



Revista Colombiana de Salud Ocupacional

ISSN: 2322-634X

Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Libre

Vera Rubiano, Omar Alfredo; Molina Romero, Jainer Enrique
Condiciones de la salud laboral bajo la resolución 3050 en Colombia
Revista Colombiana de Salud Ocupacional, vol. 13, núm. 1, 2023, Enero-Junio, pp. 1-6
Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Libre

DOI: <https://doi.org/10.18041/2322-634X/rcso.1.2023.10165>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=733776334007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Artículo de Reflexión

Condiciones de la salud laboral bajo la resolución 3050 en Colombia

Occupational health conditions under resolution 3050 in Colombia

Omar Alfredo Vera Rubiano, Jainer Enrique Molina Romero

Recibido: 27 abril 2023

Aceptado: 30 junio 2023

Resumen

Antecedentes: A partir de la resolución 3050, la cual adopta el Manual de Procedimientos de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional en el Sistema General de Riesgos laborales, algunas de sus novedades, atiende la necesidad de regular situaciones de abuso del derecho por parte del empleado (art. 11)ii y la modificación para las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) en los tiempos de expedición del Concepto de Rehabilitación (120 días según las disposiciones vigentes en la resolución antes mencionada).

Objetivo: Analizar el impacto de la Resolución 3050 de 2022 en la salud laboral, centrándose en el ausentismo, abuso del derecho, administradoras de riesgos laborales, incapacidades prolongadas y reincorporación laboral.

Reflexión: Se ha analizado que una reincorporación laboral temprana puede tener beneficios para los diversos participantes en el proceso: Trabajadores, Empleadores, Profesionales de la Salud, Entidades Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), Autoridades Regulatorias, Familiares y Comunidad. Por un lado, las aseguradoras pueden optimizar los recursos destinados a las prestaciones asistenciales y económicas. Por otro lado, el empleador puede iniciar un proceso temprano de adaptación y producción laboral, lo que puede conducir a mejoras en los indicadores de ausentismo y productividad económica de la empresa.

Conclusión: Dentro de los factores que inciden en el abuso del derecho y la prolongación de las incapacidades se encuentran las dificultades en el proceso de articulación y comunicación efectiva entre el equipo de salud integral involucrado en el tratamiento médico y terapéutico del trabajador

Palabras clave: Ausentismo, Riesgos Laborales, Condiciones de Trabajo, Rehabilitación Resolución 3050, Entidades Promotoras de Salud.

Abstract

Background: Starting with resolution 3050, which adopts the Manual of Comprehensive Rehabilitation Procedures for labor and occupational reincorporation in the General System of Occupational Risks, some of its innovations address the need to regulate situations of abuse of rights by the employee (art. 11)ii and the modification for the Occupational Risk Administrators (ARL) in the issuance times of the Rehabilitation Concept (120 days according to the provisions in force in the aforementioned resolution).

Objective: Analyze the impact of Resolution 3050 of 2022 on occupational health, focusing on absenteeism, abuse of rights, occupational risk managers, prolonged disabilities, and return to work.

Reflection: It has been analyzed that an early return to work can have benefits for the various participants in the process: Workers, Employers, Health Professionals, Health Promotion Entities (EPS), Service Provider Institutions (IPS), Occupational Risk Administrators (ARL), Regulatory Authorities, families, and Community. On the one hand, insurers can optimize the resources allocated to healthcare and economic benefits. On the other hand, the employer can initiate an early process of adaptation and work production, which can lead to improvements in the company's absenteeism and economic productivity indicators.

Conclusion: Among the factors that affect the abuse of the right and the prolongation of disabilities are the difficulties in the process of articulation and effective communication between the comprehensive health team involved in the medical and therapeutic treatment of the worker.

