

# Manual Guía Rehabilitación

El "Manual Guía Sobre Procedimientos para la rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores, en el Sistema General de Riesgos Profesionales", está dirigido a todos los profesionales e instituciones que en el Sistema General de Riesgos Profesionales tienen la competencia de desarrollar procesos de rehabilitación integral a los trabajadores usuarios de estos procesos.

Este Manual es una herramienta fundamental de trabajo para el desarrollo de los procesos de rehabilitación, cuyo objetivo son todos los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales que presenten discapacidad como consecuencia directa de un accidente de trabajo y/o enfermedad profesional.

Con el fin de aumentar su comprensión y aplicación, este Manual divide el proceso general en varias etapas, a pesar de que en la práctica éstas no son secuenciales ni existen límites definidos entre ellas. En los anexos se incluyen los formatos necesarios para el manejo de la información por parte del Ministerio de la Protección Social y el soporte legal de la Rehabilitación integral dentro del Sistema General de Riesgos Profesionales.

Dirección General de Riesgos Profesionales  
Carrera 13 No. 32-76 - Piso 15  
Teléfonos: 336 50 66 Ext. 1520

Para la información al usuario desde Bogotá: 336 79 70  
Para el resto del país: 01 8000 910097

Página web: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

Correo electrónico: [atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co](mailto:atencionalciudadano@minproteccionsocial.gov.co)



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social

República de Colombia

**MANUAL GUÍA SOBRE PROCEDIMIENTOS  
PARA LA REHABILITACIÓN Y REINCORPORACIÓN  
OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES  
EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS  
PROFESIONALES**

ISBN: 958-97392-4-5

Título de la Obra:

**Manual Guía sobre Procedimientos para la  
Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional  
de los Trabajadores en el Sistema General  
de Riesgos Profesionales**

Autor:

**Ministerio de la Protección Social**

Edición:

**Imprenta Nacional de Colombia**

Lugar y fecha de Edición:

**Bogotá, abril de 2004**

La reproducción total o parcial de este manual, puede realizarse con la autorización previa del Ministerio de la Protección Social

Interventoría:

**Gloria Maldonado Ramírez**

## PROFESIONALES QUE PARTICIPARON EN LA ACTUALIZACIÓN DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN Y REINCORPORACIÓN OCUPACIONAL 2ª EDICIÓN

- **Janett Bernal**  
Profesional del GLARP  
Representante de las ONG.
- **Jazmín Boada**  
Profesional de la IPS “Centro Integral  
de Fisioterapia  
Representante de las IPS.
- **Clara Eugenia Cifuentes**  
Profesional  
Representante  
por la ARP SEGURO SOCIAL.
- **Amparo Puyo**  
Profesional de la ARP COLMENA  
Representante de las ARP.
- **Martha Torres De Tovar**  
Profesora de la Universidad Nacional  
Representante por las universidades  
y sociedades científicas
- **Gloria Maldonado**  
Profesional Especializado  
Representante por el Ministerio  
de la Protección Social.

## EVALUADORES DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACIÓN Y REINCORPORACIÓN OCUPACIONAL 2ª EDICIÓN

- **Luz Marina Bustos**  
ARP BOLÍVAR
- **Diana Elizabeth Cuervo**  
ARP COLSEGUROS
- **Luis Fernando Delgado**  
ARP COLPATRIA
- **Rafael Carrillo Gómez**  
ARP LA PREVISORA
- **Beatriz Helena López**  
ARP SEGURO SOCIAL
- **Ana Silvia Ramírez**  
FASECOLDA
- **Mónica Bibiana Sánchez**  
ARP LA EQUIDAD
- **María Victoria Vaca**  
IPS AVANCE
- **Nataly Vargas**  
ARP SURATEP
- **Édgar Velandia**  
FASECOLDA





**MINISTERIO  
DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
REPÚBLICA DE COLOMBIA**

**DIEGO PALACIO BETANCOURT**  
MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**LUZ STELLA ARANGO DE BUITRAGO**  
VICEMINISTRA DE RELACIONES LABORALES

**EDUARDO JOSÉ ALVARADO SANTANDER**  
VICEMINISTRO DE SALUD Y BIENESTAR

**JAIRO NÚÑEZ MÉNDEZ**  
VICEMINISTRO TÉCNICO

**LUIS MANUEL NEIRA NÚÑEZ**  
SECRETARIO GENERAL

**JUAN CARLOS LLANO RONDÓN**  
DIRECTOR GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES





# Tabla de Contenidos

	Págs.
PRESENTACIÓN .....	9
A MANERA DE PRÓLOGO .....	11
INTRODUCCIÓN .....	13
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN – ETAPAS .....	19
ETAPA I: IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS PARA INGRESAR EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN .....	19
ETAPA II: EVALUACIÓN DEL CASO .....	25
1. DIAGNÓSTICO .....	26
2. PRONÓSTICO FUNCIONAL OCUPACIONAL .....	30
3. PLAN DE REHABILITACIÓN .....	30
ETAPA III: MANEJO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL .....	35
1. PRÓRROGA DE INCAPACIDADES TEMPORALES .....	35
2. REHABILITACIÓN FUNCIONAL .....	36
3. REHABILITACIÓN PROFESIONAL .....	37
3.1. Readaptación del individuo al trabajo .....	37
3.2. Modificaciones al ambiente de trabajo .....	39
3.3. Adaptación al ambiente extralaboral .....	40
3.4. Reincorporación laboral .....	41

ETAPA IV: RETROALIMENTACIÓN DEL SISTEMA .....	45
1. SEGUIMIENTO .....	45
1.1. Seguimiento al trabajador y la empresa. ....	34
1.2. Seguimiento de los casos por la ARP .....	47
1.3. Seguimiento del Ministerio de la Protección Social .....	50
BIBLIOGRAFÍA .....	54
GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	58
ABREVIATURAS .....	63
ANEXOS .....	64

### LISTADO DE ANEXOS

#### Anexo 1.

Reporte de la empresa  
de casos de ATEP para Rehabilitación.

#### Anexo 2.

Reporte de la IPS  
de casos de ATEP para Rehabilitación.

#### Anexo 3.

Seguimiento al proceso  
de rehabilitación.

#### Anexo 4.

Certificado de Rehabilitación  
de Cierre de Casos.

#### Anexo 5.

Remisión semestral  
de información al Ministerio  
de la Protección Social  
Procesos de Rehabilitación.

#### Anexo 6.

Reporte de novedades  
– Casos cerrados exitosamente

#### Anexo 7.

Reporte de Novedades  
– Casos Cerrados sin éxito

#### Anexo 8.

Requerimientos para el desarrollo  
de los procesos de Rehabilitación integral

#### Anexo 9.

Recopilación de la Legislación y marcos normativos  
relacionados con La Rehabilitación dentro  
del Sistema General de Riesgos Profesionales



# Presentación

La Dirección General de Riesgos Profesionales ha definido dentro del Plan Nacional de Salud Ocupacional como una de sus prioridades, la estructuración del Sistema de Rehabilitación, cuyo propósito se dirige a garantizar la calidad de los servicios de rehabilitación integral y promover una atención oportuna a los trabajadores que han sufrido accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y de esta forma acorde con la misión del Ministerio de la Protección Social, ser garante de la promoción de las diferentes actividades que deben realizar las instituciones de la seguridad social, orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos. Para obtener como mínimo el derecho a la salud, la pensión y el trabajo.

El sistema de Rehabilitación Integral y Reincorporación al Desarrollo de una Actividad Ocupacional se fundamenta en la Ley 100/93, artículo 153 numeral 3, que establece: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y **Rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia**”.

El Plan Obligatorio de Salud, artículo 162 de la Ley 100/93, estipula que este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, **tratamiento y rehabilitación** para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

En el Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad, se estableció dentro del componente de rehabilitación el desarrollo de herramientas y estrategias que fomenten los procesos de rehabilitación y reincorporación ocupacional en términos de calidad y oportunidad.

Así mismo, el Decreto 1295/94, la Ley 776/02, y demás normas dentro del SGRP, establecen el cubrimiento de los procesos asistenciales y de rehabilitación integral, por parte de las ARP, a través de las IPS, a los

trabajadores que sufran accidentes de trabajo o se les diagnostique enfermedades profesionales.

Con el propósito de orientar el desarrollo de los procesos de Rehabilitación y Reincorporación al desarrollo de una actividad Ocupacional de los trabajadores que han sufrido un ATEP, el Ministerio de Protección Social, a través de la Dirección General de Riesgos Profesionales, convocó a los diferentes actores que intervienen en este tipo de procesos para que se diseñara de manera colectiva un manual guía sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación laboral de los trabajadores.

El grupo de actores estuvo conformado por un equipo interdisciplinario de profesionales de la Seguridad Social, en especial de la rehabilitación y la medicina del trabajo, donde participaron ARP, EPS e IPS, sindicatos, sociedades científicas, universidades, fuerzas militares, asociaciones de personas con discapacidad y empleadores representados en sus agremiaciones.

A través de la discusión amplia y abierta del tema, se acopiaron ideas, experiencias, inquietudes y necesidades de todos los participantes, que permitieron desarrollar un proceso metodológico claro y ajustado a la realidad nacional y definir las competencias y responsa-

bilidades de cada uno de los actores del proceso. Este manual fue editado y distribuido en todo el territorio nacional en el año 2002.

Con base en los comentarios y sugerencias allegados a la Dirección General de Riesgos Profesionales, por parte de los diferentes actores, surgió la necesidad de emitir una segunda edición.

Esta segunda edición fue revisada y ajustada por un grupo de profesionales, representantes de los diferentes sectores, del SGRP, incluyendo conceptos que en la primera edición quedaron por definir o inconclusos; como son el abordaje de la rehabilitación en forma integral teniendo en cuenta la filosofía de la CIF, reconversión laboral y orientación ocupacional.

Es necesario dejar claro que en la medida en que este manual se operativice y conforme al desarrollo y cambios tecnológicos, administrativos y legales que surjan en el SGRP, las sucesivas ediciones incluirán los ajustes y desarrollos a que haya lugar.

Un especial agradecimiento para el grupo de profesionales que participaron en la revisión y realización de ajustes de este manual, en nombre de los trabajadores colombianos.

**JUAN CARLOS LLANO RONDÓN**  
DIRECTOR GENERAL  
DE RIESGOS PROFESIONALES



## A manera de Prólogo

La IARP IIPD, entidad que en los últimos 25 años ha venido divulgando, promoviendo y orientando la integración sociolaboral de las personas con discapacidad en América Latina, registra con beneplácito la entrega que hace el Ministerio de la Protección Social de Colombia, desde la Dirección General de Riesgos Profesionales, de este Manual Guía sobre “Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales”

Varios son los aspectos que queremos destacar:

Por un lado, si bien es cierto que este Manual es una herramienta que el Ministerio de la Protección Social le entrega a prestadores y usuarios del SGRP, y que su objetivo principal es contribuir a mejorar el desarrollo del proceso de rehabilitación profesional como prestación conexas con el tratamiento de las consecuencias de las contingencias de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional (ATEP), hay que señalar que los procedimientos técnicos y sociales a aplicar que en él se definen, se rigen por los principios generales de la Rehabilitación profesional que son aplicables a la rehabilitación profesional de las personas con discapacidad, sin diferencia de la causa y origen de la misma. En consecuencia, tanto el Manual como las acciones que de él se desprendan para su implementación, son de utilidad y aplicación universal al colectivo de personas con discapacidad, convirtiéndose así en una herramienta valiosa que el Ministerio de la Protección Social pone también a disposición de la comunidad en general, como instrumento de soporte para orientar y direccionar los procedimientos de integración laboral de las personas con discapacidad en el país.

Por otra parte, los procedimientos definidos en este Manual es una muestra, entre muchas otras, del interés y compromiso del Ministerio de la Protección Social con la población trabajadora del país. Cabe señalar, adicionalmente, la incorporación de conceptos modernos relacionados con la discapacidad y de manera muy especial el enfoque de integralidad que ha prevalecido en el planteamiento del Manual; estos, sin duda, con-

tribuirán a ayudarnos a avanzar hacia una sociedad que valore las capacidades individuales de sus ciudadanos y a partir del reconocimiento de sus diferencias, ofrezca igualdad de oportunidades para todos. Superar la falta de servicios y atención adecuada para las personas con discapacidad, es un reto que Colombia enfrenta; el propósito del Ministerio de la Protección Social, bajo la adopción de procedimientos estandarizados que garanticen calidad y oportunidad en la prestación de servicios de Rehabilitación Profesional, es, al mismo tiempo, una prueba de los avances y logros alcanzados por el esfuerzo sostenido que ha venido haciendo la sociedad colombiana interesada en el tema de la discapacidad, para posicionar el tema dentro de la agenda de la política social.

Finalmente, es imposible para nosotros no identificar en el desarrollo de los contenidos del Manual y en la organización del proceso de Rehabilitación Profesional en él presentado, el modelo y los conceptos que se han construido y promovido en el país por tantos años. Evidenciarlo, por supuesto, despierta nuestra satisfacción.

Agradecemos la invitación que nos hizo la Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social de Colombia para escribir esta nota y la oportunidad de expresar nuestra opinión y aportar nuestro granito de arena en la construcción de este Manual.

MARTHA ARISTIZÁBAL  
Presidenta Ejecutiva del GLARP



# Introducción

El **“Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales”** está llamado a ser una herramienta fundamental de trabajo para el desarrollo de los procesos de Rehabilitación de los trabajadores afiliados al SGRP, que presenten discapacidad como consecuencia directa de un ATEP.

Con objeto de aumentar su comprensión y aplicación, en el manual se divide el proceso general de Rehabilitación en varias etapas, a pesar de que en la práctica estas no siempre son secuenciales, es decir, puedan ser desarrolladas simultáneamente y ajustadas de acuerdo con las necesidades de cada caso. Se incluyen como anexos los formularios para el registro de la información requerida por parte del Ministerio de la Protección Social para el soporte legal de la Rehabilitación dentro del SGRP.

Para el abordaje integral de la rehabilitación, este manual parte del concepto del ser humano en sus dimensiones ecológica y biopsicosocial, puesto que es allí donde radican las implicaciones éticas, que trascienden el proceso de rehabilitación integral.

Estas dimensiones están dadas por una estructura biológica y funcional, un comportamiento propio e individual y un patrón de relaciones con la sociedad determinado por factores como la edad, el sexo y las condiciones socioculturales de los colectivos a los que pertenece y una relación directa con el ecosistema que lo rodea.

Con base en estas consideraciones, la Organización Mundial de la Salud en el año 2001 publica la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud, CIF, que son el fundamento conceptual de este manual.

La CIF<sup>1</sup> define los términos de deficiencia, limitación en la actividad y restricción en la participación, ya que a partir de estos conceptos se

1 Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud –CIF– aprobada en la LIV Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2001.

enmarcan las consecuencias de la discapacidad en interacción con el ambiente físico, social y actitudinal en el que viven las personas.

La CIF establece que discapacidad es un término genérico que incluye deficiencias de función o estructura a nivel corporal, limitación en la actividad a nivel individual y restricciones en la participación a nivel social. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una “condición de salud”<sup>2</sup>) y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales).

El término discapacidad puede ser, entonces, utilizado para indicar alguna alteración en el funcionamiento del individuo a nivel corporal, individual o social, asociado a estados de salud.

**A nivel corporal** cuando se presenta una desviación o una pérdida significativa en una función o una estructura corporal, se establece una **deficiencia**. Esta situación podrá ser temporal o permanente; progresiva, regresiva o estática; intermitente o continua. La deficiencia puede ser leve o severa y puede fluctuar en el tiempo. La deficiencia es parte de un estado de salud, pero no necesariamente indica que la enfermedad esté presente o que el individuo deba ser considerado enfermo.

**A nivel individual** cuando la persona con una deficiencia presenta alteración en las capacidades para ejecutar sus actividades en ambientes normalizados, se dice que presenta una **limitación en la actividad**.

**A nivel social** el individuo con una deficiencia o una limitación en la ejecución de sus actividades, en su entorno real (con barreras) puede experimentar dificultades en la realización de sus actividades, viendo de esta forma una **restricción de su participación en situaciones vitales**. Esta restricción en la participación es vista como un fenómeno que representa las consecuencias sociales y ambientales que afectan al individuo por el hecho

de tener una deficiencia o una limitación en la ejecución de sus actividades. Se podría decir que la restricción en la participación es determinada por los obstáculos o barreras: físicas, de comunicación, actitudinales y legales que presenta el entorno; siendo estas las que disminuyen o niegan la oportunidad al individuo de ejercer plenamente sus roles. Por lo tanto, el grado de restricción en la participación de la persona con discapacidad difiere de una comunidad a otra, dependiendo de las oportunidades o restricciones que esta le ofrezca.

El individuo que por cualquier evento negativo adquiere una discapacidad, debe enfrentar procesos de rehabilitación o recuperación de las pérdidas a nivel corporal, individual o social que haya sufrido. La rehabilitación por lo tanto debe abordar a esa persona con discapacidad en forma integral teniendo en cuenta sus necesidades; así mismo, debe medir sus resultados de acuerdo con el grado de integración de la persona con discapacidad a la sociedad, a través del ejercicio de los roles que le son propios y que, además, desea desempeñar. En ese contexto, se adoptan los conceptos que se presentan a continuación:

**La Rehabilitación.** Para los fines de este Manual se define como el conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas, definidas y conducidas por un equipo interdisciplinario, en el que se involucra al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral<sup>3</sup> y a la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador y en su entorno, y que conduzcan a una reincorporación al desarrollo de una actividad ocupacional satisfactoria y a una experiencia de vida con calidad.

