabilities to inclusive organisational perspectives. *Sport Management Review*, 17(1), 1-7. doi: 10.1016/j.smr.2013.12.0
- Mira, T., Costa, A. M., Jacinto, M., Diz, S., Monteiro, D., Rodrigues, F., . . . Antunes, R. (2023). Well-being, resilience and social support of athletes with disabilities: A systematic review. *Behavioral Sciences*,
- Moreno F. *Discapacidad, conflicto armado y construcción de paz*. Primera edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Maestría

- en Discapacidad e Inclusión Social, 2021
- Moreno, F. (2021). Discapacidad, conflicto armado y construcción de paz (Primera edición). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Maestría en Discapacidad e Inclusión Social.
- Naciones Unidas. (1985). Declaración de los principios fundamentales de justicia para las víctimas de delitos y abusos de poder.
- Nación, M. d. (2012). MANUAL DIRECTOR DE ACTIVIDAD FISICA Y SALUD DE LA REPUBLICA ARGENTINA. *Ministerio de Salud Presidencia de la Nación*.
- Oficina de las Naciones Unidas sobre el Deporte para el Desarrollo y Paz (UNOSDP) (2016). Oficina del Alto Comisionado, Grupo de Acción Comisionado para la Paz Integral Contra Minas Antipersona, Plan Estratégico 2020-2025 “Hacia una Colombia libre de sospecha de minas antipersonal para todos los colombianos”, febrero 2020.
- ONU - General Assembly Resolution 58/5; ‘Final Report’; ‘Sport for Development and Peace: The Way Forward’; and ‘Sport in the United Nations Convention’. The International Platform on Sport and Development provides a comprehensive listing of these and other relevant documents.
- Organización Mundial de la Salud. (1995). Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL): documento de posición de la Organización Mundial de la Salud. Ciencias Sociales y Medicina.
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud.
- Osorio Pérez, F.E. (2006). La historia de vida como técnica de investigación cualitativa. En <https://floretilmaosorioperez.files.wordpress.com/2015/01/historias-de-vida-2006.pdf>
- Okely A.D., G. D. (2017). A collaborative approach to adopting/adapting guidelines - The Australian 24-Hour Movement Guidelines for the early years (Birth to 5 years): an integration of physical activity, sedentary behavior, and sleep. *BMC Publ. Health*.
- Okely, A. D. (2022). A collaborative approach to adopting/adapting guidelines. The Australian 24-hour movement guidelines for children (5-12 years) and young people (13-17 years): An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *he international journal of behavioral nutrition and physical activity*.
- Oster, C., Morello, A., Venning, A., Redpath, P., & Lawn, S. (2017). The health and wellbeing need of veterans: a rapid review. *BMC psychiatry*, 17(1), 414.
- Pérez Tejero, J. (2009). La investigación en actividades físicas y deportes adaptados: un camino aun por recorrer. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, V(16).
- Pérez Tejero, J.; Reina Vaíllo, R.; Sanz Rivas, D. (2012) La actividad física adaptada para personas con discapacidad en España: perspectivas científicas y de aplicación actual *Cultura, Ciencia y Deporte*, vol. 7, núm. 21, noviembre, 2012, pp. 213-224 Universidad Católica San Antonio de Murcia, Murcia, España.
- Prieto Bernal, Hernán Felipe Lecciones de teoría política: la democracia de los atenienses entre la stásis y la diálisis / Hernán Felipe Prieto Bernal. – Bogotá: Universidad Libre, 2020. (127). *BMJ military health*,
- Rika Blacksher, Gina S. Lovasi, Place-focused physical activity research, human agency, and social justice in public health: Taking agency seriously in studies of the built environment, *Health & Place*, Volume 18, Issue 2, 2012, Pages 172-179,
- Rojas López, J.A. (2018). Tejido social y resistencia en San Carlos – Antioquía. Tesis de maestría en Estudios Políticos, Universidad Nacional.