Key words: Absenteeism, Occupational Risks, Working Conditions, Rehabilitation

¹ Universidad Libre, Barranquilla. Colombia

Introducción

La rehabilitación es un proceso que ayuda a las personas a recuperar o mejorar sus funciones físicas, mentales o cognitivas que se han perdido o se han visto afectadas debido a una enfermedad, lesión o accidente.¹ El objetivo de la rehabilitación es ayudar a las personas a alcanzar su máximo potencial y vivir una vida independiente y productiva.² Es así como los sistemas de salud han diseñado intervenciones para responder a los problemas de salud enfermedad en la comunidad mediante herramientas organizadas para categorizar ideas complejas y fomentar soluciones de aquellos fenómenos que afectan a los individuos.¹

Dentro del contexto laboral la rehabilitación ha tenido una visión integral del trabajador respondiendo a las tendencias que ha generado la salud-enfermedad por causa de accidentes de trabajo o enfermedad laboral.³ La rehabilitación puede ayudar a las personas a regresar al trabajo, si una persona puede recuperar sus funciones físicas o cognitivas, puede ser capaz de volver a su trabajo anterior.⁴ Sin embargo, en algunos casos, la rehabilitación puede llevar a una persona a cambiar de carrera o a aceptar un trabajo con menos responsabilidades físicas o cognitivas.³

El concepto de rehabilitación es importante en la evaluación de la incapacidad laboral. Un concepto favorable de rehabilitación indica que una persona tiene la posibilidad de recuperar sus funciones físicas o cognitivas con un tratamiento adecuado.⁵ Un concepto desfavorable de rehabilitación indica que una persona tiene una condición permanente que le impide regresar al trabajo. Siendo así en Colombia la ley 776 de 2002⁶ en su artículo 2do, define la incapacidad temporal como aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

La Resolución 3050 de 2022,⁷ implementada en Colombia a partir del 28 de julio de 2022, ha introducido cambios significativos en la legislación relacionada con la salud laboral y la reincorporación de los trabajadores. Estos cambios tienen el potencial de servir como argumentos legales para contrarrestar el abuso de derechos por parte de los empleados y para ejercer un mayor control sobre el estado de salud de los trabajadores, según lo establece el artículo 11 de dicha resolución.

Sin embargo, una preocupación que surge en este contexto es la falta de claridad en la determinación del porcentaje de incumplimiento al tratamiento médico cuando no existe un plan de tratamiento proyectado en el tiempo, el impacto que tiene en las empresas el ausentismo, respuesta de las ARL, rehabilitación y reincorporación laboral. Esto plantea un interrogante relevante: ¿Cuál es el impacto de la Resolución 3050 de 2022 en la salud laboral, centrándose en el ausentismo, abuso del derecho, administradoras de riesgos laborales, incapacidades prolongadas y reincorporación laboral?

Reflexión

Ausentismo y abuso del derecho

El ausentismo se refiere a la situación en la que un trabajador no

asiste a su lugar de trabajo en el horario en que se le ha asignado o programado para trabajar. El ausentismo puede ser justificado o injustificado, y puede ser causado por diversas razones, como enfermedad, lesiones, problemas familiares, problemas personales, falta de motivación, estrés laboral, entre otros.⁸⁻¹⁰

En este sentido el ausentismo¹¹ impacta negativamente en la productividad y sostenibilidad de la empresa, ya que se deben contemplar los gastos adicionales que se generan por la ausencia de un trabajador como gastos por sustitución de personal, entrenamientos a nuevos trabajadores, recargue laboral a los compañeros, así mismo el gasto administrativo de las aseguradoras al asumir pagos de incapacidades prolongadas no justificadas.