Todo proceso de Rehabilitación debe tener **duración limitada, objetivos claramente definidos**; fomentar la participación de la persona con discapacidad, de los profesionales

<sup>2</sup> Es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas (CIF, OMS, 2001).

<sup>3</sup> Para los fines de este Manual, el término “laboral” se refiere a los casos en que existe un vínculo contractual entre el empleador y el trabajador en los términos establecidos en los artículos 22 y 23 del Código Sustantivo del Trabajo (prestar un servicio personal a otra persona natural o jurídica, bajo la continuada dependencia o subordinación de la segunda y mediante remuneración).

de diferentes disciplinas, de la familia y de la comunidad en general y debe involucrar en su accionar a los diferentes sectores (educación, salud, trabajo, cultura, recreación, etc.) para asegurar la integración social, familiar y ocupacional<sup>4</sup> de la persona con discapacidad.

Se resalta el concepto de duración limitada y objetivos definidos, para que se enmarque el proceso de rehabilitación como una metodología que establece prioridades, define objetivos alcanzables en el tiempo y permite un seguimiento.

La **Rehabilitación integral** desarrolla acciones simultáneas en tres áreas: **la promoción de la salud y la prevención de la discapacidad, el desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y la integración socio-ocupacional.**

#### **A. Promoción de la Salud y Prevención de la discapacidad**

**La Promoción** consiste en proporcionar los medios necesarios para crear o mantener condiciones protectoras y favorables a la salud, logrando que los individuos, los grupos y las comunidades ejerzan un mayor control sobre su salud y adopten patrones de vida saludables.

La promoción es considerada como una estrategia para mantener y mejorar la salud de las personas a través de intervenciones de comunicación-información, educación-formación y desarrollo de habilidades que faciliten cambios de comportamiento individuales y colectivos. En el aspecto laboral *se busca promover ambientes de trabajo seguros y saludables.*

**Prevención:** consiste en la intervención sobre los factores de riesgo que pueden afectar la salud, para evitar la aparición de discapacidad o reducir su impacto sobre el funcionamiento individual y colectivo. Implica la identificación y evaluación del riesgo, así como el establecimiento de políticas y acciones que conduzcan a su eliminación o reduc-

ción. **Se promueve la salud y se previene la enfermedad o el accidente.**

**La prevención en salud ocupacional** implica actuar de manera sistémica sobre los riesgos que existen en las ocupaciones o los procesos de trabajo, tomando en cuenta cada uno de sus componentes, como son las materias primas, los medios e instrumentos de trabajo, la organización del mismo, los estilos de trabajo, la tecnología empleada, así como las características específicas de la ocupación.

**La prevención en rehabilitación:** se realiza cuando en términos de oportunidad y calidad se le inicia el proceso de rehabilitación integral, y de esta forma previniendo la severidad de las secuelas funcionales, laborales y psicológicas.

Durante el proceso de reintegro laboral de la persona con discapacidad, se identifican no solo los riesgos que normalmente ofrece el trabajo, sino también los que puedan aumentar el grado de severidad de la discapacidad. Es en este momento donde los profesionales de salud ocupacional de la empresa trabajan mancomunadamente con los profesionales de la rehabilitación y pasan a formar parte del equipo interdisciplinario.

#### **B. Desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional**

A fin de eliminar o reducir las secuelas del daño, traducidas en deficiencias o limitaciones en la capacidad de ejecución de actividades, se promueve la aplicación de medidas terapéuticas y la utilización de tecnología para el desarrollo o mejoramiento de funciones físicas, mentales y/o sensoriales y apoyo a la integración social, familiar y ocupacional.

Ante una contingencia de ATEP, esta actuación implica no solo la evaluación, diagnóstico y atención oportuna y eficiente sobre el daño, sino también la aproximación temprana al pronóstico ocupacional, con el propósito de poder establecer intervenciones adecuadas que conduzcan al reintegro laboral y apoyen el pro-

<sup>4</sup> En este contexto el término ocupacional incluye las actividades laborales, las de trabajo no laborales, las de formación y las de mantenimiento funcional y calidad de vida.

ceso rehabilitación profesional. Implica la recolección temprana de información sobre aspectos ocupacionales del individuo y la aplicación de acciones de intervención de Rehabilitación profesional, en la medida de lo posible.

### **C: Integración socio-ocupacional**

Dentro del SGRP, la integración socio-ocupacional va más allá de la ubicación/reubicación laboral u orientación ocupacional, implica además que el trabajador tenga la capacidad de involucrarse y desempeñar los roles sociales y familiares que le correspondan; por lo tanto, las acciones que se dirijan al logro de este objetivo deberán estar interrelacionadas y dirigidas hacia varios frentes en forma simultánea: hacia la persona y su familia, el sector educativo y laboral y la comunidad en general.

Para la intervención de Rehabilitación, los recursos con los cuales se debe contar son: los propios de la persona con discapacidad y su familia, los comunitarios e institucionales (IPS, ARP y empresas).

Los procedimientos que se deben realizar y su prioridad en la aplicación están determinados por el diagnóstico, extensión y pronóstico del daño y sus secuelas; se tendrá en cuenta además: las características y necesidades del trabajador, las exigencias de su puesto de trabajo y las características de su entorno laboral y socio-familiar.

La integración sociolaboral es considerada como el objetivo inmediato de la rehabilitación profesional y final de la Rehabilitación integral. Por lo tanto, su intervención está orientada a la recuperación y desarrollo de la capacidad de la persona para desempeñar funciones productivas en diferentes contextos, con base en los estándares de calidad establecidos por el sector productivo.

Para lograr el objetivo de plena integración ocupacional al medio laboral de la persona con discapacidad, la Rehabilitación profesional desarrolla acciones de evaluación, orientación, adaptación, formación profesional, ubicación /reubicación y seguimiento; e igualmente orien-

ta y apoya acciones sobre el entorno en el que se dará esta integración.

El pronóstico ocupacional depende de una serie de variables, algunas propias del trabajador como son edad, escolaridad, características personales; otras pertenecientes a la patología misma, tales como su severidad, los días de incapacidad requeridos, el sistema orgánico comprometido, la parte del cuerpo afectada; y otras relacionadas con el ambiente laboral, especialmente referidas a los requerimientos (carga mental y carga física) del puesto de trabajo en el cual se desempeña o al que se pretende ubicar, comparado con el pronóstico de capacidad funcional del trabajador, o las de las posibilidades ocupacionales del trabajador. Es la comparación del perfil del puesto de trabajo con el perfil funcional del trabajador el factor determinante para definir procedimientos de adaptación/readaptación ocupacional, que buscan compatibilizar los dos perfiles, a fin de obtener seguridad y confort del trabajador y productividad para la empresa.

La denominación **Readaptación profesional** incluye el conjunto de procesos que van desde la evaluación, orientación, hasta la rehabilitación profesional propiamente dicha, que comprende todas las intervenciones de orden científico, técnico, educativo-formativo, y sociales que conduzcan a la persona con discapacidad a la obtención y conservación de un trabajo adecuado, acorde con sus capacidades residuales. Dentro del SGRP, lo anterior debe estar enmarcado en una prestación asistencial de alta calidad, que garantice un óptimo resultado. Esto implica una prestación oportuna de servicios en la llamada **Rehabilitación Funcional**, que se inicie inmediatamente se haya solucionado la urgencia en caso de un Accidente de Trabajo o se diagnostique la Enfermedad Profesional.

Es necesario enfatizar que esta integración de la persona con discapacidad a la sociedad es ante todo una decisión propia del individuo. El o ella ejercitará los roles esperados siempre que, además de poseer el potencial para hacerlo, lo desee y el medio le ofrezca las oportunidades para lograrlo. Más que el ejercicio de un rol social, lo que hace integral al proce-

so es la posibilidad que tiene de desempeñarlo en la forma menos restrictiva posible.

En Colombia, el SGRP define las competencias y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados (Ministerio de la Protección Social, ARP, EPS, IPS, Empresa y Tra-

bajador) frente a una contingencia de ATEP; con base en esas competencias y responsabilidades, y teniendo en cuenta el marco conceptual adoptado, se ha organizado el manual, identificando la intervención de cada uno de los actores en cada una de las etapas identificadas.

## PROCEDIMIENTOS PARA LA REHABILITACIÓN Y REINCORPORACIÓN OCUPACIONAL EN EL SGRP – ETAPAS

### ETAPA / ACTIVIDAD



#### ETAPA I Identificación de casos para ingresar en el programa de rehabilitación

Captura de casos para ARP

#### ETAPA II Evaluación del caso

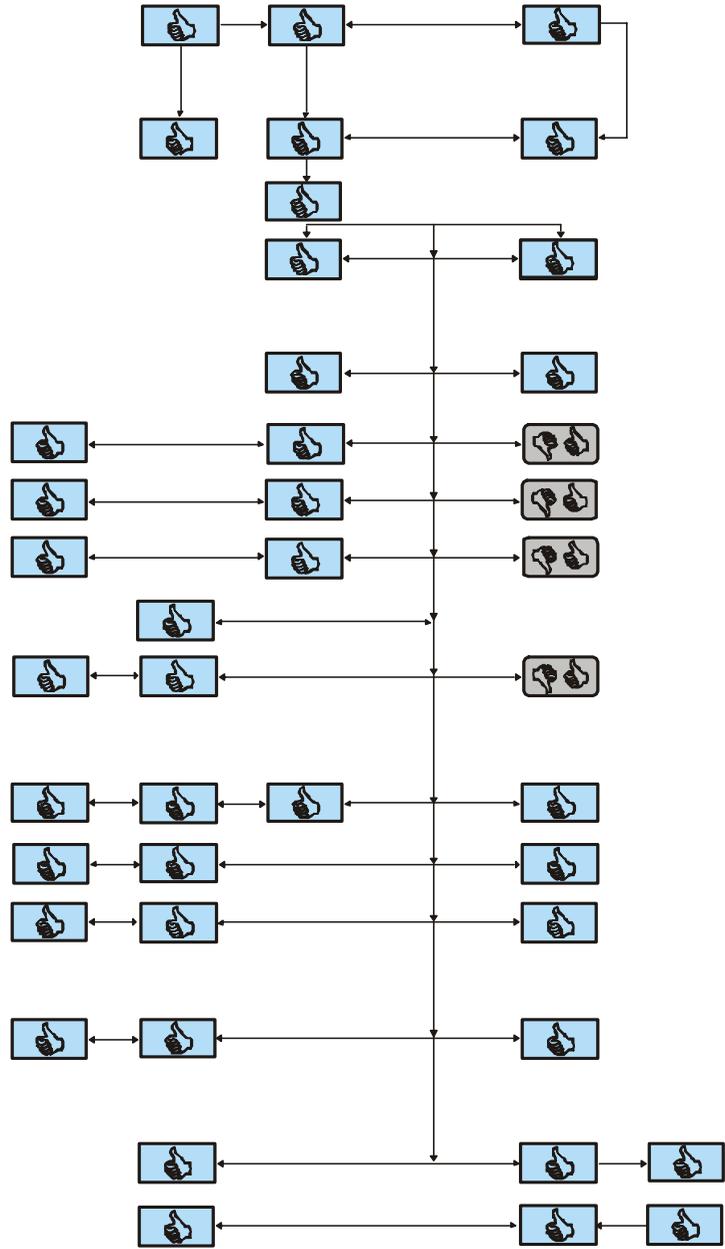
- 1 Diagnóstico
- 2 Pronóstico funcional laboral
- 3 Plan de rehabilitación

#### ETAPA III Manejo de rehabilitación

- 1 Prórroga de incapacidades temporales
- 2 Rehabilitación funcional
- 3 Rehabilitación profesional
  - 3.1. Readaptación del individuo al trabajo
  - 3.2. Modificaciones del ambiente de trabajo
  - 3.3. Adaptación al ambiente extralaboral
  - 3.4. Reincorporación laboral
    - 3.4.1. Reinducción
    - 3.4.2. Prueba de Trabajo
    - 3.4.3. Integración Laboral
  - 3.5. Seguimiento
    - 3.5.1. Seguimiento al Trabajador y la Empresa

#### ETAPA IV Información y retroalimentación del SGRP

- 1 Seguimiento de casos por la ARP
2. Análisis y difusión de la información de rehabilitación al SGRP



#### Convenciones del diagrama de flujo



Aunque el proceso de rehabilitación se presenta por etapas, es importante aclarar que estas no se suceden muchas veces en forma secuencial ni guardan una relación temporal. Es posible que simultáneamente se lleven a cabo actividades de diferentes etapas. Lo importante es cumplir con los objetivos de cada una de ellas.



# Programa de rehabilitación - etapas

**7** Todo trabajador que sufra una contingencia por ATEP y que esté afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales ingresa a este para la cobertura de sus prestaciones asistenciales a que tiene derecho y dependiendo de la complejidad del caso pasará por una o más fases del proceso hasta cumplir con la meta de reincorporación al desarrollo de una actividad ocupacional.

## ETAPA 1:

### IDENTIFICACIÓN DE LOS CASOS PARA INGRESAR EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Existe una gama muy amplia de patologías que ameritan un proceso de rehabilitación, visto desde el contexto de la integralidad, pero con diferencias en la complejidad del abordaje dado el pronóstico funcional, laboral y social que presente cada una de ellas.

Uno de los parámetros claramente relacionado con el éxito de los programas de Rehabilitación es la **oportunidad** en el acceso al servicio. Es fundamental iniciarla inmediatamente se haya solucionado la urgencia, en el caso de un accidente de trabajo, o tan pronto se determine que la enfermedad es profesional.

### ACTIVIDADES

#### 1. Captura de casos para Rehabilitación

Se refiere a la búsqueda y definición temprana de los trabajadores que por un ATEP vean afectados su capacidad de ejecución de actividades y nivel de participación en situaciones vitales.

Se debe tener en cuenta que la participación es vista como un fenómeno que representa las consecuencias sociales y ambientales que afectan al individuo por el hecho de tener una deficiencia o una limitación en la ejecución de sus actividades. Se podría decir que la restricción en la participación está determinada por los obstáculos o barreras: físicas, de comunicación, actitudinales y legales que pre-

senta el entorno; siendo estas las que disminuyen o niegan la oportunidad al individuo de ejercer plenamente sus roles. Por lo tanto, el grado de restricción en la participación de la persona con discapacidad difiere de una comunidad a otra, dependiendo de los facilitadores o barreras que esta le ofrezca.

A manera de ejemplo se citan algunas contingencias que se incluyen en los programas de Rehabilitación:

- Amputaciones de cualquier segmento corporal, independientemente de su extensión
- Fracturas de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito)
- Quemaduras de segundo y tercer grado
- Lesiones del sistema nervioso central y periférico tales como:
  - Trauma craneoencefálico
  - Trauma raquimedular
  - Polineuropatías
  - Lesiones severas de plejos, raíces o nervios periféricos.
- Lesiones severas de mano, entre otras:
  - Aplastamiento
  - Quemaduras
  - Avulsiones
  - Rupturas tendinosas o de nervios
- Lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual
- Lesiones que comprometan la capacidad auditiva.

Además de las mencionadas anteriormente se deberán incluir todas aquellas lesiones que comprometan la función mental, física o sensorial del individuo, que puedan limitar su capacidad de ejecución de actividades.

#### • **Criterios de Ingreso al sistema de rehabilitación**

Los criterios mínimos para ingresar al sistema de rehabilitación para trabajadores que han presentado un ATEP son

- Todo trabajador que haya sufrido un ATEP y presente alteraciones en su capacidad de ejecución de actividades, en forma temporal o permanente, deberá ingresar al programa de rehabilitación integral y dependiendo de su evolución y pronóstico continuará en procesos de rehabilitación profesional o rehabilitación para el desarrollo de una actividad ocupacional.
- Trabajadores lesionados con incapacidades por ATEP que superen los términos de tiempo de recuperación previsto para la patología.
- Trabajadores con secuelas permanentes por lesiones graves a consecuencia de un Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional que interfieran con su desempeño laboral.

#### **Objetivos**

- Identificar todos los casos de ATEP que deben ser incluidos en el programa de Rehabilitación.
- Garantizar el acceso oportuno al programa de Rehabilitación.

#### • **Responsables**

Los responsables deben coordinar en el menor tiempo posible, no mayor a los ocho días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad profesional, la captura de casos que requieren procesos de rehabilitación integral.

#### **Empresa**

En caso de ATEP, el empleador a través de los profesionales responsables de la salud ocupacional en la empresa, reportará a la ARP los casos que ameriten su inclusión en el programa de rehabilitación, además del reporte de accidente de trabajo o de enfermedad profesional a través de los formatos únicos de reporte (FURAT O FUREP Resolución 4059/95<sup>5</sup>).

Para dar cumplimiento a este requerimiento, la empresa y la ARP deben incluir dentro de la

<sup>5</sup> Los FURAT Y FUREP fueron modificados y está en trámite de aprobación el proyecto de resolución que aprueba oficialmente su aplicación obligatoria.

agenda de capacitación a los directivos, supervisores y responsables de la Salud Ocupacional.

Se debe remitir la información necesaria a la ARP en el formulario *Reporte de la empresa de casos de ATEP para Rehabilitación (Anexo 1)*.

#### IPS

El personal clínico o administrativo designado por la IPS remitirá todos los casos de ATEP identificados de acuerdo con los criterios enunciados anteriormente al programa de Rehabilitación de la ARP correspondiente.

La información se consolida en el formulario de Remisión de Casos para Rehabilitación a la ARP (*Reporte de la IPS de casos de ATEP para Rehabilitación*) (Anexo 2).

