

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 1/20

Contenido

1. PROPÓSITO	3
2. GLOSARIO	3
3. ABREVIATURAS	4
4. MARCO LEGAL	5
5. PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A ESTRATEGIAS DE MEDICINA DEL TRABAJO.....	6
5.1 Calificación de la pérdida de la capacidad laboral	6
5.1.1 Objetivo:	6
5.1.2 Definición:.....	6
5.1.3 Alcance:.....	6
5.1.4 Consideraciones Generales:.....	6
5.2 Calificación de Origen	7
5.2.1 Objetivo:	7
5.2.2 Definición:.....	8
5.2.3 Alcance:.....	8
5.2.4 Consideraciones Generales:.....	8
5.3 Programa de Reintegro Laboral	9
5.3.1 Objetivo:	9
5.3.2 Definición:.....	9
5.3.3 Alcance:.....	9
5.3.4 Consideraciones Generales:.....	9
5.4 Conceptos de Rehabilitación.....	10
5.4.1 Objetivo:	10
5.4.2 Definición:.....	10
5.4.3 Alcance:.....	10
5.4.4 Consideraciones Generales:.....	11
5.5 Mesas Laborales	12
5.5.1 Objetivo:	12
5.5.2 Definición:.....	12
5.5.3 Alcance:.....	12
5.5.4 Consideraciones Generales:.....	12
5.6 Auditoria de Incapacidades	13
5.6.1 Objetivo:	13
5.6.2 Definición:.....	13
5.6.3 Alcance:.....	13

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 2/20

5.6.4	Consideraciones Generales:.....	13
6.	DECRETO 1333 DEL 27 DE JULIO/2018	16
6.1	Objetivo	16
6.2	Campo De Aplicación.....	17
6.3	Revisión Periódica De La Incapacidad.....	17
6.4	Reconocimiento y pago de Incapacidades Superiores a 540 Días.....	17
6.5	Situaciones Del Abuso Del Derecho	18
7	PROCESOS O SUBPROCESOS RELACIONADOS	19
8	ANEXOS	19
8.1	Anexo No 1: Manual de Incapacidades Consideraciones generales y Diagnósticos más Frecuentes 19	
8.2	Anexo No 2: Documentos requisito para la calificación ATEL	20
9	BIBLIOGRAFIA	20
10	HISTORIAL DE CAMBIOS.....	20

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 3/20

1. PROPÓSITO

Informar a las IPS y profesionales médicos adscritos, los procedimientos realizados en la Jefatura Medicina del trabajo con el objetivo de lograr participación activa desde la consulta clínica para el direccionamiento correcto, oportuno y completo de los casos.

2. GLOSARIO

- ❖ **Trabajo:** Se define como “toda actividad social organizada que, a través de la combinación de recursos de naturaleza diversa, permite alcanzar unos objetivos y satisfacer unas necesidades”
- ❖ **Capacidad Laboral:** Conjunto de las habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten desempeñarse en un trabajo habitual 1.
- ❖ **Capacidad Ocupacional:** Calidad de ejecución de una persona para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana y ocupaciones, depende de las habilidades motoras, procesamiento, comunicación e interacción, según las etapas del ciclo vital (Dec 1507 de 2014)
- ❖ **Deficiencia:** Alteración en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona, puede consistir en una pérdida, defecto, anomalía, o cualquier desviación significativa respecto de la norma estadísticamente establecida (Dec 1507 de 2014)
- ❖ **Discapacidad:** Término genérico que incluye limitaciones en la realización de una actividad y que será valorada según
- ❖ **Incapacidad:** Se entiende por incapacidad el estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio.
- ❖ **Incapacidad Temporal:** Es el estado de inhabilidad física o mental que le impide a un individuo desempeñar de forma transitoria su oficio habitual. Lo anterior se ve reflejado en un certificado prescrito en un acto médico u odontológico, que sirve para que el trabajador excuse su inasistencia al trabajo y que genera el derecho a un subsidio económico para salvaguardar su dignidad humana.
- ❖ **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%
- ❖ **Incapacidad Médico Legal:** Tiempo en días que fija el médico forense como el requerido para que un individuo se recupere del daño sufrido en su cuerpo o su salud por una lesión personal. Solo tiene utilidad desde el punto de vista penal y no se tiene en cuenta el trabajo o la ocupación de la persona.
- ❖ **Trabajo Habitual:** Se entiende como trabajo habitual aquel oficio, labor u ocupación que desempeña 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.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 4/20