La falta de control sobre las incapacidades y el proceso de recuperación en los trabajadores, abre una puerta para que ellos puedan obtener ganancias secundarias en trabajos alternos durante la incapacidad, cobro simultaneo de incapacidades en Empresas Promotoras de Salud (EPS) y ARL, siendo el sistema de las ARL el más rentable, ya que en Colombia los pagos por concepto de incapacidad temporal en este régimen se hacen al 100% del salario base de cotización (Sin incluir los demás emolumentos como horas extras, bonificaciones, viáticos, entre otros), calculado desde el día siguiente que ocurrió su evento ATEL (Accidente de Trabajo y Enfermedad laboral) hasta el momento que se declare médicamente la finalización de la incapacidad, mientras que en el régimen que atiende los eventos de tipo común, las EPS, los pagos por concepto de incapacidades temporales según lo reglamentado por el ministerio de trabajo corresponde al 66.67% durante los primeros 90 días, desde el día 91 al 50% del salario sobre el cual se cotizó, siempre que no resulte inferior a un salario mínimo mensual.¹²

Por lo anteriormente expuesto el alto volumen de casos que buscan ganancias secundarias, se encuentran en el sistema general de riesgos laborales (SGRL), donde los trabajadores fingen accidentes de trabajo o tratan de incluir antecedentes médicos preexistentes como de origen laboral, pues en este sistema como se dio anteriormente la remuneración económica es mejor paga.

También se puede encontrar trabajadores que simulan desmejoramiento o retroceso en el tratamiento médico, somatizan nuevos síntomas o sobredimensionan los actuales para agravar su estado de salud y tratar de convencer a los médicos tratantes y calificadores sobre sus secuelas, con el fin de conseguir un aumento en el porcentaje de calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral (PCL) y con ello elevar los pagos de indemnización por Incapacidad Permanente Parcial (IPP) y otros fijan como meta tratar de conseguir la pensión por invalidez.

Estas conductas generan situaciones de abuso del derecho por parte del asegurado, las cuales como se dijo anteriormente, están referenciadas en el artículo 11 de la resolución 3050 del 2022⁷ en los numerales del 3 al 10 como: fraudes en la emisión de incapacidad, agresión al personal médico, conductas autolesionantes, omisión y modificación de información de su estado de salud, pobre colaboración en las revisiones médicas, entre otras.

Administradores de Riesgos Laborales – Prestadores

La norma en cuestión en su acápite número 4 establece las responsabilidades de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL). Enumera una serie de cargas para garantizar la reincorporación laboral y ocupacional del trabajador, pero no contempla la necesidad de obligar a la aseguradora a prestar un servicio cuyo principio rector sea la celeridad en la prestación y cumplimiento del tratamiento. Dicho de otra forma, falla la entidad jurídica en el control hacia sus prestadores, toda vez que cualquier demora injustificada en la asignación de citas, suministro de productos de apoyo, fallas en la prestación de servicios en zona con poca oferta de Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), contratación con prestadores precarios, entre otros, factores que inciden en la emisión de prórrogas de las incapacidades injustificadas, el abuso del derecho por parte de los trabajadores y no menos importante, el pago innecesario de prestaciones económicas.

Tiempo óptimo de recuperación

Tener una guía con los tiempos óptimos de recuperación, permitiría uniformidad en la prescripción de incapacidades de acuerdo con los diagnósticos, control de las incapacidades prolongadas, optimización de los recursos en cuanto a las prestaciones asistenciales y disminución en costos económicos para el sistema.

Lo anterior contrastado con evidencias de estudios en el mismo sentido en otros países como España, ¹³ donde se adoptan protocolos de tiempos óptimos de incapacidad temporal, acogidas por las diferentes agremiaciones médicas, en sus actuaciones en la planeación y duración de los procesos asistenciales.

El tiempo óptimo de recuperación, debe contemplar además del estándar de incapacidad de acuerdo con la patología, la observancia de posibles factores influyentes tales como la edad, sexo, ocupación y comorbilidades, de manera que el plan de tratamiento proyectado adopte las variables que puedan ser identificadas como barreras o facilitadores que retrasen o favorezcan los tiempos de recuperación proyectados y por ende de la misma incapacidad.