#### EPS

La EPS debe reportar a la ARP los casos de ATEP a través de mecanismos de búsqueda activa tales como revisión de los FURAT (Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo) y FUREP (Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional), los certifica-

dos de incapacidad temporal (diagnóstico y más de 30 días de incapacidad) y sistemas de auditoría de la prestación de servicios de salud de los afiliados (diagnóstico y evolución), entre otros.

#### ARP

La A.R.P define la necesidad de vincular nuevos casos a su programa de Rehabilitación, a través de mecanismos de búsqueda activa tales como revisión de los FURAT (Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo) y FUREP (Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional), certificados de incapacidad temporal (diagnóstico y más de 30 días de incapacidad) y sistemas de auditoría en la prestación de servicios de salud de los afiliados (diagnóstico y evolución), entre otros.

Así mismo, revisa los reportes de casos para Rehabilitación remitidos por las empresas y de las IPS y define la inclusión o no de cada caso en el programa, teniendo en cuenta los planteamientos anotados para la captura de casos.

La ARP siempre asumirá el liderazgo y la coordinación del proceso de rehabilitación integral de todos los casos.

### ETAPA 1

#### IDENTIFICACIÓN DE CASOS PARA INGRESAR EN EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

ACTIVIDADES	TIEMPO DE REALIZACIÓN	RESPONSABLES	OBJETIVOS
Captura de casos para Rehabilitación	Menor tiempo posible, máximo 8 días después de la contingencia	Empresa: - Encargados de Salud Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar todos los casos de ATEP que deben ser incluidos en el programa de Rehabilitación</li> <li>- Garantizar el acceso oportuno al programa de Rehabilitación</li> </ul>
		IPS - Personal administrativo o de salud	
		ARP - Grupo de rehabilitación.	
		EPS - Personal administrativo o de salud	

Una vez se ha definido la pertinencia de ingreso del trabajador al programa de rehabilitación, se procede a desarrollar la evaluación, la cual incluye el diagnóstico, pronóstico funcional ocupacional y formulación del plan de rehabilitación.

La evaluación se inicia desde el momento en que el usuario sufre el accidente de trabajo o se diagnostica la enfermedad profesional, incluye el diagnóstico médico y funcional, e información general de aspectos ocupacionales y del contexto; información que determina las acciones por seguir en el plan de rehabilitación.

Una vez ha pasado la etapa crítica de atención médica y funcional, la evaluación exige una exploración más profunda de las posibilidades ocupacionales del individuo, de los requerimientos del puesto de trabajo y de los factores contextuales que pueden facilitar u obstaculizar el desarrollo de una actividad ocupacional<sup>6</sup>.

La información mínima que debe contener la evaluación del caso en una etapa inicial es:

- Resumen de historia clínica y paraclínicos.
- Cargo que desempeñaba el trabajador en la empresa
- Tiempo y tipo de vinculación laboral que tenía el trabajador
- Nivel educativo alcanzado (escolar y de formación profesional)
- Responsabilidad económica aclarando si es o no cabeza de familia
- Antecedentes clínicos y ocupacionales
- Diagnóstico clínico definitivo
- Diagnóstico funcional
- Información general del entorno
- Expectativas frente al proceso de rehabilitación y a su desempeño ocupacional futuro.

La información recogida en esta evaluación inicial debe permitir la construcción de un perfil de discapacidad que tenga en cuenta las deficiencias, las limitaciones en la actividad, las restricciones en la participación que presenta el usuario al ingreso al programa de rehabilitación y los facilitadores o barreras que facilitarán u obstaculizarán este proceso. De igual forma, se deberá construir un perfil de funcionamiento que permita ver el desempeño del individuo a nivel corporal (función y estructura), a nivel individual (capacidad de ejecución de actividades) y a nivel social (participación en situaciones vitales). Esta evaluación se realizará a través de un instrumento diseñado para tal fin (hacia el futuro inmediato será un instrumento unificado).

Este instrumento servirá de referencia para identificar el efecto del proceso de rehabilitación y sus resultados al ser comparados con una calificación final una vez este haya concluido y se esté desarrollando la etapa de seguimiento a la reinserción laboral.

Como se dijo anteriormente, una vez se haya superado la etapa inicial de atención del caso, la evaluación debe ir profundizando el conocimiento de las posibilidades ocupacionales del individuo, de los requerimientos de la ocupación y de las oportunidades o restricciones que presenta el entorno para la plena participación del usuario en el ejercicio de sus roles sociales y ocupacionales. Para esta labor se plantea el desarrollo de las actividades de diagnóstico, pronóstico funcional ocupacional y plan de rehabilitación:

## ACTIVIDADES

### 1. Diagnóstico

Incluye el diagnóstico clínico, el diagnóstico funcional, el de requerimientos de desempeño en el medio laboral y el del contexto. Permite obtener la información necesaria para identificar las capacidades del trabajador, los requerimientos

<sup>6</sup> En este contexto, el término ocupacional incluye las actividades laborales, las de formación y las no laborales de mantenimiento funcional y calidad de vida.

del trabajo y los factores contextuales que facilitarán u obstaculizarán el ejercicio de roles sociales y ocupacionales. El conocimiento de los anteriores aspectos se considera indispensable para la definición del pronóstico funcional y ocupacional, e igualmente para el establecimiento de objetivos y estrategias por seguir dentro del plan de rehabilitación.

Es fundamental un profundo análisis de toda la información obtenida en la evaluación, a fin de hacer un adecuado proceso de orientación no solo sobre el proceso de rehabilitación por seguir, sino además sobre el futuro ocupacional del usuario.

Esta apreciación global implica una suma de conocimientos y el manejo de técnicas precisas en varios campos, que no pueden ser dominadas por una sola persona en la extensión necesaria. Por ello, es indispensable el trabajo interdisciplinario en equipo.

Actualmente se cuenta con el desarrollo de diversos protocolos de evaluación que permiten definir el funcionamiento del individuo en todas las actividades de su vida cotidiana, la aptitud funcional y la capacidad del trabajador para volver al trabajo.

Se debe tener en cuenta que estas evaluaciones de capacidad funcional tienen que ser realizadas y administradas por profesionales entrenados para esta labor.

La evaluación funcional en sus diferentes momentos muestra el estado del usuario al ingreso al programa de rehabilitación, el progreso realizado durante todo el programa y el estado que presenta al ser dado de alta. Igualmente, deja entrever si se están cumpliendo los objetivos y las metas trazados al inicio, teniendo en cuenta que el tratamiento es susceptible de cambios a corto, mediano y largo plazo.

#### 1.1. El diagnóstico funcional se establece con base en el análisis de

- Capacidad mental
- Capacidades sensoperceptuales
- Capacidades de motricidad fina incluyendo la funcionalidad de los diferentes agarres y patrones de movimiento

- Capacidades de motricidad gruesa
- Capacidad de esfuerzo físico:
  - Cardiorrespiratoria
  - Biomecánica
- Capacidad de comunicación
- Capacidad de responder a exigencias del ambiente laboral y social
- Aspectos emocionales, autoestima y proyectos de vida.

1.2. Análisis de los requerimientos del puesto de trabajo. El procedimiento metodológico que permite obtener toda la información relativa a un puesto de trabajo y su entorno. Incluye el análisis y la descripción del ambiente de trabajo, enfatizando en los procesos físicos, en los estímulos que la persona ha de percibir y en las respuestas que ha de ejecutar. Los requerimientos de las tareas se centran en las necesidades del rendimiento humano (conocimientos, habilidades, etc.).

El análisis de los requerimientos del puesto de trabajo abarca:

- Descripción de las condiciones de trabajo
  - Descomposición jerárquica del proceso: se refiere a la descomposición de la actividad laboral que se realiza en el puesto de trabajo del afiliado
  - Funciones del trabajador
  - Aspectos organizacionales (jornada, descansos, rotaciones, turno, ritmo)
  - Aspectos ambientales (iluminación, temperatura, ruido, vibración, accesibilidad, riesgos, elementos de protección)
  - Nivel de calificación
  - Relaciones interpersonales
- Descripción del puesto de trabajo
  - Características del diseño del puesto de trabajo
  - Elementos de confort postural
  - Herramientas, equipos y materiales
- Evaluación de carga física-biomecánica
  - Descripción de las demandas posturales
  - Descripción de las demandas de fuerza y destreza

- Descripción de las demandas de movimiento
- Evaluación de la carga mental
  - Comprensión
  - Atención
  - Concentración
  - Memoria
  - Iniciativa
  - Contenido del trabajo
- Evaluación de requerimientos sensoriales y de comunicación.

En el contexto de la rehabilitación, el análisis del ambiente de trabajo objetiviza las exigencias del desempeño y establece los posibles riesgos a los que se puede ver expuesto el trabajador reincorporado. Así mismo, define las intervenciones necesarias para equilibrar estas exigencias con las capacidades del individuo. Por tanto, se incluyen todas las variables mencionadas, pero se enfatizan los aspectos determinantes del desempeño laboral en cada caso en particular.

Hoy en día se dispone con el desarrollo de diversos protocolos de estas evaluaciones.

### 1.3. Análisis del entorno. Factores contextuales

El análisis del entorno incluye la identificación de las barreras o los facilitadores que puedan entorpecer o apoyar la rehabilitación.

- Aspectos físicos
- Aspectos sociales
- Aspectos actitudinales.

#### • **Objetivos**

- Conocer el diagnóstico clínico definitivo.
- Definir el diagnóstico del funcionamiento y discapacidad, para construir el perfil de funcionamiento y discapacidad del trabajador, y con base en él orientar el plan de rehabilitación y tener elementos de referencia que permitan medir, una vez haya concluido el proceso de rehabilitación, el impacto del mismo.
- Definir las exigencias de desempeño impuestas por el ambiente laboral, a fin de construir el perfil correspondiente.

- Identificar los factores contextuales ambientales y personales que puedan favorecer o dificultar la integración ocupacional y social del usuario.
- Definir las expectativas de desempeño ocupacional del individuo.

#### • **Responsables**

- **La IPS-EPS** que atiende el caso debe suministrar la información necesaria para la definición del diagnóstico.
- **La ARP** debe contar con una estructura de servicios propia o contratada, para desarrollar los procesos de rehabilitación integral que conduzcan a la reincorporación laboral u orientación ocupacional al desarrollo de otro tipo de actividad de acuerdo con sus necesidades particulares.

La ARP coordinará el programa de rehabilitación y para ello debe contar con manuales de procedimientos y funciones de los profesionales que participen en el programa de rehabilitación.

En el programa de rehabilitación se deben involucrar como parte del equipo de rehabilitación todas las especialidades médicas que aporten a la definición del diagnóstico, pronóstico e intervención.

Igualmente, se vinculan todas las especialidades terapéuticas y otros profesionales tales como diseñadores industriales, ingenieros, ergónomos, higienistas, entre otros, que se requieran para adelantar los procesos de rehabilitación en cualquiera de sus etapas.

#### La Empresa

Definir y mantener actualizados los perfiles de los cargos, que faciliten al equipo interdisciplinario el análisis de puestos de trabajo.

El perfil del puesto de trabajo debe incluir la descripción de las demandas físicas, psicológicas, técnicas y experiencia que se requieren para su desempeño, así como el manual de funciones y procedimientos seguros.

## 2. Pronóstico funcional Ocupacional

El análisis de todos los elementos de las actividades de diagnóstico es indispensable para definir un pronóstico real, que permita orientar al usuario hacia su futuro ocupacional. Una gran cantidad de variables y aquellos factores contextuales ambientales o personales que obstaculizan o facilitan el proceso de rehabilitación, tipo de vinculación laboral y algunos factores contextuales ambientales.

Con base en esta actividad, se establecen el plan y las metas de rehabilitación. Por eso, es necesaria la definición concertada del equipo participante en la definición del pronóstico funcional ocupacional. Tal pronóstico puede facilitarse y ser más seguro si se realizan valoraciones sucesivas, que proporcionen una verdadera curva de la evolución y permitan ir haciendo los ajustes necesarios al plan de trabajo establecido.

### • Objetivo

- Predecir el futuro funcional y ocupacional del individuo con base en la información recolectada durante el proceso de evaluación.

### • Responsables

Los miembros del equipo de rehabilitación de la IPS en coordinación con los de la ARP.

## 3. Plan de rehabilitación

A fin de lograr la mayor eficiencia del proceso de rehabilitación, es necesario establecer un plan organizado que indique los objetivos, las metas, las estrategias, las actividades, los tiempos de cumplimiento y los responsables, de acuerdo con el diagnóstico y el pronóstico de cada caso.

Este no es un proceso rígido, pues las condiciones del individuo, del ambiente laboral y social son cambiantes; por lo tanto, el plan debe ajustarse a estos cambios. El plan debe ser concertado con el individuo e incluir, entre otros, acciones de rehabilitación funcional, ocupacional y social.

Las metas de los planes de rehabilitación pueden moverse entre:

- Reintegro laboral. Cuando las condiciones individuales corresponden al perfil de exi-

gencias del puesto y las condiciones de trabajo no representen riesgo para el trabajador, éste debe ser reintegrado a su mismo puesto de trabajo.

- Reintegro laboral con modificaciones. Cuando el trabajador, para su desempeño en el mismo puesto de trabajo, requiere modificaciones tales como reasignación de tareas, límites de tiempo, asignación de turnos u horarios específicos, se debe efectuar el reintegro. En los casos en los que se requieran modificaciones en el diseño de la estructura o en los procesos, previo al reintegro, debe realizarse la evaluación del puesto de trabajo y la ejecución de las adaptaciones.
- Reubicación laboral temporal. Cuando el trabajador no cuenta con incapacidad médica y aún está en tratamiento, debe ser reubicado de manera temporal en un puesto de menor complejidad, mientras se reestablece la capacidad individual y las condiciones de trabajo no representan riesgo para el trabajador.
- Reubicación laboral definitiva. Cuando las capacidades del trabajador no corresponden a las exigencias del trabajo que venía desempeñando, debe considerarse la opción de reubicación en otro puesto de trabajo.
- Reconversión de mano de obra. Esta se dará en aquellos casos en los que la capacidad funcional del individuo no le permite volver a ejercer la profesión u oficio para el cual estaba capacitado, requiriendo un nuevo aprendizaje que le permita reincorporarse al medio laboral. Los aspectos que se deben tener en cuenta en este proceso son:
  - La historia ocupacional de la persona, como referente para orientar el proceso de capacitación para el trabajo.
  - La reconversión de mano de obra en el mismo nivel de calificación ocupacional en que se encontraba el usuario antes de la contingencia (no calificado, semicalificado, calificado y altamente calificado).

- Asumir la reconversión como una meta de rehabilitación (incluyendo el usuario).
- La formación debe ser certificada por una institución reconocida.
- (El proceso de reconversión) y no debe superar los seis meses de formación.
- Orientación al desarrollo de una actividad laboral diferente al empleo (microempresa, empresa asociativa de trabajo, teletrabajo, entre otras). Cuando las exigencias de los diversos puestos de la empresa en que laboraba la persona están por encima de sus capacidades individuales y las condiciones de trabajo representan riesgo para la salud del trabajador.
- Orientación al desarrollo de una actividad no laboral de mantenimiento funcional y calidad de vida en los casos en que el trabajador que ha sufrido un ATEP y después de haber recibido atención por parte del equipo de rehabilitación no cuenta con la capacidad individual suficiente para integrarse al mundo laboral.

#### • *Objetivos*

- Definir un programa estructurado de orientación e intervención en rehabilitación.
- Programar las actividades necesarias para la rehabilitación funcional, ocupacional y social.
- Proponer los periodos de seguimiento al plan de rehabilitación para la realización de ajustes en caso necesario.
- Programar las actividades necesarias de readaptación laboral.
- Definir las metas de reinserción laboral.
- Plantear alternativas laborales para los casos que no puedan ser reintegrados a un trabajo<sup>7</sup>.

- Plantear alternativas ocupacionales para los casos que no podrán volver a desempeñarse laboralmente.

#### • *Responsables*

- **El trabajador** debe participar en forma activa en la construcción del plan, aportando ideas, concertando propuestas con el equipo y formalizando compromisos frente al plan de rehabilitación propuesto.
- **Los miembros del equipo de rehabilitación de la ARP con el trabajador** y en caso necesario incluyendo la familia, construirán y concertarán el plan de rehabilitación que dará respuesta a las necesidades de integración social y ocupacional del trabajador.
- **La ARP y el empleador** de manera concertada son responsables de la selección de posibles puestos de trabajo para la reubicación en caso de no ser posible el reintegro. De igual forma, deben asumir la responsabilidad de plantear otras alternativas de ubicación ocupacional en caso de no ser posible un reintegro laboral. Así mismo, forma deben asumir la responsabilidad de plantear otras alternativas de ubicación laboral u ocupacional en caso de no ser posible ninguna de las dos anteriores opciones.
- **Los miembros del equipo de Rehabilitación de la ARP, en acuerdo con el trabajador y en caso necesario con su familia**, realizan el plan de rehabilitación que dará respuesta a las necesidades de integración social y ocupacional de ese trabajador.
- **El empleador**, con la asesoría de la ARP, es el responsable de la selección y propuesta de los posibles puestos de trabajo para la reubicación en caso de no ser posible el reintegro.

<sup>7</sup> Actividad de mantenimiento funcional y calidad de vida.