- ❖ **Accidente De Trabajo:** Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.
- ❖ **Enfermedad Laboral:** Es la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.
- ❖ **Mejoría Médica Máxima:** Punto en el cual la condición patológica se estabiliza sustancialmente y es poco probables que cambie, con o sin tratamiento, incluyendo los tratamientos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación integral que se encuentren disponibles y que sean pertinentes según su condición de salud.
Es cuando la secuela del paciente ha llegado a su máximo grado de mejoría. (Dec 1507 de 2014)
- ❖ **Riesgos Laborales:** Se lo define como “aquellas situaciones derivadas del trabajo que pueden romper el equilibrio físico, mental y social de la persona.
- ❖ **Prevención:** Se lo define como “conjunto de actividades previstas con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo”. Estas medidas se adoptarán luego de la evaluación de los riesgos laborales existentes
- ❖ **Puesto De Trabajo:** Con este término se hace referencia tanto al conjunto de actividades que están encomendadas a un trabajador concreto como al espacio físico en que éste desarrolla su trabajo.
- ❖ **Resolutividad:** Se considera como un resultado de la atención, desde el momento en que este se entiende como un cambio en el estado de salud que pueda atribuirse a la atención precedente en salud, finalmente es la capacidad que se tiene para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención generando un resultado deseado dado el enfoque de efectividad clínica de la EPS.

3. ABREVIATURAS

- ❖ EPS: Entidad Promotora de Salud.
- ❖ ARL: Administradora de Riesgos Laborales.
- ❖ AFP: Administradora de Fondo de Pensiones-Régimen Ahorro Individual.
- ❖ CS: Compañía de Seguros.
- ❖ PCL: Pérdida de Capacidad Laboral
- ❖ IT: Incapacidad Temporal.
- ❖ IPP: Incapacidad Permanente Parcial.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 5/20

- ❖ CRH: Concepto de Rehabilitación.
- ❖ Colpensiones: Instituto Colombiano de Pensiones- Régimen de Prima Media.
- ❖ JRCI: Junta Regional de Calificación de Invalidez
- ❖ JNCI: Junta Nacional de Calificación de Invalidez

4. MARCO LEGAL

Nombre	Título	Vigente a marzo de 2019
Ley 776 de 2002	Organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales	Si
Ley 1562 de 2012	Modificación al Sistema de Riesgos Laborales	Si
Decreto 019 de 2012	Ley Anti trámites	Si
Decreto 1352 de 2013	Organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y otras disposiciones.	Si
Decreto 1443 de 2014	Implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el trabajo	Si
Decreto 1477 de 2014	Tabla de Enfermedades Laborales	Si
Decreto 2943 de 2013	Pago de dos primeros días IT por parte del Empleador	Si
Decreto 1333 de 2018	Revisión de Incapacidades y Abusos del derecho	Si
Resolución 0312 de 2019	Estándares mínimos para el sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo	Si

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 6/20

5. PROCEDIMIENTOS DE GESTIÓN Y SEGUIMIENTO A ESTRATEGIAS DE MEDICINA DEL TRABAJO

El subproceso de gestión y seguimiento a estrategias de Medicina del Trabajo tiene como propósito gestionar dentro de la población cotizante de EPS Famisanar la detección de posibles enfermedades laborales, accidentes de trabajo o enfermedades comunes que afecten el desempeño laboral; de tal manera que permita reconocer los derechos otorgados por SGSSS y la administradora correspondiente.

Para ello se ha definido la gestión de los siguientes procedimientos:

5.1 Calificación de la pérdida de la capacidad laboral

5.1.1 Objetivo:

Generar la calificación de pérdida de la Capacidad Laboral de los usuarios, integrando todas las patologías diagnosticadas para determinar oportunamente el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y ocupacional, la fecha de estructuración y origen del evento.

5.1.2 Definición:

La calificación de la pérdida de capacidad laboral es la evaluación de los componentes funcionales a nivel biológico, psíquico y social del ser humano, entendidos en términos de las consecuencias de la enfermedad o el accidente.