Lo anterior ya cuenta con una formula la cual está referenciada en el Manual De Tiempos De Incapacidad Temporal Del Instituto Nacional De Seguridad Social, 4ta edición, gobierno de España, 2017. ¹⁴ Con la siguiente fórmula:

TO = TE x (FC edad, FC sexo, FC ocupación) / 3 x FC morbilidad”

- Siendo:
- TO: Tiempo óptimo
- TE: Tiempo estándar de IT
- FC edad: factor de corrección por edad
- FC sexo: factor de corrección por sexo
- FC ocupación: factor de corrección por ocupación
- FC comorbilidad: factor de corrección por comorbilidad

Una vez que la duración de la situación de incapacidad temporal alcanza el tiempo óptimo para el trabajador, el médico que controla ese proceso de incapacidad temporal valorará emitir el alta laboral u objetivar aquellos factores que pudieran condicionar la permanencia en dicha situación

Cabe mencionar que la fórmula que se utiliza en Colombia para determinar el tiempo óptimo de recuperación en casos de incapacidad temporal considera múltiples factores, como la patología, la edad, el sexo, la ocupación y las comorbilidades. De acuerdo con la Figura 1, esta fórmula se encuentra referenciada en el Manual De Tiempos De Incapacidad Temporal Del Instituto Nacional De Seguridad Social. ¹⁴ Esto a partir de la investigación realizada que no evidencia normatividad jurídica que lo defina, sino material teórico aplicado en contexto colombiano con fuente española.

Rehabilitación Laboral

La rehabilitación laboral es un proceso que ayuda a las personas con discapacidades o enfermedades a desarrollar habilidades y capacidades para reintegrarse en el mercado laboral y desempeñarse en un trabajo remunerado de manera efectiva. ¹⁵⁻¹⁷ El objetivo de la rehabilitación laboral es permitir que las personas con discapacidades puedan alcanzar su máximo potencial y lograr su independencia económica.

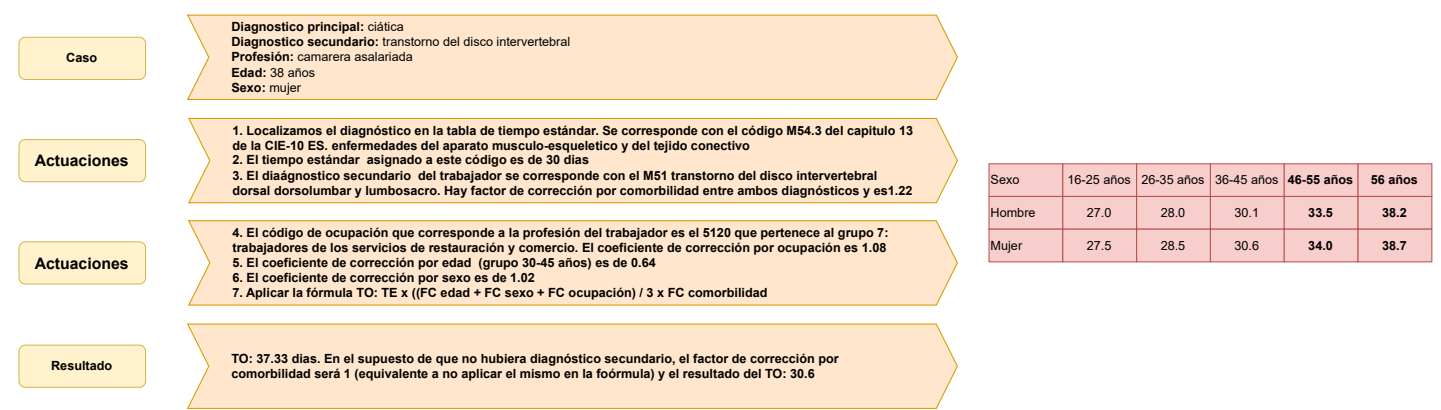


Figura 1. Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal del Instituto Nacional de Seguridad Social.¹⁴ Página 34

En este sentido los factores relacionados con los ambientes y demandas del puesto de trabajo son determinantes para la toma de decisiones con relación a la durabilidad de los planes de tratamiento y por ende de los tiempos de incapacidad esperados.