**ETAPA II:  
EVALUACIÓN DEL CASO**

ACTIVIDADES	TIEMPO DE REALIZACIÓN	RESPONSABLES	OBJETIVOS
Diagnóstico		IPS – EPS ARP  - Equipo de rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocer el diagnóstico clínico definitivo.</li> <li>- Definir el diagnóstico del funcionamiento y discapacidad, para construir el perfil de capacidad y discapacidad del trabajador, y, con base en él, orientar el plan de rehabilitación y tener elementos fundamentales que permitan medir, una vez haya concluido el proceso de rehabilitación, el impacto del mismo.</li> <li>- Definir las exigencias de desempeño impuestas por el ambiente laboral, a fin de construir el perfil correspondiente.</li> <li>- Identificar los factores contextuales ambientales y personales que puedan favorecer o dificultar la integración ocupacional y social del usuario.</li> <li>- Definir las expectativas de desempeño ocupacional del individuo.</li> </ul>
Pronóstico funcional ocupacional.	Pronóstico inicial. Puede variar según la evolución del caso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARP</li> <li>- IPS</li> <li>- Equipo de rehabilitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Predecir el futuro funcional y ocupacional del individuo con base en la información recolectada durante el proceso de evaluación.</li> </ul>
Plan de rehabilitación	Al concluir las actividades de diagnóstico clínico, funcional y pronóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ARP</li> <li>- IPS</li> <li>- Equipo de rehabilitación</li> <li>Empresa</li> <li>- Jefe inmediato</li> <li>- Directivos</li> <li>- Trabajador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir un programa estructurado de orientación e intervención en rehabilitación.</li> <li>- Programar las actividades necesarias para la rehabilitación funcional, profesional y social.</li> <li>- Proponer los periodos de seguimiento al plan de rehabilitación para la realización de ajustes en caso necesario.</li> <li>- Programar las actividades necesarias de readaptación laboral.</li> <li>- Definir las metas de reinserción laboral.</li> <li>- Plantear alternativas laborales para los casos que no puedan ser reintegrados a un empleo.</li> <li>- Plantear alternativas ocupacionales para los casos que no pueden volver a desempeñarse laboralmente.</li> </ul>

El manejo de la rehabilitación comprende el conjunto de procesos que van desde una evaluación / orientación hasta todas las intervenciones científicas o técnicas que permitan el reintegro laboral de la persona con discapacidad en un puesto de trabajo adecuado, acorde con sus capacidades residuales, incluso el aprendizaje de un nuevo oficio.

El proceso de rehabilitación integral, como se dijo anteriormente, comprende la rehabilitación funcional, ocupacional y social.

## ACTIVIDADES

### 1. Prórroga de incapacidades temporales

Aunque esta actividad no es considerada como parte de la rehabilitación, se hace necesario incluirla debido a la importancia que tiene a lo largo de todo el proceso. Es parte del acto médico que expide o prorroga el tiempo de incapacidad, si esto permite la realización de tratamientos necesarios para recuperar la capacidad laboral, o a fin de permitir la recuperación de la estructura o función alteradas por la patología actual.

Conforme al artículo 38 del Decreto ley 1295 de 1994, quien tiene la competencia de la declaración de incapacidad temporal es solamente el médico tratante adscrito a la empresa promotora de salud a la cual está afiliado el trabajador o la que la ARP tenga contratada para que le presten los servicios de rehabilitación; y tal como lo establece el artículo 23 del Decreto 2463 de 2001, las administradoras de riesgos profesionales podrán prorrogar la incapacidad hasta por 360 días calendario al trabajador que tenga pronósticos favorables de rehabilitación, siempre y cuando otorguen la prestación económica que venía disfrutando.

#### • **Objetivo**

- Garantizar el tiempo necesario para permitir la recuperación de la estructura o función alteradas por la patología actual y/o adelantar las acciones propias del programa de rehabilitación.

#### • **Responsables**

- El médico de la **IPS** que presta el servicio asistencial, previo acuerdo con el equipo de rehabilitación de la **ARP**.
- El médico encargado del proceso de rehabilitación en la **ARP**.

### 2. Rehabilitación funcional

Corresponde a las acciones que buscan recuperar lo máximo posible la función o compensación de habilidades perdidas basándose en los principios de la biomecánica, fisiología, antropometría aplicada, neuropsicología, etc., partiendo del diagnóstico de requerimientos individuales, laborales y/u ocupacionales del trabajador.

Incluye los siguientes servicios:

- Programa terapéutico específico (terapia física, ocupacional, del lenguaje; sicología; trabajo social; tiflogía; psicopedagogía; enfermería), que define las metas y estrategias, a partir de la evaluación, el diagnóstico y el pronóstico explicado en la etapa anterior.
- Servicios médicos especializados: El médico rehabilitador, al igual que los otros médicos especialistas como: ortopedistas, oftalmólogos, otorrinolaringólogo, neurólogo, psiquiatra, cirujano plástico, urólogo, etc., realizarán los procedimientos necesarios, para optimizar el desempeño funcional del individuo.
- Formulación de prótesis-órtesis-audífonos, implantes cocleares, ayudas externas necesarias para facilitar el desempeño funcional, ocupacional y social.

#### • **Objetivo**

- Recuperar, en la medida de lo posible, la función perdida y potencializar las capacidades remanentes necesarias para su desempeño funcional, ocupacional y social.
- Entrenamiento en la correcta utilización de las órtesis, prótesis o ayudas externas para

el desempeño del individuo en todas las esferas de su vida.

#### • **Responsables**

- **El trabajador** se compromete a **participar activamente** en los programas terapéuticos necesarios para lograr su recuperación funcional.
- **El empleador** permitirá y facilitará al trabajador participar en los programas necesarios para lograr su recuperación funcional.
- **IPS-EPS** a la que se encuentre afiliado el trabajador, realizará las actividades de rehabilitación funcional, con la orientación y coordinación del equipo de Rehabilitación de la ARP.
- **ARP**, a través de IPS propias o contratadas directamente, cuando la rehabilitación funcional hace parte del proceso de rehabilitación.

### 3. **Rehabilitación profesional**

En este manual se desarrollará la rehabilitación profesional como parte del proceso de rehabilitación integral, para trabajadores que tienen posibilidades de una reincorporación laboral, sin desconocer el derecho que tienen aquellos trabajadores que por su discapacidad no tienen esta posibilidad, los cuales, por lo tanto, deberán recibir una orientación hacia otras alternativas de trabajo o hacia el desarrollo de una actividad de mantenimiento funcional y calidad de vida. Este proceso de rehabilitación profesional debe iniciarse simultáneamente con las demás acciones de rehabilitación.

El proceso de rehabilitación profesional puede requerir una o más conductas en forma simultánea, que corresponden a las acciones concretas sobre el trabajador, el ambiente laboral y extralaboral o del contexto en el que interactúa el trabajador. Estas buscan equiparar las capacidades del individuo en sus aspectos personal, familiar y social con las exigencias de desempeño laboral y del ambiente.

Incluye los siguientes servicios:

- Programa terapéutico específico (dependiendo de las particularidades de cada caso:

terapia ocupacional, sicología, trabajo social, entre otros), en concordancia con las metas y estrategias, a partir de la evaluación, el diagnóstico y el pronóstico explicado en la etapa anterior.

- Programa de salud ocupacional de la empresa para realizar los ajustes necesarios al puesto de trabajo y al ambiente laboral al que se reincorporará el trabajador con discapacidad, con la asesoría y supervisión de equipo de rehabilitación de la ARP.
- Servicios médicos especializados en el caso que las condiciones de salud del trabajador lo exijan.

#### 3.1. Readaptación del individuo al trabajo

Comprende las siguientes acciones terapéuticas concretas sobre el trabajador, que buscan desarrollar o recuperar habilidades, actitudes, hábitos y destrezas para su desempeño en el ambiente laboral de la empresa:

- Técnicas especiales de tratamiento psicológico, cognitivo o físico que buscan desarrollar o fortalecer las capacidades necesarias para el desempeño de la actividad laboral de forma eficiente y segura, entre las cuales se incluyen, entre otras:
  - Manejo del duelo
  - Manejo emocional, cognitivo e intelectual del trabajo
  - Recuperación de hábitos laborales perdidos (manejos de jornadas, horarios, etc.)
  - Manejo de hábitos de trabajo seguros
  - Manejo de relaciones interpersonales con autoridad y con compañeros de trabajo
  - Adaptaciones físicas especiales, mediante aditamentos para el desempeño laboral
- Entrenamiento en destrezas físicas especiales
- Entrenamiento o capacitación en un nuevo oficio

- Entrenamiento o reentrenamiento en la utilización de herramientas, elementos y materiales propios del puesto de trabajo
- Entrenamiento o reentrenamiento en el manejo de los riesgos propios del puesto de trabajo y de los que puedan aumentar el grado de discapacidad
- Desarrollo de destreza en la utilización de las ayudas técnicas suministradas para facilitar la realización del trabajo
- Entrenamiento en la correcta utilización de órtesis o prótesis dentro del ambiente laboral en el que se desempeñará.

#### • *Objetivos*

- Desarrollar o fortalecer las capacidades necesarias para el desempeño eficiente y seguro de la actividad laboral específica y desempeño del individuo en todas las esferas de su vida, de acuerdo con la meta de rehabilitación, en concordancia con las expectativas del empleador y del trabajador.

#### • *Responsables*

- **El trabajador.** Se compromete y participa en su proceso de readaptación laboral
- **ARP** a través de su equipo de rehabilitación y con la participación del trabajador define las necesidades de tratamiento y entrenamientos especiales por desarrollar.
- **Los profesionales de Rehabilitación** propios de la ARP o contratados por esta desarrollan las acciones terapéuticas propuestas para la readaptación laboral.
- **El empleador** y/o jefe inmediato facilita y participa en el entrenamiento del trabajador en lo que requiera para lograr la readaptación laboral.
- **El equipo de salud ocupacional de la empresa** apoyado por equipo de rehabilitación identifica los riesgos para el trabajador y lo entrena o reentrena en el control de estos.

### 3.2. Modificaciones al ambiente de trabajo

Se refieren a los cambios administrativos, organizacionales, de diseño del puesto de tra-

bajo, del ambiente laboral en general y de seguridad que se requieren para equilibrar las capacidades del individuo con los requerimientos de desempeño del trabajo. Incluyen modificaciones:

- Administrativas y organizacionales
  - Jornadas
  - Turnos
  - Rotaciones
  - Descansos
  - Procedimientos de trabajo
  - Líneas de comunicación
- Diseño de puestos de trabajo
  - Accesibilidad
  - Planos
  - Zonas
  - Espacios
  - Máquinas
  - Herramientas
  - Elementos de trabajo
- Ambiente laboral general
  - Ambiente físico
  - Aspectos locativos
  - Accesibilidad
- Seguridad
  - Normas generales de seguridad
  - Elementos de protección personal
  - Guardas, fotoceldas, etc.

#### • *Objetivos*

- Proponer las modificaciones que se requieran y su viabilidad para garantizar el desempeño productivo del trabajador en condiciones seguras.
- Modificar las condiciones necesarias para el desempeño laboral eficiente.

#### • *Responsables*

- **La ARP**, a través del equipo de rehabilitación y la empresa, propone las modificaciones necesarias, estableciendo su viabilidad.

- **La empresa**, a través del departamento de producción, talento humano, el responsable de Salud Ocupacional y el jefe inmediato, coordina, realiza y supervisa las modificaciones al ambiente de trabajo sugeridas por el equipo de rehabilitación de la ARP y de salud ocupacional de la empresa, para lograr una adecuada reincorporación laboral del trabajador con discapacidad.
- El empleador implementa las modificaciones al ambiente de trabajo propuestas por el equipo de rehabilitación de la ARP y de salud ocupacional de la empresa.
- **El trabajador** participa como miembro activo del equipo de rehabilitación en las propuestas de modificación del ambiente de trabajo, de acuerdo con sus necesidades laborales.

### 3.3 Adaptación al ambiente extralaboral

Se refiere a los mecanismos adaptativos en el ambiente familiar, comunitario y social (roles, vivienda, transporte, etc.) que permitan al individuo mejorar su calidad de vida y “mejorar el desempeño de todos sus roles”. **(Anexo 8).**

Incluye la valoración y orientación para la adaptación o ajustes de aspectos como:

- Vivienda
- Transporte
- Recreación, deporte y cultura
- Cambio de roles familiares, y
- Otros aspectos de actividades básicas cotidianas (ABC) y actividades de la vida diaria (AVD).

#### • **Objetivos**

- Identificar barreras contextuales ambientales que puedan alterar el desempeño laboral y social del trabajador.
- Orientar y apoyar al trabajador, a su familia y a su comunidad en el desarrollo de acciones sobre las barreras ambientales identificadas, con objeto de facilitar el desempeño laboral y social del trabajador con discapacidad.

- Orientar y asesorar al trabajador y a su familia en la adecuación de la vivienda y de elementos personales que le faciliten el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana.

#### • **Responsables**

- **La ARP**, a través de su equipo de rehabilitación, identifica barreras contextuales ambientales que puedan obstaculizar la reubicación laboral del trabajador con discapacidad. Igualmente, orienta y apoya al trabajador, a la familia y a la comunidad en las modificaciones que se requieran para facilitar el desempeño de roles personales, sociales y ocupacionales del trabajador.
- **El trabajador y su familia** realizarán los cambios sugeridos por los profesionales de la ARP.
- **La comunidad en general y los entes gubernamentales**, a través de los programas que promuevan la equiparación de oportunidades.

### 3.4. Reincorporación laboral

Una vez se considere que el trabajador está preparado para enfrentarse al medio laboral, se inicia su proceso de Reincorporación a este medio, mediante el reintegro laboral (con modificaciones o sin ellas), o la reubicación laboral (temporal o definitiva). De igual forma, esta reincorporación se puede dar después de una reconversión de mano de obra.

#### **ACTIVIDADES**

##### 3.4.1. Reinducción

Es una fase del proceso de rehabilitación integral, en donde el trabajador, supervisado por el responsable de salud ocupacional de la empresa y el profesional encargado del proceso de rehabilitación de la ARP, en forma temprana y paulatina se va involucrando con actividades de su puesto de trabajo.

Este proceso debe garantizarle al trabajador que no se obstaculice su recuperación o se agrave su discapacidad.

Esta actividad es comparable con la inducción que se hace a todo trabajador nuevo en uno de los procesos productivos de la empresa.

- **Objetivos**

- Desarrollar actitudes, hábitos y destrezas para su desempeño en el ambiente laboral específico, propio de su empresa y meta de la reincorporación.
- Estimular la recuperación física y mental del trabajador.
- Reforzar el conocimiento de las normas de seguridad y demás aspectos propios de un proceso de reinducción.
- Preparar a los compañeros de trabajo para la llegada del trabajador con discapacidad.
- Facilitar al trabajador con discapacidad el proceso de reincorporación a su medio laboral.

- **Responsables**

- **La empresa**, a través del departamento de producción o talento humano, el responsable de salud ocupacional, el jefe inmediato, la ARP y el trabajador mismo.
- **El equipo de rehabilitación de la ARP** en aquellos casos en que lo requiera, de acuerdo con la evolución del caso.

### 3.4.2. Prueba de trabajo

Es la evaluación del desempeño del individuo en el puesto seleccionado mediante la observación directa, la verificación de los estándares propios del puesto y la percepción del trabajador en términos de

- Productividad, de acuerdo con los estándares de la empresa
- Seguridad, según los parámetros del programa de la empresa
- Confort, en términos de la percepción subjetiva del trabajador

Esta actividad se realiza cuando termina la incapacidad laboral y se ha definido la reincorporación laboral. Como resultado se puede concluir que se requieren nuevas adaptaciones al individuo, o al puesto de trabajo, o al

ambiente laboral; o que se ha cumplido la meta planteada.

- **Objetivos**

- Garantizar que el trabajador rehabilitado cumple con las expectativas de desempeño en el puesto y ambiente laboral en el que se ha reincorporado.
- Verificar que las adaptaciones al individuo, al puesto de trabajo o las modificaciones del ambiente laboral que se hicieron cumplen con su objetivo.

- **Responsables**

- **La empresa**, a través del departamento de producción o talento humano, del jefe inmediato, el encargado de salud ocupacional de la empresa, la ARP y el trabajador mismo, deben realizar esta prueba en todos los casos de reincorporación laboral.
- **El equipo de rehabilitación de la ARP** en aquellos casos en los que el equipo lo requiera, de acuerdo con la evolución del caso, o en los que la empresa encuentra alteraciones en la prueba realizada por ella.

### 3.4.3. Reintegro laboral

Es la actividad en la que se concreta la meta planteada. Corresponde al reintegro del trabajador al desempeño de una actividad laboral, en condiciones de competitividad, seguridad y confort.

De acuerdo con el plan de rehabilitación y las metas planteadas, el tipo de reintegro puede ser:

- Reintegro laboral sin modificaciones
- Reintegro laboral con modificaciones
- Reubicación laboral temporal
- Reubicación laboral definitiva
- Reconversión de mano de obra

- **Objetivo**

- Retornar al trabajador al mundo laboral en condiciones de equidad.

• **Responsables**

- **El Trabajador:** como sujeto activo de su propio proceso de rehabilitación.
- **La empresa,** a través del profesional responsable de la salud ocupacional y el de-

partamento de talento humano o relaciones industriales, facilitan el proceso de reinserción laboral.

- **La ARP:** a través del equipo de rehabilitación.