5.1.3 Alcance:

Aplica a todos los afiliados cotizantes de los sectores público, oficial, semioficial y privado, independientemente de su tipo de vinculación laboral, ocupación, edad y origen de pérdida de capacidad o condición de afiliación al Sistema Seguridad Social Integral.

5.1.4 Consideraciones Generales:

- La calificación de pérdida de capacidad laboral se efectúa en los afiliados cotizantes en donde su cuadro clínico se encuentra en fase de secuelas definitivas, casos con incapacidad prolongada mayor a 540 días, ordenamientos jurídicos y usuarios que por medio de la revisión del área técnica, se haya considerado pertinente su realización.
- Para la elaboración del dictamen debe aplicarse por parte equipo técnico los Títulos I y II del Manual Único de Calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, realizando la ponderación usada en el Anexo Técnico del Manual: Tabla No. 1: Título Primero de la Valoración de las Deficiencias: 50% y Título Segundo de la Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales: 50%. (Decreto 1507 de 2014).
- Acorde al Decreto 019 de 2012 Ley Anti-trámites, Art. 142 Calificación del Estado de Invalidez, le corresponde al ISS, Colpensiones, a las ARL'S, compañías de seguros que asuman el riesgo de Invalidez o muerte y a las EPS determinar en una primera oportunidad la pérdida de la capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 7/20

- La Calificación de pérdida de capacidad laboral permite efectuar las siguientes actividades en el proceso:
 - Determinar el estado de invalidez, la fecha debe ser determinada en el momento en el que la persona evaluada alcanza el 50% de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional, para lo cual es necesario el aporte de la historia clínica relacionada con los diagnósticos a calificar desde el inicio de su evolución clínica hasta el momento de la realización de la calificación.
 - Determinar la incapacidad permanente parcial: se constituye cuando el afiliado alcanza entre el 5% y < 50% de pérdida de la capacidad laboral u ocupacional, para lo cual es necesario el aporte de la historia clínica relacionada con los diagnósticos a calificar desde el inicio de su evolución clínica hasta el momento de la realización de la calificación.
- La radicación de la documentación solicitada (historia clínica completa), puede ser radicada mediante los siguientes medios:
 - Físico: La documentación se puede radicar en la oficina principal de la EPS Famisanar ubicada en la Carrera 13 A # 77 A 63 de Bogotá, en horario de lunes a viernes de 7:30 am a 5:00 pm.
 - Electrónico: Para la radicación de la documentación por medio electrónico existen los siguientes correos electrónicos:
 - saludocupacionaleps@famisanar.com.co
 - casosmedicinalaboral@famisanar.com.co
- Una vez se haya emitido el dictamen de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral con base en la documentación aportada, se procede a notificar el dictamen a las partes interesadas (Usuario, Empresa, AFP, ARL) de manera electrónica acorde al Art 52 de la Ley 2080 de 2021.
- En caso de presentar desacuerdo al dictamen de PCL por alguna de las partes interesadas, se deberá radicar la inconformidad dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibido del dictamen. En caso de no presentarse la inconformidad dentro del término establecido, el dictamen emitido quedará en firme y sobre el mismo no procederá ningún tipo de recurso en vía administrativa.

5.2 Calificación de Origen

5.2.1 Objetivo:

Analizar y calificar el origen de los eventos presentados por los afiliados cotizantes como Enfermedad General, Enfermedad Laboral o Accidente de Trabajo de forma eficaz y oportuna, para determinar la entidad responsable de dar continuidad a la cobertura de las prestaciones económicas y asistenciales, reglamentadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 8/20

5.2.2 Definición:

La calificación de origen es el procedimiento por el cual se determina si la situación que conlleva al accidente o enfermedad ocurre por causa del trabajo (origen laboral) o si ocurre por causas que no están relacionadas con labor que desempeña (origen común) de acuerdo a lo establecidos por la normatividad vigente.