Para los médicos tratantes el desconocer las acciones que ya se han adelantado con el trabajador en con relación a las proyecciones de ajustes el puesto de trabajo, es otro ambiente favorable para las practicas inapropiadas para obtener ganancias secundarias, debido a que el trabajador puede adulterar la información de su cargo habitual o sobre las tareas principales y secundarias de su labor, tales como: aumentar los tiempos de exposición a actividades de alto esfuerzo, indicar que no dispone de equipos y ayudas para facilitar su labor, que la empresa no los recibe, que no se reintegran hasta que no cumplan el 100% de la rehabilitación o que cuenten con calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral (PCL), buscan incapacidades en la EPS por diagnósticos en cobertura de la ARL y demás aspectos, con el fin de obtener ventajas en cuanto a los tiempos de incapacidad o en tratar de conseguir el menor esfuerzo posible en su retorno laboral o evitar su reintegro porque al laborar con recomendaciones solo reciben los pagos básicos sin incluir otros emolumentos como pagos de horas extras o bonificaciones de productividad, entre otros.

El conocer las demandas del entorno laboral en el proceso de tratamiento facilita identificar los factores que pueden actuar como facilitadores o barreras, ya por un lado se pueden acortar los tiempos esperados para su reintegro sin que implique mayores cambios en la continuación de su proceso de rehabilitación funcional, como también podrían obstaculizar los avances en el proceso terapéutico ya que al involucrarse laboralmente podrían empeorar el estado de salud. En este sentido la rehabilitación laboral juega un papel fundamental en la evolución del caso, el conocer las tareas que realiza el trabajador, herramientas, ambientes, turnos, pausas de recuperación, rotación de actividades y otras, implicarían intervenciones ajustadas a las necesidades de cada caso, siendo importante la graduación de las actividades ejecutadas a través de recomendaciones o restricciones laborales, los cuales buscan la recuperación progresiva y a tolerancia en la medida que el trabajador participe en sus propias tareas u otras para las cuales esté capacitado de acuerdo a las habilidades residuales, permitiendo con ello la flexibilidad para ajustarse a los diferentes ambientes, procesos, equipos, herramientas, que influyan en el desarrollo o compensación de habilidades y destrezas.

En la Tabla 1 se presenta un ejemplo de los tiempos esperados de incapacidad según las modalidades de intervención laboral

Tabla 1. Gatiso – DME. Página 116. ¹⁸

DME MMSS	Meta recomendada de incapacidad por el ACOEM		Datos de NIH
	Con modificación de actividad	Sin modificación de actividad	Mediana (Casos con pérdida de tiempo)
STC	0-3 días	7-14 días	15 días
Enfermedad de De Quervain	0-3 días	7-14 días	14 días
Epicondilitis	1 día	7 días	22 días

Convenciones ACOEM. American collage of occupational and Environmental Medicine.
NIH: National Health Interview Survey, reportado en la 8ta edición Ofital Dissability Guideline (ODG) 2002

en patologías por desórdenes musculo esqueléticos de miembros superiores y su injerencia con la incapacidad temporal.

Reincorporación laboral oportuna

La reincorporación laboral se refiere al proceso en el cual un empleado que ha estado ausente del trabajo por un período determinado de tiempo ya sea por enfermedad, maternidad, cuidado de un familiar, entre otros motivos, regresa a su puesto de trabajo anterior o a uno nuevo dentro de la misma empresa. ¹⁹⁻²¹

Las incapacidades prolongadas en la fase de rehabilitación funcional obstaculizan el avance a los procesos de readaptación laboral oportunos (rehabilitación laboral), generando una situación de confort en el trabajador siniestrado por ATEL (Accidente y Enfermedad Laboral), el cual influye negativamente el establecimiento de secuelas por des acondicionamiento físico y pensamientos de minusvalía.