**ETAPA III:  
MANEJO DE LA REHABILITACIÓN INTEGRAL**

ACTIVIDADES	TIEMPO DE REALIZACIÓN	RESPONSABLES	OBJETIVOS
Prórroga de incapacidades temporales	A lo largo del proceso de rehabilitación, según necesidad	ARP-IPS - Médico encargado del proceso de rehabilitación	- Garantizar el tiempo necesario para permitir la recuperación de la estructura o función alteradas por la patología actual y/o adelantar las acciones propias del programa de rehabilitación.
Rehabilitación funcional	De acuerdo con el plan de rehabilitación	Trabajador EPS-IPS ARP-IPS	Recuperar en la medida de lo posible la función perdida y potencializar las capacidades remanentes necesarias para su desempeño individual, laboral y/u ocupacional.
Readaptación del Individuo al trabajo	De acuerdo con el plan de rehabilitación	Trabajador ARP-IPS - Equipo de rehabilitación	Desarrollar o fortalecer las capacidades necesarias para el desempeño eficiente y seguro de la actividad laboral y/u ocupacional específica, de acuerdo con la meta de rehabilitación.
Modificaciones del ambiente de trabajo	De acuerdo con el plan de rehabilitación	ARP-IPS - Equipo de rehabilitación Empresa - Jefe Inmediato - Producción	- Proponer las modificaciones que se requieran y su viabilidad para garantizar el desempeño productivo del trabajador en condiciones seguras.
		Empresa - Jefe Inmediato - Producción	- Modificar las condiciones necesarias para el desempeño laboral eficiente.
Adaptación al ambiente extralaboral	De acuerdo con el plan de rehabilitación	ARP - Equipo de rehabilitación Trabajador y su familia	- Establecer si existen aspectos extralaborales que puedan alterar el desempeño laboral.
		El trabajador y su familia	- Implementar las acciones sobre los aspectos extralaborales que faciliten el desempeño laboral y/u ocupacional del individuo con discapacidad.

ACTIVIDADES	TIEMPO DE REALIZACIÓN	RESPONSABLES	OBJETIVOS
Reinducción  Prueba de trabajo	Reincorporación al trabajo y/o roles ocupacionales  Una vez finalizado el programa de rehabilitación	Empresa - Jefe inmediato - Trabajador - ARP - Equipo de rehabilitación  Empresa - Jefe inmediato - Trabajador - ARP - Equipo de rehabilitación (En casos especiales)	- Facilitar al trabajador el proceso de reincorporación a su puesto de trabajo o a la actividad laboral y/u ocupacional.  - Garantizar que el trabajador rehabilitado cumpla con las expectativas de desempeño en el puesto y ambiente laboral.  - Verificar que las modificaciones del ambiente laboral cumplan con su objetivo.
Reintegro laboral	Una vez realizada la prueba de trabajo, en los casos de los trabajadores que tienen esa posibilidad	Empresa - Profesional de SO - D. Talento Humano Trabajador	- Integrar al trabajador al mundo laboral en condiciones de equidad.
Reincorporación ocupacional	Durante el proceso de rehabilitación, a los trabajadores que no tienen la posibilidad de reincorporación laboral	- Trabajador y su familia - Equipo de rehabilitación de la ARP.	- Orientar al trabajador en los roles ocupacionales y mantenimiento de la calidad de vida.

Esta etapa se inicia con la sistematización de la información de las actividades de seguimiento que se realizan al trabajador que se ha reintegrado, por parte de la ARP y termina con los informes que el Ministerio de la Protección Social expedirá anualmente de las conclusiones y recomendaciones a la información enviada por las ARP sobre el desarrollo de sus sistemas de rehabilitación.

## ACTIVIDADES

### 1. SEGUIMIENTO

El seguimiento de los procesos de rehabilitación implica la verificación de los resultados y logro de los objetivos de los procesos individuales en el trabajador y la empresa y los colectivos en las A.R.P y el SGRP. Esto permite acopiar la información necesaria para retroalimentar los procesos de rehabilitación en el SGRP.

#### 1.1. Seguimiento al trabajador y la empresa

Todos los trabajadores reincorporados laboralmente y los orientados hacia el desarrollo de una actividad ocupacional no laboral, requieren seguimiento, mediante técnicas de evaluación del desempeño ocupacional, de asesoría en caso de cambios en las condiciones laborales o la aplicación de medidas complementarias de rehabilitación.

Se considera que esta etapa se inicia a partir del momento en que se tomó la conducta definitiva de reincorporación laboral o de orientación hacia el desarrollo de una actividad ocupacional no laboral.

El seguimiento determina el éxito de la rehabilitación por lo tanto los resultados por medir estarán de acuerdo con la conducta seguida.

- Reincorporación laboral: los resultados se miden de acuerdo con el grado de competencia laboral del individuo, que incluye el mantenimiento de un vínculo laboral eficiente.
- Orientados hacia el desarrollo de una actividad productiva no laboral: los resultados

se miden con base en la ejecución y sostenimiento de unidades productivas en el medio económico del país.

- Orientación hacia el desarrollo de actividades de mantenimiento: los resultados se miden por el mantenimiento funcional y calidad de vida del usuario.

Cuando la conducta seguida es de reincorporación laboral, se da un tiempo entre uno y tres meses, para que el trabajador y su jefe inmediato realicen la recopilación de información fundamental para el seguimiento, la cual contempla los siguientes aspectos:

- Trabajador
  - Percepción de confort
  - Percepción de seguridad
  - Percepción de eficiencia
  - Relaciones sociales dentro de la empresa
- Jefe inmediato
  - Cumplimiento de estándar de productividad
  - Cumplimiento de normas de seguridad
  - Relaciones sociales dentro de la empresa.

Si los resultados son satisfactorios, el caso se considera cerrado y el equipo de rehabilitación de la ARP emite el certificado correspondiente, el cual será anexado al expediente del trabajador (**Anexo 4**) - (*Certificado de Rehabilitación Profesional*). Si se encuentra alguna alteración en el desempeño, se requerirá la reorientación de la Reincorporación Ocupacional.

La ARP recalifica las condiciones del trabajador según el instrumento de evaluación (deficiencia, limitación en la actividad, restricción en la participación), con el propósito de comparar con la evaluación inicial, realizada en la actividad de Diagnóstico de la Etapa 2, y verificar el impacto del programa de rehabilitación en las condiciones del trabajador.

En los casos en que los trabajadores no tengan la opción de reincorporación laboral y se le haya orientado hacia el desarrollo de una actividad ocupacional no laboral, se considera entre uno y tres meses después de dado por terminado el proceso de rehabilitación, para hacer la verificación de la situación funcional y ocupacional del usuario, la cual se basa en la observación de la calidad de vida que este tenga en el momento del seguimiento. En los casos en que se observe una disminución de la calidad de vida, se analiza la conducta por seguir para remediar la situación; de lo contrario, se da por cerrado el caso y el equipo de rehabilitación de la ARP emite el certificado de Rehabilitación Profesional, el cual será anexado al expediente del trabajador.

#### • **Objetivos**

- Verificar el desempeño del trabajador en su apreciación subjetiva, en términos de seguridad y confort.
- Comprobar el rendimiento del trabajador en términos de productividad.
- Verificar el desempeño del trabajador en su apreciación subjetiva de su reincorporación ocupacional.
- Verificar el estado de funcionamiento y desempeño ocupacional en los usuarios orientados hacia el desarrollo de actividades ocupacionales no laborales.
- Cerrar el caso y emitir el certificado correspondiente o reorientar el proceso de reincorporación laboral, de orientación ocupacional no laboral o de rehabilitación.
- Verificar el impacto del programa de rehabilitación sobre la situación de discapacidad del trabajador.

#### • **Responsables**

- **La empresa**, a través del jefe inmediato, el departamento de producción o talento humano, y el trabajador y la ARP verifican el desempeño bajo parámetros objetivos y subjetivos.
- **El equipo de rehabilitación de la ARP** se encarga de cerrar el caso o reorientar el pro-

ceso de reincorporación laboral, orientación ocupacional no laboral de rehabilitación.

- **La ARP** a través de su equipo de rehabilitación califica la condición final del trabajador con el instrumento inicial de evaluación de deficiencia, limitación en la actividad, restricción en la participación.

#### 1.2. Seguimiento de los casos por la ARP

Las ARP recopilan, analizan y consolidan la información correspondiente a todos los casos de trabajadores afiliados que hayan requerido rehabilitación, y además realizan un seguimiento procedimental y estructural de su programa.

El análisis de la información debe definir las causas de accidentalidad de alta severidad y detectar grupos demográficos, empresas, oficios o actividades económicas de alto riesgo, para orientar actividades de promoción y prevención sobre bases objetivas.

Así mismo, valoran el impacto en cada caso en términos de la diferencia lograda durante todo el proceso y el cumplimiento de la reincorporación ocupacional.

Estos seguimientos permitirán a la ARP evaluar su proceso y hacer los ajustes necesarios. Tienen una periodicidad semestral y anual, ajustada con los requerimientos de información por parte del Ministerio de la Protección Social, a fin de facilitar el manejo de la información.

- Seguimiento semestral. Se incluyen los casos nuevos que ingresan al programa de rehabilitación en el período y se anotan las siguientes variables (**Anexo N° 5**):
  - Nombre de la empresa
  - NIT
  - Tamaño de la empresa según el Decreto 2013
  - Actividad económica según el Decreto 1607/02
  - Clase de riesgo según el Decreto 1607/02
  - Oficio según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)

- Edad en años
- Sexo
- Diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10
- Calificación inicial de deficiencia –discapacidad– minusvalía Clasificación según el tipo de accidente (ANSI Z.16-1 y Z.16-2).

Los casos cerrados se registran como novedad, adicionando la siguiente información (**Anexos 6 y 7**):

- Instrumento de evaluación y seguimiento del proceso de rehabilitación (pendiente de diseño y validación) y Anexo 3
- Resultado de cierre en términos de reincorporación laboral, reubicación, orientación ocupacional
- Anotar si el caso fue pensionado o indemnizado
- Tiempo total en meses que se requirió para finalizar el proceso de rehabilitación
- Seguimiento anual. La ARP consolida la información de todos los casos que han requerido rehabilitación generando indicadores anuales, como los siguientes:

#### Indicadores de procedimientos

$$\frac{\# \text{ de casos de AT ingresados a rehabilitación}}{\# \text{ de AT reportados}} \times 100$$

$$\frac{\# \text{ de casos de EP ingresados a rehabilitación}}{\# \text{ de EP reportados}} \times 100$$

$$\frac{\# \text{ de casos de AT ingresados a rehabilitación}}{\# \text{ de AT remitidos a rehabilitación}} \times 100$$

$$\frac{\# \text{ de casos de EP ingresados a rehabilitación}}{\# \text{ de EP remitidos a rehabilitación}} \times 100$$

#### Indicadores de resultados

$$\frac{\# \text{ de casos reintegrados}}{\# \text{ de casos ingresados a rehabilitación}} \times 100$$

$$\frac{\# \text{ de casos reubicados}}{\# \text{ de casos ingresados a rehabilitación}} \times 100$$

$$\frac{\# \text{ de casos con orientación ocupacional}}{\# \text{ de casos ingresados a rehabilitación}} \times 100$$

$$\frac{\# \text{ de pensionados}}{\# \text{ de casos ingresados a rehabilitación}} \times 100$$

$$\frac{\# \text{ de indemnizados}}{\# \text{ de casos ingresados a rehabilitación}} \times 100$$

#### Indicador de estructura

$$\frac{\# \text{ de profesionales del programa de rehabilitación}}{\# \text{ de trabajadores afiliados a la ARP}}$$

La información recopilada semestral y anualmente es reportada al Ministerio de la Protección Social (**Anexos 5, 6 y 7**) en documento impreso y en medio magnético. Adicionalmente, se adjunta el análisis de la información en un informe que incluye:

- Definición de las causas de accidentalidad y enfermedad profesional de alta severidad.
- Distribución de los diagnósticos más frecuentes que requieren procesos de rehabilitación.
- Detección de grupos demográficos, empresas, oficios o actividades económicas de alto riesgo.
- Valoración del impacto en los casos en términos de la diferencia lograda en la calificación de invalidez.
- Cumplimiento de la reinserción laboral por tipo y distribución, según sexo, edad, tipo de ocupación, diagnóstico y calificación de invalidez.

En el reporte anual se envía el consolidado de la información semestral y se relacionan los resultados de los indicadores expuestos con su correspondiente análisis.

#### Objetivos

- Realizar un seguimiento operativo y de resultados de los casos en periodos semestrales.
- Evaluar si el programa de rehabilitación de la ARP cumple con las metas planteadas.
- Orientar los programas de promoción y prevención sobre las condiciones

determinantes de accidentalidad de alta severidad.

- Reportar la información semestral y anual al Ministerio de la Protección Social.

- **Responsables**

- **La ARP**, a través del equipo de rehabilitación y de todos los involucrados en el manejo de la información.

- **El empleador.**

### 1.3. Seguimiento del Ministerio de la Protección Social

Cada año, el Ministerio de la Protección Social, tomando en consideración la información reportada por las ARP, consolida los datos y establece la distribución de los casos por:

- Actividad económica
- Clase de riesgo
- Tamaño de las empresas
- Grupos de edad
- Sexo
- Diagnósticos
- Causas de accidente o enfermedad profesional
- Calificación de deficiencia-discapacidad-minusvalía inicial y final

- Tiempo de duración del programa de rehabilitación
- Tipo de Reincorporación Ocupacional.

#### 1.3.1. Análisis y difusión de la información de rehabilitación al SGRP

El análisis de la información le permitirá caracterizar las condiciones relacionadas con accidentes y enfermedades de alta severidad y el impacto de los procesos de rehabilitación aquí planteados en un contexto nacional. Esta información será resumida y difundida a todos los participantes del SGRP y servirá para orientar las acciones, no solamente de los procesos de rehabilitación, sino del sistema en general.

- **Objetivos**

- Dar a conocer los resultados del análisis de la información respecto al desarrollo e impacto de los procesos de rehabilitación.
- Proponer los ajustes requeridos a los procesos de rehabilitación, de acuerdo con los resultados.

- **Responsables**

La Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección recopilará la información y la analizará y emitirá un comunicado anual a todos los integrantes del SGRP.

**ETAPA IV:**  
**RETROALIMENTACIÓN DEL SISTEMA**

ACTIVIDADES	TIEMPO DE REALIZACIÓN	RESPONSABLES	OBJETIVOS
Seguimiento al trabajador y la empresa	Entre 1 y 3 meses después de la reinserción	Empresa - Jefe Inmediato - COPASO - Responsable de SO - Trabajador	- Verificar el desempeño del trabajador en su apreciación subjetiva, en términos de seguridad y confort. - Verificar el desempeño del trabajador en su apreciación subjetiva de su reincorporación ocupacional.  - Comprobar el rendimiento del trabajador en términos de productividad.
		ARP - Equipo de rehabilitación	- Cerrar el caso o reorientar el proceso de reincorporación laboral y/u orientación ocupacional.  - Verificar el impacto del programa de rehabilitación, con base en el instrumento de evaluación y seguimiento del proceso de rehabilitación.
Seguimiento de la ARP de casos	Semestral y anual	- ARP - Equipo de rehabilitación - Involucrados en manejo de información	- Realizar un seguimiento operativo y de resultados de los casos en periodos trimestrales.  - Evaluar si el programa de rehabilitación de la ARP cumple con las metas planteadas.  - Orientar los programas de promoción y prevención sobre las condiciones determinantes de accidentalidad de alta severidad.  - Reportar la información semestral y anual al Ministerio de la Protección Social.
<b>Seguimiento por parte del Ministerio de la Protección Social al Sistema de Rehabilitación.</b>	Semestral	La Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de la Protección Social	- Dar a conocer los resultados del análisis de la información respecto al desarrollo e impacto de los procesos de rehabilitación.  - Proponer los ajustes requeridos de los procesos de rehabilitación, de acuerdo con los resultados.





## Bibliografía

AGUADO DÍAZ, A.L. *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE, 1995.

ASIA PACIFIC REGIONAL COUNCIL OF DISABLED PEOPLE'S INTERNATIONAL (DPI), COUNCIL OF DISABLED PEOPLE OF THAILAND (DPI-Thailand). *Equalization of Opportunities a report of the 2<sup>nd</sup>, Asia Pacific Regional Assembly, Aug. 27-Sep. 2, Bangkok 88.*

CASADO PÉREZ y PUIG DE LA BELLACASA. «*Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*». Edita: INSERSO. ISBN: 84-86652-45-5. NIPO: 377-94-003-X. Página 19.

CASADO PÉREZ, D. *Discapacidad y Medios de Comunicación. Pautas de Estilo*. Edita: Real Patronato NIPO: 380-90-018-3.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. *Documento preliminar sobre Lineamientos de Política: Habilitación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar, Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad*, Colombia, octubre de 2003.

CONSEJO DE EUROPA. *Léxico de rehabilitación* (4<sup>a</sup> ed.) Madrid: INSERSO, 1989.

DUNCAN, B. *Los medios de comunicación como motor de cambio de la percepción de la discapacidad por parte del público*. En: SIIS (Ed.) *Discapacidad e Información*, Madrid, Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Serie «Documentos», No. 14/90, 1990.

FRANCO DE MACHADO, C. *Integración de las personas con discapacidad en los programas y servicios de formación profesional: pasemos de las formulaciones a la acción*. En: Boletín SIRU. Montevideo N° 1997, pp. 51-57.

GRANGER, Cl. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America: New developments in functional assessment*. Vol. 4, No. 3, Agosto 1993. ISSN 1047-9651.

GRUPO LATINOAMERICANO DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL – GLARP. *Memorias del Foro Técnico: “Mirando al Siglo XXI Liderazgo Organizacional para una Integración Sociolaboral Plena”*, 29-30 de mayo de 1996, Puebla, México.

GRUPO LATINOAMERICANO DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL – GLARP. FASE I: *Análisis de Resultados por Áreas de Acción de los Programas de Rehabilitación Profesional de Amplio Desarrollo en Tres Instituciones Miembros del GLARP*, febrero 20 al 24 de 1984, Bogotá, Colombia.