5.2.3 Alcance:

Aplica a todos los afiliados cotizantes de los sectores público, oficial, semioficial y privado, independientemente de su tipo de vinculación laboral, ocupación, edad y origen de pérdida de capacidad o condición de afiliación al Sistema Seguridad Social Integral

5.2.4 Consideraciones Generales:

- La calificación de origen se efectúa en los afiliados cotizantes que cumplan con los siguientes criterios:
 - Sospecha de enfermedad laboral o accidente de trabajo
 - Diagnóstico definido y confirmado por parte del especialista tratante.
 - Relación de causa - efecto entre la labor y el diagnóstico presentado

El inicio del proceso para calificación de origen se presenta cuando se expide la orden médica por parte del Especialista o cuando se identifica por parte del grupo técnico de la EPS la existencia de un caso que cumpla con los criterios mencionados en el numeral anterior. En caso de presentarse orden médica por parte del Especialista, esta deberá ser radicada por el afiliado en los puntos de atención al usuario de la EPS o podrá ser enviada al correo de autorizaciones: autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co en donde se cuenta con un tiempo de respuesta de 5 días hábiles posterior a la radicación.

- Una vez se define la pertinencia de la ejecución del proceso, se solicita mediante comunicado al área de Seguridad y Salud en el Trabajo del Empleador o ante quien haga sus veces y al afiliado, los documentos necesarios según lo estipulado en el Decreto 1352 de 2013 (Documentos usuario y empleador), ver anexo No 2.
- La radicación de la documentación solicitada puede ser radicada mediante los siguientes medios:
 - Físico: La documentación se puede radicar en la oficina principal de la EPS Famisanar ubicada en la Carrera 13 A # 77 A 63 de Bogotá, en horario de lunes a viernes de 7:30 am a 5:00 pm.
 - Electrónico: Para la radicación de la documentación por medio electrónico existen los siguientes correos electrónicos:

saludocupacionaleps@famisanar.com.co

casosmedicinalaboral@famisanar.com.co

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 9/20

- La documentación aportada tanto por el Empleador como por el Usuario es analizada por el Médico Laboral quien emite el correspondiente dictamen y carta remisoría, el cual es notificado a las partes interesadas (Usuario, Empresa, AFP, ARL) de manera electrónica acorde al Art 52 de la Ley 2080 de 2021.
- En caso de presentar desacuerdo al dictamen de origen por alguna de las partes interesadas, se deberá radicar la inconformidad dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibido del dictamen. En caso de no presentarse la inconformidad dentro del término establecido, el dictamen emitido quedará en firme y sobre el mismo no procederá ningún tipo de recurso en vía administrativa.

5.3 Programa de Reintegro Laboral

5.3.1 Objetivo:

Identificar lo afiliados susceptibles de ser reintegrados a su labor de manera segura y oportuna, previo análisis del historial clínico y procesos de medicina laboral realizados y en curso por parte de Medicina Laboral.

5.3.2 Definición:

El Programa de Reintegro Laboral es una actividad que permite el regreso a la actividad laboral de los afiliados cotizantes que presentan una lesión o enfermedad de origen común, como complemento del proceso de rehabilitación integral.

5.3.3 Alcance:

Aplica a todos los afiliados cotizantes de los sectores público, oficial, semioficial y privado, independientemente de su tipo de vinculación laboral, ocupación, edad y origen de pérdida de capacidad o condición de afiliación al Sistema Seguridad Social Integral.

5.3.4 Consideraciones Generales:

- Los afiliados que ingresen al programa de reintegro laboral corresponden a aquellos en donde previo análisis de historial clínico, cargo u ocupación y procesos de medicina laboral, deben ser retornados a su lugar de trabajo.
- Se procede a realizar la emisión de la reincorporación laboral por parte del área de Medicina Laboral mediante comunicado dirigido al Empleador, Usuario e IPS generadora de incapacidades con el fin de dar aviso para el control de la incapacidad.
- Posterior a los dos meses de envío de la notificación de reintegro laboral, se procede a revisar si el afiliado continua o no continua con incapacidad, para dar cierre al proceso como exitoso o no exitoso. En caso de llegar a ser no exitoso, se analiza la causa de la continuidad de incapacidad con el fin de intervenir la causa y encausar el caso hacia el reintegro laboral.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 10/20