La reincorporación laboral oportuna permite que el trabajador integre los alcances obtenidos en todo su proceso médico – asistencial, impactando positivamente la rehabilitación socio-laboral, ya que favorece la reactivación de hábitos, rutinas y roles que se vieron afectados durante su recuperación como los personales, familiares y comunitarios. Restablecer el rol laboral como eje fundamental del proceso de rehabilitación integral proporciona en el trabajador el combustible necesario para reactivar y mantener sus relaciones sociales, la comunicación, estabilidad financiera, mantiene la mente ocupada alejándolo del ocio, pensamientos de victimización y de la sobreprotección familiar; influyendo positivamente en su autoconcepto.

Discusión

En Colombia, el proceso de contratación de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) con los prestadores de servicios médicos y de rehabilitación, en su mayoría, no se realiza teniendo en cuenta la integralidad de los actores que intervienen en el manejo de casos. En lugar de ello, se observan atenciones aisladas y la toma de decisiones intuitivas en cuanto al plan de tratamiento. Estas decisiones suelen limitarse a las acciones inmediatas que debe llevar a cabo el médico tratante y no permiten visualizar las proyecciones esperadas para el manejo del caso. Esta falta de enfoque integral dificulta un seguimiento adecuado y la gestión de información concatenada e integral.

La implementación de guías con tiempos recomendados de

duración de tratamiento e incapacidad proporciona un blindaje jurídico tanto a la Institución Prestadora de Salud (IPS) como al médico tratante. Esto garantiza su autonomía para tomar decisiones sobre la continuidad, suspensión o ajuste de los procesos asistenciales y la duración de las incapacidades. En otras palabras, al hacer visible la proyección del plan de tratamiento, se alinea a todos los actores involucrados, lo que tiene un impacto positivo en la programación neurolingüística de las fechas esperadas para el retorno laboral oportuno en el trabajador, la empresa y el resto del equipo de salud que participa en el proceso. Esto facilita las suspensiones de incapacidades y el proceso de reincorporación laboral oportuna y/o temprana.

Con este enfoque, el médico tratante puede tener la tranquilidad de que, al emitir un concepto de salud e incapacidad médica, no solo se basa en su experticia y conocimiento, sino que se complementa con otras fuentes auxiliares, como las guías médicas institucionales, entre otras. Esto permite medir la evolución del paciente y detectar posibles desviaciones en el proceso, ya sea por cuestiones clínicas o por abuso del derecho.

Propuesta

El abordaje planificado e integral de los procesos asistenciales derivados de la atención de los casos cubiertos por las aseguradoras, permitiría generar alertas oportunas en las desviaciones del proceso y controlar lo establecido para calcular los porcentajes de su avance. Si bien es cierto el artículo 11 de la resolución 3050/2022, plantea como una situación de abuso del derecho el incumplimiento de un 30% del plan de tratamiento, en un sistema caracterizado porque algunos actores buscan la forma de engañarlo, deja como vacío el establecimiento de un método control y vigilancia para su medición.

El artículo 10 de la misma norma, hace referencia a la emisión por parte de los prestadores adscritos al proceso de un concepto de rehabilitación antes de cumplirse 120 días del evento ATEL y define la estructura de este; pero este no contiene un indicador de cumplimiento de las metas proyectadas de acuerdo a un diagnóstico en particular, ni a los tiempos de incapacidad. Por lo que se hace necesario establecer unas fechas internas de corte para evaluar los avances en el estado de salud del trabajador, indistinto de la emisión del certificado de rehabilitación, ya que podría ser generado antes o después de los 120 días, dependiendo de la complejidad de la lesión o patología.