HAMONET, CL. *Rehabilitación*. Barcelona: MASSON, 1994.

JOHNSON, Ernest. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America: Rehabilitation of the injured worker*. Vol. 3, No. 3, agosto 1992.

KOTTKE, Frederic y AMATE, Alicia. *Adelantos clínicos en medicina física y rehabilitación*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. ISBN: 92 75 11533 7.

MESSEGUER, Luis W. *Amparo legal en Uruguay hacia las personas que presentan discapacidad*. Montevideo: BPS, 1996.

MOLINA ARIÑO, Arturo. *Rehabilitación*. Valladolid: Editora Médica Europea, 1996.

NACIONES UNIDAS. *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad y normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía, 1996.

OMS. *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Edita: INSERSO. ISBN: 84-86652-45-5. NIPO: 377-94-003-X.

OMS. (Versión castellana: INSERSO: *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad*. Madrid: INSERSO, 1983).

OMS, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud, CIF*, Madrid. INSERSO, 2001.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000, No. 3, 1993.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Las políticas de integración laboral de las personas con discapacidad a debate: Reunión técnica sobre la aplicación del Convenio No. 159 de la OIT en América Latina*. Bogotá: Delgado Editores, 1993.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Normas internacionales del trabajo sobre la readaptación profesional: directrices para su aplicación*. Ginebra: OIT, 1984.

REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS CON MINUSVALÍA. *II Seminario sobre Discapacidad e Información*. Madrid: 16-17-XI-1987.

VERDUGO, M.A., JENARO, C. y ARIAS, B. *Actitudes sociales y profesionales hacia las personas con discapacidad: Estrategias de evaluación e intervención*. En: M. A. Verdugo. Madrid, Siglo XXI de España Editores, 1995.

WHO (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification relating to the Consequences of Disease*.

VV.AA. «*Documentos 14/92. Discapacidad e información*». Edita: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. NIPO: 380-92-017-7.

Boletín de sumarios sobre discapacidades: Madrid : Real Patronato de prevención y atención a las personas con minusvalía, 1988 trimestral cdasysp (1989-1991 ...).

[Http://wzar.unizar.es/doc/buz/soc/b.html](http://wzar.unizar.es/doc/buz/soc/b.html) [[más resultados de wzar.unizar.es](#)].

Boletín del Real Patronato Madrid, España: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía No. 45, abril 2000 ...

<http://investigacion.ilce.edu.mx/dice/cedal/sumarios30/sumario1.htm> [[Más resultados de investigacion.ilce.edu.mx](#)].

Boletín Digital FH: Noticia del Seminario de Iniciativas en Discapacidad y Accesibilidad en la Red (SIDAR) del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

[http://boletin-fh.tid.es/noticias/noticias/b20\\_04.htm](http://boletin-fh.tid.es/noticias/noticias/b20_04.htm) [[Más resultados de boletin-fh.tid.es](#)]

Centro de Documentación Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CE2D) del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

<http://www.unesco.cl/0602.htm> [[Más resultados de www.unesco.cl](#)]

Centro Español de Documentación sobre Discapacidad (CE2D). ...

COCEMFE Minusválidos (CERMI). Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. Fundación ONCE. Grupo <http://www.cocemfe.es/acercade.html> [[Más resultados de www.cocemfe.es](#)]

Curso básico del Real Patronato de prevención y atención a personas con minusvalía sobre accesibilidad del medio físico. Barreras arquitectónicas y seguridad

[Http://www.cepreven.com/barreras/cursobasico.htm](http://www.cepreven.com/barreras/cursobasico.htm)

Directorio 89 Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía Serrano,140. 28006 MADRID Tel.: 91 561 24 72, 90 Solidarios para el Desarrollo.

[http://www.comadrid.es/universidades/estud\\_discap/directorio.html](http://www.comadrid.es/universidades/estud_discap/directorio.html)

[[Más resultados de www.comadrid.es](#)]

Discapacidad y Participación Social. Acción para Personas con discapacidad Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (INSERSO). Ponente II (30 ) D. Enrique Tenorio Herrero Jefe de Servicio

<http://www.mapfremedicina.es/actividades11.htm>

[[Más resultados de www.mapfremedicina](#)]

GBT-Miguel Valero Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias. Real Patronato de Prevención y de Atención Personas con Minusvalía. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid <http://www.gbt.tfo.upm.es/~mavalero/>

[[Más resultados de www.gbt.tfo.upm.es](#)]

IMSERSO-Discapacidad-Empleo I.1.- Participación institucional. Reestructuración del Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.

[http://www.seg-social.es/imserso/discapacidad/docs/i0\\_disemp10.html](http://www.seg-social.es/imserso/discapacidad/docs/i0_disemp10.html)

[[Más resultados de www.seg-social.es](#)]

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía gestiona la función de documentación, incluyendo información y publicaciones.

<http://www.rehabilitaciónpapm.es/> [[Más resultados de www.rehabilitaciónpapm.es](#)]

Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. A.- «programa de seguimiento»

[Http://personal2.iddeo.es/anvila/rehabilitación/](http://personal2.iddeo.es/anvila/rehabilitación/) [[Más resultados de personal2.iddeo.es](#)]

Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP).

Descripción de la RHHD del Área de América Latina y el Caribe, Organización Panamericana de la Salud (OPS), RICOTEC, Red del Área Mercosur de la Discapacidad, GLARP, etc.

<http://www.humv.es/uipcs/rhhd/descripcion.html>

[[Más resultados de www.humv.es](#)]

Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP).

Latin American Professional Rehabilitation Group. <http://www.uia.org/uiademo/org/d4251e.htm>

Mercadis - contexto legal - convenios Convenio de cooperación entre cocemfe y el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP).

<http://www.mercadis.com/contexto/convenio.htm>

Situación de las personas con discapacidad... y ss. (4) Capítulo uruguayo del GLARP.

Proyecto de ley. Montevideo: GLARP. 1997. p. 1. (5) Messeguer

<http://www.serehabilitaciónaj.org.uy/inf97/llamadis.htm>

[[Más resultados de www.serehabilitaciónaj.org.uy](#)]



# Glosario de términos

Actividad	Es la ejecución de una tarea o acción por una persona. Representa la perspectiva individual del funcionamiento (OMS 2001).
Adaptación	Proceso de ajuste entre las capacidades del individuo y los requerimientos de desempeño.
Aditamento	Elemento que se usa para mejorar la funcionalidad o el confort para el desarrollo de una actividad específica.
Ayuda externa	Son personas, utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, producto de la tecnología para suplir o complementar las limitaciones funcionales, que el individuo con discapacidad tiene en sus capacidades para la ejecución de alguna actividad; estas se consideran como elementos que mejoran la calidad de vida y favorecen la participación de la persona en actividades personales, educativas, laborales, sociales, etc. Las ayudas técnicas pueden ser diseñadas para el desarrollo funcional y entrenamiento en actividades de la vida diaria; para suplir una función corporal o ayudas ortopédicas (prótesis y órtesis); para el cuidado personal (aditamentos para el vestir, la alimentación o la higiene); para el transporte y la locomoción; para el desarrollo de labores domésticas; para el desempeño en espacios interiores; para el desarrollo de actividades laborales, educativas/formativas; para la comunicación e información; y para el desarrollo de actividades recreativas, deportivas o culturales.
Barreras	Factores en el entorno de una persona que, cuando están presentes o ausentes, <i>limitan el funcionamiento y generan discapacidad</i> . Entre ellos se incluyen aspectos tales como que el ambiente físico no es accesible, falta o inadecuada tecnología asistencial, actitudes negativas respecto a la discapacidad, y servicios, sistemas y políticas inexistentes o que dificultan la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida (OMS 2002).
Capacidad funcional	Conjunto de destrezas individuales que permiten el adecuado desarrollo de una actividad determinada.
Carga física	Demandas posturales, de fuerza y de movimiento que caracterizan un puesto de trabajo.
Deficiencia	Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (OMS 2001).

Discapacidad	Según la OMS, 2001, el término discapacidad pasó a ser un término genérico que incluye déficits, limitación en la actividad y restricción en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una “condición de salud” <sup>1</sup> ) y sus factores contextuales (factores ambientales y factores personales). Este término puede ser utilizado para indicar alguna alteración en el funcionamiento del individuo a nivel corporal, individual o social, asociado a estados de salud.
Escala de evaluación funcional	Método para valorar la competencia del individuo para el desempeño de algunas funciones, con un resultado numérico que caracteriza el grado de dependencia o independencia por categorías.
Equipo interdisciplinario	Forma de trabajo que se caracteriza por dar una participación activa a profesionales de diferentes disciplinas, representantes de diversos sectores de la comunidad y, lo más importante, a la persona con discapacidad. Este estilo de trabajo exige, de los diferentes miembros, el aporte de información desde su campo de acción, permitiéndoles su complementación con la suministrada por los demás. La información que se obtiene se convierte en la base de la discusión y toma de decisiones que el grupo hace para el logro del objetivo común.
Funcionamiento	Es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales) (OMS 2001).
Integración	Proceso por el cual el individuo ingresa y hace parte de un todo, en este caso de la comunidad.
Limitación en la actividad	Son dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades (OMS 2001).
Participación	Es el acto de involucrarse en una situación vital. Representa la perspectiva social del funcionamiento (OMS 2001).
Orientación Ocupacional	Conjunto de procesos que comprenden todas las intervenciones científicas o técnicas que permitan al trabajador con discapacidad, su plena reincorporación en todos sus roles ocupacionales, incluyendo una actividad productiva.
Órtesis	Elemento externo adaptado a un segmento corporal, que se adapta para alinear o mejorar la función del cuerpo o una de sus partes.
Perfil de funcionamiento	Descripción del funcionamiento del individuo a nivel corporal, individual o social, asociado a estados de salud. Especificando los aspectos positivos de la interacción del individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).
Perfil de discapacidad	Descripción de las alteraciones en el funcionamiento del individuo a nivel corporal, individual o social, asociado a estados de salud, especificando los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).
Perfil de puesto de trabajo	Descripción de las demandas físicas, psicológicas, técnicas y de experiencia que se requieren para su desempeño, así como el manual de funciones y procedimientos seguros.
Perfil del trabajador	Esquema del nivel de desarrollo de las capacidades y aptitudes individuales (físicas, mentales y técnicas).

1 Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud –CIF– aprobada en la LIV Asamblea Mundial de la Salud, mayo de 2001.

Persona con discapacidad	Persona que presenta alteraciones a nivel físico, mental, intelectual, sensorial visual o auditivo, que la pone en desventaja frente a sus semejantes, dificultando o limitando en algunas ocasiones su participación en actividades personales, educativas, laborales, recreativas, culturales, deportivas, comunitarias, familiares y sociales, entre otras.
Pronóstico integral	Juicio respecto a los cambios, duración, curso y secuelas de una enfermedad, en los aspectos globales del individuo.
Pronóstico funcional	Juicio respecto a los cambios, duración, curso y secuelas de una enfermedad, en los aspectos de capacidades de desempeño del individuo.
Prótesis	Elemento externo que reemplaza una extremidad o parte del cuerpo.
Restricción de la Participación	Hace referencia a los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales (OMS 2002).
Readaptación profesional	Conjunto de procesos que comprenden todas las Intervenciones científicas o técnicas que permitan el empleo selectivo de las personas con discapacidad.
Reconversión de mano	Entrenamiento o capacitación en un arte laboral de obra diferente del habitual, debido a que las capacidades residuales del individuo le impiden el ejercicio de la misma actividad.
Rehabilitación	Conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador, su entorno, que le permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida.
Rehabilitación profesional	Proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral. Busca su ubicación o reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades.
Rehabilitación funcional	Proceso terapéutico que busca recuperar la función perdida, usando los principios de la biomecánica, fisiología, antropometría aplicada y neuropsicología, a través de los servicios de rehabilitación.
Rehabilitación social	Proceso que establece mecanismos de interacción con el entorno familiar, social y laboral, que facilitan la integración de la persona al mismo.
Rehabilitación integral	Proceso que incluye la rehabilitación funcional, social y profesional, que resulta de la integración del individuo con discapacidad a la sociedad, a través del ejercicio de los roles que le son propios.
Rehabilitador	Profesional de la salud especializado en rehabilitación.
Reincorporación laboral	Retorno del trabajador a su puesto habitual, en iguales condiciones de desempeño, con menores riesgos.
Reincorporación Ocupacional	Retorno del trabajador a sus roles ocupacionales, en iguales condiciones de desempeño.
Reubicación laboral	Cambiar al trabajador de puesto de trabajo o de ocupación, ya sea temporal o definitivamente, dependiendo de la severidad de la lesión y del análisis del puesto de trabajo.





# Abreviaturas

<b>ARP</b>	Administradora de Riesgos Profesionales
<b>AT</b>	Accidente de Trabajo
<b>ATEP</b>	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional
<b>EP</b>	Enfermedad Profesional
<b>EPS</b>	Entidad Promotora de Servicios de Salud
<b>FURAT</b>	Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo
<b>FUREP</b>	Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Servicios de Salud
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>RP</b>	Rehabilitación Profesional
<b>SGRP</b>	Sistema General de Riesgos Profesionales



## Anexo 1

### Reporte de la empresa de casos de ATEP para Rehabilitación

ARP: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del trabajador	
Cédula de ciudadanía	
EMPRESA	NIT
Dirección	Telefax
Tiempo en la empresa	Meses
Cargo/puesto	
Tiempo en el cargo o puesto	Meses

#### TIPO DE CONTINGENCIA (Marque con X)

Diagnóstico	
<input type="checkbox"/>	Accidente de trabajo
<input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional
Fecha de ocurrencia:	

#### CRITERIO DE REMISIÓN PARA REHABILITACIÓN

Nombre de quien reporta:	Cargo:
Firma:	

### Reporte de la IPS de casos de ATEP para Rehabilitación

IPS: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_

ARP.: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

EMPRESA	NIT
Dirección	Telefax
Correo electrónico	
Nombre del trabajador	
Cédula de ciudadanía	
Tiempo en la empresa	Años
Cargo/puesto	
Tiempo en el cargo o puesto	Años

#### TIPO DE CONTINGENCIA (Marque con X)

Fecha de ocurrencia:	
Diagnóstico	
<input type="checkbox"/>	Accidente de trabajo
<input type="checkbox"/>	Enfermedad profesional

#### DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO CLÍNICO:


#### Anexar resumen de Historia Clínica y Paraclínicos

Nombre de quien reporta:	Cargo:
--------------------------	--------

Firma:

### Anexo 3

#### Seguimiento al proceso

Usuario: \_\_\_\_\_ ARP: \_\_\_\_\_ Fecha inicio: \_\_\_\_\_ Fecha cierre: \_\_\_\_\_

Proceso		Sí	No ¿Por qué?	Tiempo	Observaciones
Rehabilitación Funcional					
Evaluación ocupacional	Usuario				
	Puesto de trabajo				
	Entorno				
Orientación ocupacional	Laboral				
	Trabajo no laboral				
	Otra ocupación <sup>8</sup>				
Readaptación laboral					
Modificaciones al ambiente de trabajo					
Adaptación al ambiente extramural					
Reincorporación laboral	Reinducción				
	Prueba de trabajo				
	Reintegro sin modificaciones				
	Reintegro con modificaciones				
	Reubicación definitiva				
	Reconversión				
Seguimiento	Al trabajador				
	A la empresa				

Responsable del caso: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_ Cargo en la ARP \_\_\_\_\_

<sup>8</sup> Actividad de mantenimiento funcional y calidad de vida.

*Certificado de Rehabilitación  
Cierre de Casos*

ARP \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre:

Cédula de ciudadanía No.

Empresa:

Diagnóstico clínico de ingreso:

Diagnóstico clínico final:

Diagnóstico funcional final:

Tipo de reinserción laboral:

Reintegro

Reubicación

Orientación<sup>9</sup>

OBSERVACIONES:

Nombre del responsable de rehabilitación:

Cargo/profesión

Firma

<sup>9</sup> Orientación hacia el desarrollo de actividad de trabajo diferente de la laboral o hacia una actividad de mantenimiento funcional y calidad de vida.

Anexo 5

Remisión Semestral de Información al Ministerio de la Protección Social  
Procesos de Rehabilitación

ARP: \_\_\_\_\_ Fecha del Reporte: \_\_\_\_\_ Semestre # \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Casos ingresados en el periodo

N° Identificación	Empresa	NIT	Tamaño de la empresa	Actividad económica	Clase de riesgo	Oficio	Edad	Sexo		Diagnóstico	Calificación de P.C.L.	Clasificación tipo de accidente
								F	M			

**N° Identificación:** Cédula de ciudadanía del trabajador. **Empresa:** Nombre de la razón social de la empresa. **NIT:** Número de Identificación Tributaria de la empresa. **Tamaño de la empresa** según Decreto 2013. **Actividad económica** según Decreto 1607/02. **Oficio** según CIUO. **Edad** del trabajador en años cumplidos. **Sexo F** para femenino y **M** para masculino. **Diagnóstico** según la CIE 10. **Calificación de P.C.L.:** Porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Decreto 917/99 MUCI. **Clasificación por tipo de accidente** según ANSI z.16-1 y z.16-2.





### *Requerimientos para el desarrollo de los procesos de Rehabilitación integral<sup>10</sup>:*

Se requieren condiciones óptimas de actitud, responsabilidad y compromiso de quienes participan. A continuación se establecen algunos parámetros que se deben tener en cuenta para la Habilitación/Rehabilitación integral.