- De acuerdo a la normativa vigente: Circular Unificada del Ministerio de Protección Social de 2004, Resolución 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009, EPS Famisanar no emitirá recomendaciones laborales ni la solicitud de estas por parte del especialista tratante, ya que éste solo deberá proceder en los casos que exista una incapacidad temporal prolongada, ausentismo crónico y en los casos de gestantes con diagnóstico de alto riesgo materno generado por Ginecología. Si la patología que genera la incapacidad temporal prolongada es de origen laboral, éstas serán emitidas por la Administradora de Riesgos Laborales (ARL).
- En los casos de incapacidad prolongada en donde ya se cuente con orden de reintegro laboral por parte del Especialista, el afiliado deberá radicar la orden medica en los puntos de atención al usuario de la EPS o podrá enviar la orden al correo de autorizaciones: autorizacionesambulatorias@famisanar.com.co en donde se cuenta con un tiempo de respuesta de 5 días hábiles posterior a la radicación, lo anterior con el fin de generar las recomendaciones laborales iniciales solamente por parte de la EPS, para que posteriormente sea el Empleador quien continúe con el seguimiento y renovación de las mismas en caso de ser necesario.
- Los afiliados que no correspondan a casos con incapacidad temporal prolongada, ausentismo crónico y gestantes con diagnóstico de alto riesgo materno generado por Ginecología, deberán solicitar las recomendaciones laborales a su Empleador quien a través de su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo realizará la valoración médico laboral para establecer el reintegro y las recomendaciones pertinentes.

5.4 Conceptos de Rehabilitación

5.4.1 Objetivo:

Realizar oportunamente el concepto de rehabilitación de la población identificada a los 90 días de incapacidad continua, para determinar si de acuerdo a su estado actual de salud de las patologías diagnosticadas, el pronóstico de recuperación del usuario es favorable o no favorable.

5.4.2 Definición:

El concepto de rehabilitación es una determinación médica de las condiciones de salud del trabajador y constituye un pronóstico sobre el eventual restablecimiento de su capacidad laboral el cual puede ser Favorable o No Favorable.

5.4.3 Alcance:

Aplica a todos los afiliados cotizantes con incapacidad continua de 90 días, de los sectores público, oficial, semioficial y privado, independientemente de su tipo de vinculación laboral, ocupación, edad y origen de pérdida de capacidad o condición de afiliación al Sistema Seguridad Social Integral

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 11/20

5.4.4 Consideraciones Generales:

- La Emisión conceptos de rehabilitación está dada por el Decreto Ley 019 enero de 2012 Art. 142 la cual menciona: *“Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto”.*
- Dentro de las actividades a efectuar por parte del Usuario, EPS y AFP, se encuentran las siguientes:

	ACTIVIDADES
USUARIO	Aportar a la EPS las Historias Clínicas correspondientes a los periodos de incapacidad temporal generados Cumplir con el tratamiento médico ordenado por el grupo interdisciplinario tratante del usuario, para favorecer su rehabilitación.
EPS	Emitir el concepto de Rehabilitación antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal Enviar el concepto de Rehabilitación antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador Entre el día 181y 540 de incapacidad, la EPS deberá continuar con el proceso de rehabilitación del usuario.
AFP	Realizar el pago de las Incapacidades generadas a partir del día 181 hasta el día 540 de incapacidad. Si posterior al día 540 de Incapacidad el usuario no ha finalizado el proceso de rehabilitación, la AFP procederá a calificar la pérdida de capacidad laboral.

- La radicación de la documentación solicitada al usuario puede ser radicada mediante los siguientes medios
 - Físico: La documentación se puede radicar en la oficina principal de la EPS Famisanar ubicada en la Carrera 13 A # 77 A 63 de Bogotá, en horario de lunes a viernes de 7:30 am a 5:00 pm.
 - Electrónico: Para la radicación de la documentación por medio electrónico existen los siguientes correos electrónicos:

saludocupacionaleps@famisanar.com.co

casosmedicinalaboral@famisanar.com.co

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 12/20

- La historia clínica aportada por el afiliado es analizada por el Médico Laboral quien emite el correspondiente concepto de rehabilitación, el cual es notificado a las partes interesadas (Usuario, AFP, ARL) de manera electrónica acorde al Art 52 de la Ley 2080 de 2021.
- En el caso de emisión de concepto de rehabilitación favorable, las AFP podrá postergar el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral hasta por 360 días calendario, adicionales a los primeros 180 de incapacidad que otorgo y pago la EPS. En el caso que la AFP decida esta prerrogativa, la ley prevé como condición el pago de un subsidio equivalente a la incapacidad temporal que venía disfrutando el trabajador del 50%.
- En el caso de emisión de concepto de rehabilitación no favorable, se deberá iniciar el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral por parte del AFP.