En el literal e) del artículo 4 de esta norma, hace referencia a las responsabilidades de la ARL en promover el desarrollo y la adaptación en su red de prestadores el establecimiento de guías y protocolos de atención que favorezcan la rehabilitación integral para la reincorporación laboral y ocupacional de los trabajadores. Por lo tanto las aseguradoras están en la capacidad de exigir a su red asistencial la prestación de servicios integrales articulados donde se establezcan planes de tratamiento medibles en tiempo esperado de recuperación y de incapacidad médica y se pueda identificar y alertar de forma oportuna los casos desviados, los cuáles pueden ser citados a equipos auditores o de juntas médicas para redireccionar los tratamientos establecidos o en su defecto detectar aquellas situaciones de abuso del derecho por parte

del paciente que obstaculice el proceso de retorno al proceso productivo.

Para aprovechar los recursos asistenciales, es importante que las partes involucradas dentro del proceso de manejo integral del caso puedan interactuar mediante la realización de juntas médicas o estableciendo sistemas de comunicación unificada (software), que permita visualizar los objetivos de tratamiento y los logros alcanzados durante la ejecución tanto de la rehabilitación funcional como de la laboral.

El plan de tratamiento de conformidad con los literales a) y b) del artículo 3, de la resolución 3050/2022 debe incorporar una duración proyectada y limitada del tiempo esperado de recuperación y unos objetivos claros medibles y ajustados a las intervenciones a realizar con el objetivo de tener información que aporte el insumo para medir el nivel de cumplimiento del mismo; facilitando de esta manera el monitoreo y encausando al trabajador anticipadamente a su retorno productivo e ir cerrando puertas que permitan la prolongación de incapacidades.

De acuerdo a lo referenciado anteriormente es necesario exigir a los prestadores asistenciales adscritos a las aseguradoras, que en el momento de iniciar las prestaciones asistenciales y una vez sea ordenado un plan de tratamiento médico se determina una duración en tiempo real, medible y verificable y para establecer las fechas de corte para evaluar los avances del estado de salud del trabajador propongo que una vez se cumpla las 2/3 o 3/4 partes de la duración proyectada del plan de tratamiento, a modo de control interno por parte de los tratantes, se corrobore el cumplimiento del plan, y las empresas prestadoras de servicios de salud alerten a las aseguradoras de manera oportuna las novedades, para tomar las medidas que faciliten mejorar, corregir o replantear el plan de tratamiento médico proyectado o en su defecto advertir sobre las posibles actitudes de abuso del derecho por parte del trabajador que trunquen el cumplimiento del mismo.

Conflicto de interés: Ninguno

Referencias

1. Luna NIA, Guzmán SOB, Guerrero-Villabón K, Moreno-Chaparro J. Valoración del desempeño ocupacional: factor integrador en la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional. Salud UIS. 2021; 53: e323. Doi: 10.18273/saluduis.53.e:21035
2. González ML. Hacia una visión del proyecto de vida en personas con discapacidad mental. Rev Colomb Rehabilitación. 2003; 2(1): 3-15.
3. López LE, Chaparro MMI. Competencias laborales del trabajador vistas sociales desde el mercado laboral. Tabula Rasa. 2006; (5): 261-93.
4. Villalobos VU, Reyes RA. Reinserción laboral como parte fundamental de la rehabilitación de la persona con discapacidad. Rev Clín Escuela Medicina. 2018; 8(1):11-19. Doi: 10.15517/rc_ ucr-hsjd.v8i1.32820