- Participación activa de la persona con discapacidad, consciente de su rol protagónico y con el deseo y la voluntad para ejercer roles acordes con su estatus de edad y proyecto de vida.
- Participación y actitud positiva de la familia y de la comunidad en general hacia la integración de la persona con discapacidad.
- Reconocimiento por parte de la persona con discapacidad, de la familia y de la comunidad de las posibilidades, oportunidades y limitaciones que tiene esta persona para su desempeño en los diferentes escenarios.
- Accesibilidad al medio: social, educativo, laboral, de salud, recreativo, cultural, entre otros, que dé la oportunidad de participación de la persona con discapacidad en las diferentes actividades que ofrece la comunidad.
- Identificación y participación en la red social de apoyo a las personas con discapacidad.
- Profesionales formados y aptos para el desarrollo de procesos de Rehabilitación/Habilitación que apoyen y orienten a la persona con discapacidad, a la familia, a la comunidad y al gobierno en la integración familiar, social y ocupacional de estas personas.
- Servicios de Habilitación/Rehabilitación que respondan a las necesidades de las personas con discapacidad y sus familias.
- Comunidades preparadas para ofrecer soluciones reales a las dificultades de integración que experimentan las personas con discapacidad.
- Políticas, planes y programas que involucren el sector público y privado en el diseño e implementación de procesos de Habilitación/Rehabilitación integral para personas con discapacidad.
- Desarrollo y uso de tecnología que facilite y promueva la autonomía e independencia de las personas con discapacidad.
- Promoción y apoyo a la investigación en el área de la Habilitación/Rehabilitación que permita el desarrollo de nuevas propuestas de intervención.
- Fomento de currículo universitario en ciencias de la salud, ingeniería y arquitectura, entre otros, que promuevan el abordaje de temas relacionados con la Habilitación/Rehabilitación y la discapacidad.
- Educación continuada para la actualización permanente de quienes están interesados en el tema.

#### *A. El equipo de trabajo*

El modelo competitivo moderno y los nuevos enfoques fortalecen el trabajo en equipo, buscando obtener cada día mayores niveles de productividad y satisfacción personal de sus integrantes.

El trabajo en equipo es entendido como el trabajo organizado de un grupo de personas que poseen saberes y experiencias en diferentes aspectos, los cuales son aportados para el logro de un objetivo común, que prima sobre intereses individuales.

Teniendo en cuenta el abordaje integral que se requiere al intervenir sobre el ser humano, esta forma de trabajo donde participan diferentes actores facilita el desarrollo de acciones efectivas de Habilitación/Rehabilitación integral. Por lo tanto, para el logro de su objetivo, requiere la participación activa de

<sup>10</sup> Documento preliminar sobre Lineamientos de Política: Habilitación/Rehabilitación Integral para el Desarrollo Familiar Ocupacional y Social de las Personas con Discapacidad.

- La persona con discapacidad y su familia participantes activos como sujetos de los procesos de Habilitación/Rehabilitación
- Profesionales de las diferentes disciplinas de la Habilitación/Rehabilitación que aúnen sus esfuerzos en torno a una meta, y
- Actores no tradicionales de la Habilitación/Rehabilitación pertenecientes a sectores de la economía, la educación, el trabajo, la salud, entre otros, y la comunidad en general, que faciliten la integración de la persona con discapacidad.

La conformación del equipo de trabajo puede variar en el número y la clase de actores involucrados, dependiendo de las necesidades de la persona con discapacidad sujeto de la intervención y de los recursos con que se cuente.

Los profesionales que se involucren en el equipo de trabajo deben estar capacitados para llevar en forma eficiente los diferentes procesos de Habilitación/Rehabilitación que se requieran. De igual forma, los actores no tradicionales que se vinculen al equipo (empresarios, maestros, u otros integrantes de la comunidad) deben estar sensibilizados hacia la discapacidad y conscientes de las posibilidades y necesidades de la persona con discapacidad objetivo de trabajo.

### B. Los servicios

Los procesos de Habilitación/Rehabilitación Integral se pueden desarrollar a través de servicios que prestan profesionales independientes o asociados, instituciones y grupos de la comunidad capacitados para esta labor. La tendencia actual de la organización de servicios de habilitación/rehabilitación se da por áreas de desarrollo de habilidades de las personas: comunicativas, desarrollo físico, ocupacional, entre otras. Así mismo, deben ser acordes los perfiles profesionales de quienes lideran estas áreas de desarrollo.

Entre los servicios para la Habilitación/Rehabilitación integral, prestados a través de diferentes modalidades, se pueden mencionar:

- **Centros o Unidades de Rehabilitación:** Desarrollan procesos intensivos de Habilitación/Rehabilitación, con apoyo de equipos de profesionales y tecnología apropiada, per-

mitiendo a las personas recuperar y desarrollar el más alto nivel de independencia funcional en el menor tiempo posible. Obedece a planes individualizados, acordes con las necesidades, intereses y posibilidades de cada persona. Funcionan como centros independientes o como servicio dentro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de segundo y tercer nivel.

- **Servicios profesionales independientes:** Prestan servicios de Habilitación/Rehabilitación en las diferentes áreas de competencia profesional (medicina, terapias, psicología, etc.), por lo general en consultorios o centros de especialistas.
- **Centros institucionalizados de protección:** Son servicios de cuidado permanente para personas con discapacidad mental o cognitiva en grados severos de dependencia, que carecen de red familiar o social de apoyo.

Se caracterizan por ofrecer programas terapéuticos de mantenimiento y de protección (salud, vivienda, alimentación, recreación, etc.) debido a su grado de dependencia en actividades de la vida diaria.

- **Centros día:** Proveen servicios externos o ambulatorios de Habilitación/Rehabilitación, en un contexto colectivo o de grupo, funcionan en promedio 8 horas diarias, con la participación activa de la familia y la comunidad. Los usuarios desarrollan actividades de autocuidado, socialización, ocupación y de autorrealización, dirigidas por equipos de profesionales.

Proveen una alternativa de cuidado y mantenimiento para adultos mayores con discapacidad que requieran este servicio o para usuarios con discapacidad cognitiva o mental en grados moderados o severos.

- **Centros de cuidados intermedios:** Ofrecen servicios institucionalizados a personas con discapacidad severa, en condiciones de dependencia en las actividades de la vida diaria y que requieren cuidados especiales.

El objetivo de estos centros es proveer cuidados básicos, mantener funciones y prevenir el deterioro.

- **Servicios domiciliarios:** Asesoría que se realiza en el lugar de residencia a la persona con discapacidad y a su familia. Aquella puede encontrarse o no en procesos de Habilitación/Rehabilitación institucional.

Orienta a la persona y a su familia en la búsqueda de un desempeño funcional óptimo en el hogar y en su ambiente comunitario.

- **Centros educativos integradores:** Atienden usuarios con necesidades educativas especiales y para ello incorporan en el Plan Educativo Institucional los principios expresados en el Decreto 2082 de 1996 para la atención educativa de la población con limitaciones o capacidades excepcionales.

Ajustan su propuesta curricular en función de las necesidades educativas especiales, proporcionando los recursos humanos, tecnológicos y materiales necesarios para ejecutar este propósito.

- **Centros formativos integradores:** Ofrecen la oportunidad a personas con discapacidad de participar en procesos de formación técnica, tecnológica o profesional en igualdad de condiciones.

Estos centros realizan ajustes a la infraestructura y a la tecnología, a fin de proveer la accesibilidad al espacio físico y a la información.

- **Centros de educación especial:** ofrecen servicios especializados de apoyo educativo y terapéutico a personas con discapacidad cognitiva moderada o severa en etapa escolar.

- **Centros comunitarios:** Apoyan la integración de las personas con discapacidad facilitando su participación en las actividades familiares, comunitarias y sociales.

Promueven la formación de líderes y la gestación de proyectos de las personas con discapacidad y su comunidad.

- **Centros de vida independiente:** Proponen reorganizar los derechos de los ciudadanos con discapacidad para tomar el control de sus propias vidas realizando cambios y tomando decisiones. Las personas con discapacidad son expertas en conocimientos sobre sus necesidades y pueden encontrar soluciones a sus problemas.

La filosofía de vida independiente organiza a las personas con discapacidad a tener el derecho de construir su propia vida, tomar sus propias decisiones, cometer sus propios errores y en especial a ser un participante activo de la comunidad.

Los centros de vida independiente son liderados por las personas con discapacidad.

*La rehabilitación dentro del sistema general de riesgos profesionales*

## LEGISLACIÓN

### 1. CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO – DECRETOS 2663 y 3743 de 1950

**ARTÍCULO 1.** La finalidad de este código es lograr la justicia en las relaciones que surgen entre patronos y trabajadores, dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

**ARTÍCULO 56.** De modo general, incumben al patrono obligaciones de protección y de seguridad para con los trabajadores, y a éstos obligaciones de obediencia y fidelidad para con el patrono.

**ARTÍCULO 57.** Son obligaciones especiales del patrono:

3) Prestar inmediatamente los primeros auxilios en casos de accidente o enfermedad (Art. 205). A este efecto en todo establecimiento, taller o fábrica que ocupe habitualmente más de diez (10) trabajadores, deberá mantenerse lo necesario, según reglamentación de las autoridades sanitarias.

**ARTÍCULO 58.** Son obligaciones especiales del trabajador:

...

8) Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales (art. 108 ord. 11).

**ARTÍCULO 59.**

...

Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el contrato de trabajo:

a) Por parte del patrono:

12) La renuencia sistemática del trabajador a aceptar las medidas preventivas, profilácticas o curativas, prescritas por el médico del patrono o por las autoridades para evitar enfermedades o accidentes.

14) El reconocimiento al trabajador de la pensión de jubilación o invalidez estando al servicio de la empresa, y

b) Por parte del trabajador:

8) Cualquier violación grave de las obligaciones o prohibiciones que incumben al patrono, de acuerdo con los artículos 57 y 59 del C.S. del T., o cualquier falta grave calificada como tal en pactos o convenciones colectivas, fallos arbitrales, contratos individuales o reglamentos.

**ARTÍCULOS 199, 200, 201, 202, 203, 204, 209, 210, 211.**

Artículos derogados por el Decreto 1295 de 1994, Régimen General de Riesgos Profesionales.

**ARTÍCULO 205.**

1. El patrono debe prestar al accidentado los primeros auxilios, aun cuando el accidente sea debido a provocación deliberada o culpa grave de la víctima.

...

**ARTÍCULO 208.**

**OPOSICIÓN DEL TRABAJADOR A LA ASISTENCIA MÉDICA**

El trabajador que sin justa causa se niegue a recibir la atención médica que le otorga el patrono pierde el derecho a la prestación en dinero por la incapacidad que sobrevenga a consecuencia de esa negativa. (Art. 55 del Decreto 1295 de 1994).

### 2. DECRETO 2351 DE 1965

**ARTÍCULO 16.**

Reinstalación en el empleo.

1. Al terminar el período de incapacidad temporal, los patronos están obligados:

a) A reinstalar a los trabajadores en los cargos que desempeñaban si recuperan su capacidad de trabajo. La existencia de una incapacidad parcial no será obstáculo para la

reinstalación, si los dictámenes médicos determinan que el trabajador puede continuar desempeñando el trabajo;

- b) A proporcionar a los trabajadores incapacitados parcialmente un trabajo compatible con sus actitudes, para lo cual deberá efectuar los movimientos de personal que sean necesarios.

2. El incumplimiento de estas disposiciones se considerará como un despido injustificado ( arts. 204, 283 del C.S. del T.).

### 3. LEY 9 DE 1979 "CÓDIGO SANITARIO NACIONAL"

**ARTÍCULO 125.** La promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los trabajadores, así como la correcta ubicación del trabajador en una ocupación adaptada a su constitución fisiológica y psicológica, se implementarán actividades del Programa de Medicina Preventiva.

### 4. CONVENIO INTERNACIONAL No. 159 DE 1983

Sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas, ratificado por la Ley 82 de 1988.

### 5. DECRETO 614 DE 1984

Establece el sistema, la organización y administración del Sistema General de Salud Ocupacional, hoy prácticamente derogado (en la mayoría de sus artículos) por el Decreto 1295 de 1994.

### 6. DECRETO 776 DE 1987

Modifica la Tabla de Valuaciones de Incapacidades resultantes del Accidente de Trabajo (derogado).

### 7. DECRETO 778 DE 1987

Aumenta la clasificación de Enfermedades Profesionales establecidas en el artículo 201 del C.S. del T. (derogado).

### 8. DECRETO 2177 DE 1989

Por medio del cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio 159 de 1983, suscrito con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas. Norma

incorporada al Sistema General de Riesgos Profesionales, Decreto 1295 de 1994.

**ARTÍCULO 17.** *A los trabajadores de los sectores público y privado que, según concepto de la autoridad competente de Salud Ocupacional o quien haga las veces en la respectiva entidad de seguridad o prevención social o de medicina de trabajo, en caso de no existir afiliación a dichas instituciones se encuentra en estado de invalidez física, sensorial o mental, para desempeñar las funciones propias del empleo de que sean titulares y la incapacidad no origine el reconocimiento de pensión de invalidez, se les deberá asignar funciones acordes con el tipo de limitación o trasladarlos a cargos que tengan la misma remuneración, siempre y cuando la incapacidad no impida el cumplimiento de las nuevas funciones ni impliquen riesgo para su seguridad.*

### 9. LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA COLOMBIANA DE 1991

**ARTÍCULO 1.** *Colombia es un Estado social de derecho ... fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.*

**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 por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica.*

El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

**ARTÍCULO 25.** *El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.*

**ARTÍCULO 47.** *El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración so-*

cial para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

**ARTÍCULO 54.** Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la ubicación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud.

**ARTÍCULO 68.** Los particulares podrán fundar establecimientos educativos. La Ley establecerá las condiciones para su creación y gestión.

...

La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

## 10. LEY 100 DE 1993

**ARTÍCULO 1°.** “El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten”.

**ARTÍCULO 2°.** El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

**NUMERAL 3 DEL ARTÍCULO 153.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento **y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia**, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

**ARTÍCULO 41.** El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único de calificación de la invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de la capacidad laboral.

Modificado por el Decreto ley 266 de 2000, artículo 2°. Calificación del estado de invalidez: *El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único de calificación de la invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de la capacidad laboral.*

Corresponde al ISS, ARP, a las compañías de seguros que asumen el riesgo de invalidez y muerte, a las EPS, determinar en primera oportunidad la pérdida de la capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de las contingencias. En caso que el interesado no esté de acuerdo con la calificación, dentro de los cinco días siguientes a la comunicación, se acudirá a las juntas de calificación de invalidez del orden regional, cuya decisión será apelable ante la junta nacional. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

El acto que declara la invalidez que expida cualquiera de aquellas entidades deberá contener expresamente los fundamentos de hecho y de derecho que dieron origen a esta decisión, así como la forma y oportunidad que el interesado pueda solicitar la calificación por parte de la junta regional y la facultad de recurrir esta calificación ante la junta nacional.

Cuando la incapacidad declarada por una de las entidades arriba mencionadas (ARP, aseguradoras o ISS) sea inferior en no más de un 10% a los límites que califican el grado de invalidez y que implican cambios en el monto de la prestación tendrá que acudir en forma obligatoria a la junta regional de calificación de invalidez por cuenta de la entidad.

Norma declarada inexecutable por la Corte Constitucional.

**ARTÍCULO 42.** *En las capitales de departamento y en aquellas ciudades en las cuales el volumen de afiliados así lo requiera, se conformará una comisión interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen.*

Las comisiones estarán compuestas por un número impar de expertos designados por el

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quienes actuarán de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

...

**ARTÍCULO 43.** *Junta Nacional de Calificación de Invalidez. Créase la junta nacional para la calificación de invalidez con sede en la capital de la República, integrada por un número impar de miembros designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.*

**ARTÍCULO 44.** Modificado Decreto Ley 266/2000, artículo 97. Revisión de las pensiones de invalidez.

Modifícase el artículo 44 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Revisión de las pensiones de invalidez. El estado de invalidez podrá revisarse:

- a) Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente o la entidad responsable del pago de la pensión cada dos años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfruta su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar. En todo caso deberá procederse a la revisión después de los primeros tres años de otorgada.

Este nuevo dictamen se sujeta a las reglas de los artículos anteriores.

...

- b) Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa.

A) Concordante, ARTÍCULO 12º. DECRETO 1295 DE 1994. ORIGEN DEL ACCIDENTE, DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE.

Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.

El origen del accidente de trabajo o de la enfermedad profesional será calificado en primera instancia por la IPS donde se encuentre siendo atendido el trabajador víctima. En segunda instancia, determinará su origen el médico o la

comisión laboral de la ARP. Cuando surjan discrepancias en el origen, serán resueltas por una junta integrada por representantes de las EPS y ARP. Si persiste el desacuerdo, será dirimido de conformidad con lo establecido en la Ley 100 de 1993, esto es, en primera instancia por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez y, en segunda instancia, por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

**B) Concordante, ARTÍCULO 6º DECRETO 2463 DE 2001. DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ.** El estado y origen de la invalidez, así como el origen de la enfermedad o de la muerte, serán determinados:

1. En caso de controversia, y en desarrollo de los artículos 42 y 43 de la Ley 100 de 1993:

- a) En primera instancia por las juntas regionales de calificación de invalidez de que trata el presente decreto;
- b) En segunda instancia por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez de que trata el presente Decreto.

Las decisiones de las Juntas de Calificación de Invalidez se emitirán con base en el Manual Único para la Calificación de Invalidez.