- Ross, R. E., VanDerwerker, C. J., Saladin, M. E., & Gregory, C. M. (2023). The role of exercise in the treatment of depression: biological underpinnings and clinical outcomes. *Molecular psychiatry*, 28(1), 298–328
- Ross, R. C.-K.-C.-B. (2020). Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18-64 years and Adults aged 65 years or older: an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Applied physiology, nutrition, and metabolism*.
- Walker, R. A. J., Colclough, M., Limbert, C., & Smith, P. M. (2022). Perceived barriers to, and benefits of physical activity among British military veterans that are wounded,

- injured, and/or sick: a Behaviour Change Wheel perspective. *Disability and rehabilitation*,
- Schmidt, H. (2009). Just health responsibility. *Journal of medical ethics*, 35(1), 21-26.
- Seefeldt et al., 2002 V. Seefeldt, Malina RM, Clark MA Factors Affecting Physical Activity Levels in Adults *Sports Medicine*, 32 (2002), pp. 143-168.
- Shields, P. M., & Soeters, J. (2017). Peaceweaving: Jane Addams, Positive Peace, and Public Administration. *The American Review of Public Administration*, 47(3), 323–339.
- Shirazipour & Amy E. Latimer-Cheung (2020) Understanding quality participation: exploring ideal physical activity outcomes for military veterans with a physical disability, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*,
- Thivierge G. (2009). Calidad de vida y opciones existenciales. La calidad de vida de la persona: desafío actual del nuevo milenio. *Federación Internacional Universidades Católicas*. 1992:33-55.
- Tudela L.L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud [Health-related quality of life]. *Atencion primaria*, 41(7), 411–416.
- Tremblay M.S., C. V. (2016). Canadian 24-hour movement guidelines for children and youth: An integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.*
- Tremblay MS, C. J. (2017). Canadian 24-Hour Movement Guidelines for the Early Years (0–4 years): an integration of physical activity, sedentary behaviour, and sleep. *BMC Publ. Health*.
- U.S. Department of Veterans Affairs. Access and quality in VA healthcare [Internet]. Washington (DC): VA; [cited 2020 Apr 14]
- UNESCO. OMS Ponencia Conjunta 1994 Rehabilitación basada en la comunidad con y para las personas con discapacidad OIT.
- Urzúa M, Alfonso, & Caqueo-Úrizar, Alejandra. (2012). Quality of life: A theoretical review. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Weed, M., Coren, E., Fiore, J., Wellard, I., Mansfield, L., Chatziefstathiou, D., & Dowse, S. (2012). Developing a physical activity legacy from the London 2012 Olympic and Paralympic Games: a policy-led systematic review. *Perspectives in public health*.
- White, T. L., & Gonsalves, M. A. (2021). Dignity neuroscience: universal rights are rooted in human brain science. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1505(1), 40–54.
- Van Leijden, M. J., Penninx, B. W. J. H., Agyemang, C., Olf, M., Adriaanse, M. C., & Snijder, M. B. (2018). The association of depression and posttraumatic stress disorder with the metabolic syndrome in a multi-ethnic cohort: the HELIUS study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(9), 921–930.
- Vancampfort, D., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2019). Physical activity and sedentary levels among people living with epilepsy: A systematic review and meta-analysis. *Epilepsy & Behavior*, 99.
- Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., Schallock, R. L., & Verté, D. (2017). The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of life research: an international journal of quality-of-life aspects of treatment, care, and rehabilitation*, 26(11), 2899–2907.
- Vasco, C. E. (1985) *Tres estilos de trabajo en las ciencias sociales*. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Vázquez Barrios A. y Cáceres, N. (2008). *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Vicepresidencia de la República de Colombia. (2010). *Modelo de rehabilitación integral inclusiva (MRII) de la asistencia a la inclusión Social*. Impresión: Ediciones Limitada.