5. Bigas VM, Bravo FL, Contepomi GA. Proyectar el contexto: sobre la evolución reciente del concepto de rehabilitación en arquitectura. *Expresión Gráfica Arquitectónica*. 2011; (18):140-57. Doi: 10.4995/ega.2011.1087
 6. Congreso de la República de Colombia. Ley 776. Por la cual se dictan normas sobre Organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2002. Disponible en: <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16752>
 7. Ministerio de Trabajo. Resolución 3050. Manual de Procedimientos del Programa de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional en el Sistema General de Riesgos Laborales. Bogotá: Ministerio de Trabajo; 2022. Disponible en: <https://safetya.co/wp-content/uploads/2022/10/resolucion-3050-de-2022.pdf>
 8. Sánchez DC. Ausentismo laboral: una visión desde la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo. *Rev Salud Bosque*. 2015; 5(1): 43-5. Doi: 10.18270/rsb.v5i1.182
 9. Ledesma DCR, Crespo GH, Castro AAM. Ausentismo y desempeño laboral en profesionales de enfermería de áreas críticas. *Rev Cuid*. 2018; 9(1): 1973-1987. Doi: 10.15649/cuidarte.v9i1.426.
 10. Vidal GC, Palavecino SI, Moya RP, Toro HC, Hoffmeister AL. Calidad de Vida del Personal de Salud y su Relación con el Ausentismo. *Cienc Trab*. 2017; 19(60): 188-193. Doi: 10.4067/S0718-24492017000300188.
 11. Montoya DMdelC, Palucci MMH, do Carmo CRML, Taubert deFFC. Lesiones osteomusculares en trabajadores de un hospital mexicano y la ocurrencia del ausentismo. *Cienc Enferm*. 2010; 16(2): 35-46. Doi: 10.4067/S0717-95532010000200005.
 12. Ministerio de Protección Social Colombia. Código Sustantivo del Trabajo. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2011. Disponible en: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1539/CodigoSustantivodelTrabajoColombia.pdf>
 13. Ramos MR. Aspectos de metodología de evaluación y gestión sanitaria de la incapacidad temporal tras publicación del Real Decreto 625/2014 y Ley 35/2014. *Medicina Seguro Traba*. 2015; 61(239): 139-142. Doi: 10.4321/S0465-546X2015000200001.
 14. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de los tiempos óptimos de incapacidad temporal. NIPO: 271-17-091-8. España: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2017. Disponible en: https://www.semg.es/images/documentos/docs_varios/Manual_Tiempos_Optimos_IT_2017.pdf
 15. Hernández WJ, Peralta VJ, Ruiz SM, Angulo GL, Cariño VC, Flores MMA, et al. Rehabilitación laboral de las personas con esquizofrenia. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2010;22(4):108-112.
 16. Naranjo-Valentín R, Cobo-Martínez F, Rebolledo-Gil C, González-Fraile E. Los centros de rehabilitación laboral y el trastorno mental grave: la experiencia y el seguimiento de los usuarios en la Comunidad de Madrid. *Psychosocial Intervention*. 2018; 27(2): 65-71. Doi: 10.5093/pi2018a2.
 17. Galindo BGE. Rehabilitación profesional y oportunidad laboral para el discapacitado en Costa Rica. *Med Leg Costa Rica*. 1997; 13-14(1-2): 33-57.
 18. Ministerio de Protección Social Colombia. Guía de atención integral basada en la evidencia para desórdenes musculoesqueléticos (DME) relacionados con movimientos repetitivos de miembros superiores (síndrome de túnel carpiano, epicondilitis y enfermedad De Quervain) (GATI- DME). Bogotá: Ministerio de Protección Social Colombia; 2007. Disponible en: https://www.epssura.com/guias/guias_mmss.pdf
 19. Vicente PJM. Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Med Segur Trab*. 2016; 62(242): 49-65.
 20. Robledo-Marín C, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A, Lizcano-Cardona D, Agudelo-Cifuentes C. Capacidad laboral de las personas mayores de 50 años, en proceso de reintegración, adscritos a la Agencia para la Reincorporación y la Normalización. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2019; 37(3): 15-24. Doi: 10.17533/udea.rfnsp.v37n3a03.
 21. Villaplana GM. Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. *Med Segur Trab*. 2014; 60(Suppl 1): 65-73..
- © Universidad Libre. 2023. Licence Creative Commons CC-by-nc-sa/4.0. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en>