**ARTÍCULO 1.** *Para los efectos de los artículos 41, 42, 43, siguientes y concordantes de la Ley 100 de 1993, y la aplicación del Decreto 1346 de 1994, las juntas de calificación de invalidez entrarán en ejercicio de sus funciones el día 1º de abril de 1995.*

## 11. DECRETO LEY 1295 DE 1994

De acuerdo con el numeral 11 del artículo 139 de la Ley 100 de 1993, el Gobierno expidió el presente decreto por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Este sistema se encuentra conformado por el “conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan”.

Los principios generales del Sistema General de Riesgos Profesionales atienden a lo establecido en la Ley 100 de 1993 sobre eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

**ARTÍCULO 2. OBJETIVOS DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES:** *El Sistema General de Riesgos Profesionales tiene los siguientes objetivos:*

...

- b. Fijar las prestaciones de atención de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional;
- c. Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez, que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

...

**A. Concordante, DECRETO 1530 DE 1996:**  
**ARTÍCULO 6.** *Para adelantar labores de prevención, promoción y control las ARP deberán acreditar semestralmente ante la Dirección Técnica de Riesgos Profesionales:*

1. Infraestructura propia o contratada que será utilizada para la prestación de estos servicios.
2. Infraestructura propia o contratada que garantice el cumplimiento de los servicios de rehabilitación, prevención, promoción o de asesoría que les compete.
3. Proyección y ampliación de los anteriores servicios relacionados con cálculo de incremento de cobertura.
4. Copia de los contratos vigentes que garanticen el cubrimiento de estos servicios con las EPS, personas naturales o jurídicas, legalmente reconocidas para tal fin.

**B. Concordante, LEY 378 DE 1997: ARTÍCULO 5.** *Sin perjuicio de la responsabilidad de cada empleador respecto de la salud y la seguridad de los trabajadores a quienes emplea y habida cuenta de la necesidad de que los trabajadores participen en materia de seguridad en el trabajo, los servicios de salud en el trabajo deberán asegurar las funciones siguientes que sean adecuadas y apropiadas a los riesgos de la empresa para la salud en el trabajo:*

- h. Asistencia en pro de la adopción de medidas de rehabilitación profesional.

**ARTÍCULO 5. PRESTACIONES ASISTENCIALES.** *Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional tendrá derecho, según sea el caso, a:*

...

- f) Prótesis y órtesis, su reparación y su reposición, solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomiende;
- g) Rehabilitaciones física y profesional,

*Los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del accidente de trabajo o la enfermedad profesional, serán prestados a través de la entidad promotora de salud a la cual se encuentre afiliado en el sistema general de seguridad social en salud, **salvo los tratamientos de rehabilitación profesional** y los servicios de medicina ocupacional **que podrán ser prestados por las entidades administradoras de riesgos profesionales** (negrilla fuera del texto).*

**A. Concordante, LEY 324 DE 1996. Por la cual se crean algunas normas a favor de la población sorda. ARTÍCULO 1.** *Rehabilitación: La rehabilitación es 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 y social.*

**B. Concordante, LEY 361 DE 1997, ARTÍCULO 18.** *Servicio de tratamiento y rehabilitación de la población con limitaciones surgidas por Enfermedad Profesional o Accidente de Trabajo.*

...

- h) Gastos de traslado, en condiciones normales, que sean necesarios para la prestación de estos servicios.

Los servicios de salud que demande el afiliado, derivados del ATEP, serán prestados a través de la EPS a la cual se encuentre afiliado en el Sistema General de Seguridad Escolia en Salud, **salvo los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional que podrán ser prestados directamente por las ARP.**

**ARTÍCULO 6. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD.** *Para la prestación de los servicios de salud a los afiliados al SGRP, las ARP*

deberán suscribir los convenios correspondientes con las EPS.

El origen determina a cargo de cuál sistema general se imputarán los gastos que demande el tratamiento respectivo. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos y términos dentro de los cuales se harán los reembolsos entre las ARP, EPS e IPS.

...

**Para efecto de procedimientos de rehabilitación, las administradoras podrán organizar o contratar directamente en todo tiempo la atención del afiliado, con cargo a sus propios recursos** (negrilla fuera del texto).

**A. Concordante, LEY 361 DE 1997 ARTÍCULOS 1º Y 7º INCISO 2º.** *Los principios que inspiran la presente ley se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconocen en la consideración a la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.*

Para tal efecto, las entidades promotoras de salud incluirán en su POS las acciones encaminadas a la detección temprana y la intervención oportuna de la limitación, y las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán incluir en sus Programas de Salud Ocupacional las directrices que sobre seguridad laboral dicte el comité consultivo.

**B. Concordante, LEY 361 DE 1997. ARTÍCULO 18.** *Para estos efectos el Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Trabajo, Salud y Educación, establecerá los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional y rehabilitación profesional.*

**ARTÍCULO 19. DISTRIBUCIÓN DE LAS COTIZACIONES.** *La cotización para el sistema general de riesgos profesionales se distribuirá de la siguiente manera:*

a. *El 94% para la cobertura de las contingencias derivadas de los Riesgos Profesionales, o para atender las prestaciones económicas y de salud previstas en este decreto, para el*

*desarrollo de programas regulares de prevención y control de riesgos profesionales, de **rehabilitación integral**, y para la administración del sistema (negrilla fuera del texto);*

- b. *El 5% administrado en forma autónoma por la ARP para el desarrollo de programas, campañas y acciones de educación, prevención e investigación de los ATEP de los afiliados, que deben desarrollar, directamente o a través de contrato, las ARP, y*
- c. *El 1% para el Fondo de Riesgos Profesionales de que trata el artículo 87 de este decreto.*

**A. Concordante, Ley 378 de 1997, aprobatoria del Convenio 161, sobre los servicios de salud en el trabajo, adoptado por la 71ª reunión de la Conferencia General de la OIT, Ginebra 1985, Artículo 5.** *Sin perjuicio de la responsabilidad de cada empleador respecto de la salud y la seguridad de los trabajadores a quienes emplea y habida cuenta de la necesidad de que los trabajadores participen en materia de salud y seguridad en el trabajo, los servicios de salud en el trabajo deberán asegurar las funciones siguientes que sean adecuadas y apropiadas a los riesgos de la empresa para la salud en el trabajo:*

...

h) *Asistencia en pro de la adopción de medidas de rehabilitación profesional;*

**A. Concordante, DECRETO 2644 DE 1994.** *Se expide la Tabla Única para las indemnizaciones de pérdida de la capacidad laboral entre el 5 y el 49.99%, y la prestación económica correspondiente.*

A. *Concordante, ARTÍCULO 55 LEY 1295 DE 1994, SUSPENSIÓN DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS PREVISTAS EN ESTE DECRETO. (Concordante art. 208 y literal a) arts. 62 y 63 del C.S. del T.).*

*Las entidades administradoras de Riesgos Profesionales suspenderán el pago de las prestaciones económicas establecidas en el presente decreto, cuando el afiliado o el pensionado no se someta a los exámenes, controles o prescripciones que le sean ordenados; **o que rehúse, sin causa justificada, a someterse a los procedimientos necesarios para su rehabilitación física y profesional o de trabajo** (negrilla fuera del texto).*

### 12. DECRETO 1346 DE 1994 (Derogado)

Decreto por el cual se reglamenta la integración, la financiación y el funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez. Campo de aplicación, determinación de invalidez, naturaleza y conformación de las Juntas de Calificación de Invalidez.

### 13. DECRETO 1832 DE 1994

Se adopta la Tabla de Enfermedades Profesionales.

### 14. DECRETO 2644 DE 1994

Se adopta la Tabla de Equivalencia para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral entre el 5 y el 49.99% como parte integrante del Manual Único de Calificación de Invalidez. El monto de la indemnización se encuentra establecido en meses de ingreso base de liquidación dependiendo del porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral del individuo.

### 15. DECRETO 692 DE 1995

Por el cual se adopta el Manual Único para la Calificación de la Invalidez (derogado).

### 16. DECRETO 1536 DE 1995

Por el cual se expide la Tabla de Valores Combinados del Manual Único para la Calificación de la Invalidez (derogado).

### 17. DECRETO 1557 DE 1995

Se reglamentan la integración y el funcionamiento de la Junta Especial de Calificación de Invalidez de los Aviadores Civiles.

### 18. LEY 361 DE 1997

Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitaciones y se dictan otras disposiciones.

**ARTÍCULO 1.** *Los principios que inspiran la presente ley se fundamentan en los artículos 13, 47, 54 y 68 que la Constitución Nacional reconoce en consideración a la dignidad que le es propia a las personas con limitación en sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.*

**ARTÍCULO 2.** *El Estado garantizará y velará por que en su ordenamiento jurídico no prevalezca discriminación sobre habitante alguno en su territorio, por circunstancias personales, económicas, físicas y fisiológicas, síquicas, sensoriales y sociales.*

**ARTÍCULO 3.** *El Estado colombiano inspira esta ley para la normalización social plena y la total integración de las personas con limitación y otras disposiciones legales que se expidan sobre la materia en la Declaración de los Derechos Humanos proclamada por las Naciones Unidas en el año de 1984, en la Declaración de los Derechos del Deficiente Mental aprobada por la ONU el 20 de diciembre de 1971, en la Declaración de los Derechos de las Personas con Limitación, aprobada por la Resolución 3447 de la misma organización, del 9 de diciembre de 1975, en el Convenio 159 de la OIT, en la Declaración de Torremolinos, Unesco 1981, en la Declaración de las Naciones Unidas concerniente a las personas con limitación de 1983 y en la Recomendación 168 de la OIT de 1993.*

Los anteriores artículos se anotan aquí por su importancia para el manual guía; sin embargo, la totalidad de la Ley 361 de 1997 es importante para el desarrollo de los procesos de rehabilitación.

### 19. DECRETO 917 DE 1999

Por el cual se modifica el Decreto 692 de 1995. Manual Único para la Calificación de la Invalidez.

**ARTÍCULO 1. CAMPO DE APLICACIÓN.** *El manual único para la calificación de invalidez contenido en este decreto se aplica a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores de los sectores público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general, para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen, de conformidad con lo establecido por los artículos 38, siguientes y concordantes de la Ley 100 de 1993 y 46 del Decreto ley 1295 de 1994 y el 5º de la Ley 361 de 1997.*

**ARTÍCULO 2. DEFINICIONES DE INVALIDEZ, INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL, CAPACIDAD LABORAL Y TRABAJO HABITUAL.** *Para efecto de la aplicación del presente decreto, adóptanse las siguientes definiciones:*

a) **INVALIDEZ.** Se considera con invalidez la persona que por cualquier causa, de cual-

quier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral;

- b) **INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL.** Se considera con incapacidad permanente parcial a la persona que por cualquier causa, de cualquier origen, presente una pérdida de la capacidad laboral, igual o superior al 5% e inferior al 50%;
- c) **CAPACIDAD LABORAL.** Se entiende por capacidad laboral del individuo el conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual, y
- d) **TRABAJO HABITUAL.** Se entiende como trabajo habitual, aquel oficio, labor u ocupación que desempeñe el individuo con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración equivalente a un salario o renta, y por el cual cotiza al Sistema Integral de Seguridad Social.

**ARTÍCULO 7. Criterios para la calificación integral de invalidez.** *Para efecto de la calificación integral de la invalidez se tendrán en cuenta los componentes funcionales biológico, psíquico y social del ser humano, entendidos en términos de las consecuencias de la enfermedad, el accidente o la edad, y definidos de la siguiente manera:*

- a) **DEFICIENCIA:** Se entiende por deficiencia, toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica o anatómica, que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluyen la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo humano, así como también los sistemas propios de la función mental. Representa la exteriorización de un estado patológico y en principio refleja perturbaciones a nivel del órgano.
- b) **DISCAPACIDAD:** *Se entiende por discapacidad toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano, producida por una deficiencia, y se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño y com-*

*portamiento en una actividad normal o rutinaria, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, y progresivos o regresivos. Representa la objetivación de la deficiencia y, por tanto, refleja alteraciones al nivel de la persona;*

- c) **MINUSVALÍA:** Se entiende por minusvalía toda situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que lo limita o impide para el desempeño de un rol, que es normal en su caso en función de la edad, sexo, factores sociales, culturales y ocupacionales. Se caracteriza por la diferencia entre el rendimiento y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece. Representa la socialización de la deficiencia y su discapacidad por cuanto refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, ambientales y ocupacionales, que para el individuo se derivan de la presencia de las mismas y alteran su entorno.

## 20. DECRETO 2463 DE 2001

Decreto por el cual se reglamenta la integración, la financiación y el funcionamiento de las juntas de calificación de invalidez. Campo de aplicación, determinación de invalidez, naturaleza y conformación de las Juntas de Calificación de Invalidez.

## 21. Ley 776 de 2002

**Artículo 3. Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal.** Todo afiliado a quien se le defina una incapacidad temporal, recibirá un subsidio equivalente al ciento por ciento (100%) de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. El pago se efectuará en los períodos en que el trabajador reciba regularmente su salario.

Para la enfermedad profesional será el mismo subsidio calculado desde el día siguiente de iniciada la incapacidad correspondiente a una enfermedad diagnosticada como profesional.

El período durante el cual se reconoce la prestación de que trata el presente artículo será hasta por ciento ochenta (180) días, que podrán

ser prorrogados hasta por períodos que no superen otros ciento ochenta (180) días continuos adicionales, cuando esta prórroga se determine como necesaria para el tratamiento del afiliado, o para culminar su rehabilitación.

Cumplido el período previsto en el inciso anterior y no se hubiese logrado la curación o rehabilitación del afiliado, se debe iniciar el procedimiento para determinar el estado de incapacidad permanente parcial o de invalidez. **Hasta tanto no se establezca el grado de incapacidad o invalidez la ARP continuará cancelando el subsidio por incapacidad temporal.**

**Parágrafo 1°.** Para los efectos de este sistema, las prestaciones se otorgan por días calendario.

**Parágrafo 2°.** Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán **asumir** el pago de la cotización para los Sistemas Generales de Pensiones y de Seguridad Social en Salud, correspondiente a los empleadores, durante los períodos de incapacidad temporal y hasta por un ingreso base de la cotización, equivalente al valor de la incapacidad. La proporción será la misma establecida para estos sistemas en la Ley 100 de 1993.

**Parágrafo 3°.** La Administradora de Riesgos Profesionales podrá pagar el monto de la incapacidad directamente o a través del empleador. Cuando el pago se realice en forma directa, la Administradora deducirá del valor del subsidio por incapacidad temporal el porcentaje que debe cotizar el trabajador a los otros subsistemas de Seguridad Social, valor que deberá trasladar con el aporte correspondiente del empleador señalado en el parágrafo anterior, a la EPS o Administradora de Pensiones a la cual se encuentre afiliado el trabajador en los plazos previstos en la ley.

**Artículo 4°. Reincorporación al trabajo.** Al terminar el período de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, de la misma categoría.

**Artículo 5°. Incapacidad permanente parcial.** Se considera como incapacitado permanente parcial, al afiliado que, como conse-

cuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, **presenta una disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento (5%), pero inferior al cincuenta por ciento (50%)** de su capacidad laboral, para lo cual ha sido contratado o capacitado.

**La incapacidad permanente parcial se presenta cuando el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales,** como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, **sufre** una disminución parcial, **pero** definitiva en alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual, en los porcentajes establecidos en el inciso anterior.

**Artículo 6. Declaración de la incapacidad permanente parcial.** La declaración, evaluación, revisión, grado y origen de la incapacidad permanente parcial serán determinados **por una comisión médica interdisciplinaria, según la reglamentación que para estos efectos expida el Gobierno Nacional.**

La declaración de incapacidad permanente parcial se hará en función a la incapacidad que tenga el trabajador para procurarse por medio de un trabajo, con sus actuales fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente al salario o renta que ganaba antes del accidente o de la enfermedad.

**Artículo 7°. Monto de la incapacidad permanente parcial.** Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales a quien se le defina una incapacidad permanente parcial, tendrá derecho a que se le reconozca una indemnización en proporción al daño sufrido, a cargo de la entidad administradora de riesgos profesionales, en una suma no inferior a **dos (2) salarios** base de liquidación, ni superior a veinticuatro (24) veces su salario base de liquidación.

En aquellas patologías que sean de carácter progresivo, se podrá volver a calificar y modificar el porcentaje de la pérdida de la capacidad laboral. En estos casos, la Administradora sólo estará obligada a reconocer el mayor valor resultante de restarle al monto de la nueva indemnización el valor previamente reconocido actualizado por IPC, desde el momento del pago hasta la fecha en la que se efectúe el nuevo pago.

El Gobierno Nacional determinará, periódicamente, los criterios de ponderación y la tabla de evaluación de incapacidades, para **determinar** la disminución en la capacidad laboral. Hasta tanto se utilizará el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación.

**Artículo 8°. Reubicación del trabajador.** Los empleadores están obligados a ubicar al trabajador incapacitado parcialmente en el cargo que desempeñaba o a proporcionarle un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesarios.

**Artículo 9°. Estado de invalidez.** Para los efectos del **Sistema General de Riesgos Profesionales**, se considera inválida la persona que por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el **cincuenta**

**por ciento (50%)** o más de su capacidad laboral **de acuerdo con el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación.**

En primera instancia, la calificación de los porcentajes de pérdida de la capacidad laboral se hará por el equipo interdisciplinario establecido en el artículo 6° de la presente ley, dentro del mes siguiente a la fecha en que hubiere concluido el proceso de rehabilitación integral, de existir discrepancias se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez, quedando a cargo de la entidad de Seguridad Social correspondiente el pago de honorarios y demás gastos que se ocasionen.

El costo del dictamen será a cargo de la Administradora de Riesgos Profesionales, pero el empleador o el trabajador podrán acudir directamente ante dichas juntas.