5.5 Mesas Laborales

5.5.1 Objetivo:

Desarrollar mesas de trabajo con las partes interesadas (empleador, usuario, AFP, ARL) para analizar, generar planes de acción y tomar decisiones sobre cada uno de los casos de forma efectiva, brindando oportunidad e integralidad a la población cotizante afiliada con incapacidad prolongada.

5.5.2 Definición:

Las mesas laborales son reuniones de acercamiento en torno a la salud de los afiliados cotizantes, en donde se orienta a las empresas en las estrategias de manejo de casos con incapacidad prolongada, involucrando a otros actores como son las ARL, IPS y AFP cuando es necesario.

5.5.3 Alcance:

Aplica a todos los afiliados cotizantes con incapacidad prolongada de los sectores público, oficial semioficial y privado, independientemente de su tipo de vinculación laboral, ocupación, edad y origen de pérdida de capacidad o condición de afiliación al Sistema Seguridad Social Integral.

5.5.4 Consideraciones Generales:

- En las mesas de trabajo que analizan y gestionan el riesgo en salud a nivel empresarial el cual se lleva a cabo por un grupo de profesionales en salud, con el fin de gestionar y solucionar procesos de medicina laboral.
- La solicitud para mesas laborales se recibe por medio de correo electrónico o comunicados de por parte de Empleadores o ARL las cuales son remitidas al Profesional de Medicina Laboral quien realiza la programación y respectiva citación con el solicitante.
- Las mesas laborales a nivel empresa se realizarán con un representante autorizado por el empleador (responsable de Seguridad Salud en el Trabajo) que asuma los compromisos que en ella se generen.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 13/20

- En el desarrollo de la mesa laboral se analizan los casos que sean referidos previos a la reunión y se brindará seguimiento respectivo de acuerdo a los casos.
- Las mesas laborales deben realizarse de forma periódica, mensual o bimestral según sea la necesidad, con el fin de evaluar la ejecución de los compromisos adquiridos por las partes previamente.

5.6 Auditoria de Incapacidades

5.6.1 Objetivo:

Analizar, clasificar y direccionar de forma efectiva a la población con Incapacidades Prolongadas para la incorporación y gestión oportuna en los diferentes programas de la EPS, logrando impacto en la gestión en salud y en sus prestaciones económicas.

5.6.2 Definición:

El proceso de auditoría de incapacidades es un mecanismo mediante el cual se analiza la relación de pertinencia entre la historia clínica y la expedición de incapacidad del afiliado, con base en el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual.

5.6.3 Alcance:

Aplica a todos los afiliados cotizantes con incapacidad prolongada de los sectores público, oficial, semioficial y privado, independientemente de su tipo de vinculación laboral ocupación, edad y origen de pérdida de capacidad o condición de afiliación al Sistema Seguridad Social Integral

5.6.4 Consideraciones Generales:

- Las situaciones determinantes de la incapacidad temporal son aquellas en la que, bien por enfermedad común o laboral, bien por accidente, sea o no de trabajo, el trabajador recibe asistencia médica y está impedido para el trabajo. La competencia en materia de expedición de incapacidades la tienen los profesionales de la salud (médico y odontólogos)
- Las actuaciones médicas de control de las situaciones de Incapacidades Temporales deben asumir la necesaria existencia de unos tiempos de recuperación de la capacidad laboral de los trabajadores, necesarios para que los servicios de salud desarrollen todas las actuaciones diagnósticas, terapéuticas y tratamiento que conduzcan a la mejoría del estado de salud del trabajador. Las incapacidades deben ser emitidas en su totalidad y hasta ser dados de alta por el especialista tratante, de acuerdo a el criterio médico.
- En la legislación laboral colombiana existen dos tipos de incapacidades: incapacidad por enfermedad general e incapacidad por enfermedad laboral. La incapacidad por Enfermedad

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 14/20

General está a cargo de la EPS y se encuentra regulada por el Código Sustantivo del Trabajo en su artículo 277 y la incapacidad de origen laboral debe ser asumido por las ARL y se encuentra regulada por la Ley 776 del 2002, artículos 2º y 3º (siempre y cuando haya sido reportado y asumido como accidente laboral por la ARL, delo contrario será pertinencia de la EPS realizarla hasta tanto esta no sea calificada para definir el origen de la misma).

- En realización con la expedición de la incapacidad, se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones en referencia a la expedición de incapacidades:
 - La expedición de certificados de incapacidad temporal constituye un acto de carácter profesional libre y responsable, que compromete ante la EPS FAMISANAR y ante las autoridades competentes, tanto el médico u odontólogo que lo expide, así como cualquier otra persona que intervenga en su emisión.
 - El Profesional de la salud deberá utilizar el sistema de información para expedir el formato de incapacidad, observando especial cuidado en el diligenciamiento de cada uno de los campos.
 - Se debe recordar que este es un documento de carácter clínico y administrativo con impacto en el reconocimiento de prestaciones económicas.
 - La incapacidad médica debe ser generada sin enmendaduras en forma veraz, legible y completa con total claridad en cada uno de los campos a diligenciar.
 - Las incapacidades temporales que se otorguen se deben expedir basándose en la tabla de días promedio por patología y expedirlas de acuerdo con el límite inferior, con el fin de favorecer el control de los días generados y el proceso de reintegro laboral.
- En los casos en los cuales el usuario haya asistido a consulta por Especialista, es indispensable la revisión de dichos conceptos para el control en la expedición de los días de incapacidad.
- Se debe contemplar la realización de Juntas Médicas Multidisciplinarias para los casos en donde se evidencie persistencia de sintomatología a pesar de haber ofrecido todos los tratamientos médicos posibles según la patología, en aras de descartar factores como Ganancia Secundaria o desviación del tratamiento médico especialmente en pacientes demandantes de incapacidad o multi-consultantes.
- No generar incapacidad a pacientes beneficiarios, los cuales no la requieren en ningún caso.
- Es importante recordar a los pacientes al momento de la expedición de las Incapacidades Médicas, que estarán a cargo de los Empleadores los dos (2) primeros días de incapacidad originada por enfermedad general tanto en el sector público como en el privado; y de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a partir del tercer (3) día de Incapacidad acorde a la normatividad vigente.
- Las incapacidades expedidas como consecuencias de procedimientos con fines cosméticos, estéticos o suntuarios no tendrán reconocimiento económico.
- Certificados de incapacidad con vigencia retroactiva: La expedición de certificados de

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 15/20

incapacidad con vigencia retroactiva solo aplicará en el caso en que el ausentismo laboral tenga origen en trastornos de memoria, confusión mental, desorientación en tiempo y espacio, y otras alteraciones en la esfera psíquica, como consecuencias de patologías psiquiátricas, causas orgánicas o intoxicación con psicotrópicos y/o alcohol. En estos eventos el certificado lo puede expedir únicamente el médico especialista (neurólogo o psiquiatra) tratante y su retroactividad no debe ser superior a treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de la atención.

- **Servicios de Odontología:** Se recomiendan para efectos administrativos que las incapacidades temporales que se otorguen en el servicio de odontología sean hasta por un periodo máximo de 3 días, luego de los cuales se otorgarán las prórrogas de acuerdo con la pertinencia médica de las mismas.
- **Servicios de Medicina General:** Se recomiendan para efectos administrativos que las incapacidades temporales emitidas por médico general se otorguen por un periodo máximo de 10 días, luego de los cuales se otorgarán las prórrogas según la pertinencia médica de las mismas, y con remisión a Especialista acorde al caso.
- **Servicios de Especialista:** Se recomiendan para efectos administrativos, que las incapacidades temporales emitidas por los médicos especialistas, se otorguen por un periodo máximo de 30 días, en el evento en que el paciente requiera prórroga, la IPS debe establecer un mecanismo de remisión del usuario al especialista correspondiente para que valide la pertinencia e la prórroga de la incapacidad y de ser necesario remitirlo a Medicina Laboral para iniciar proceso de remisión al Fondo de Pensiones cuando la prórroga de su incapacidad temporal e igual o superior a 90 días.
- **Servicio de Urgencias:**
 - Cuando el paciente asiste a consulta posterior a su jornada laboral y requiere incapacidad se le debe expedir a partir del día siguiente, dado que ya terminó su jornada laboral.
 - Cuando el paciente asiste a consulta durante su jornada laboral pero no requiere incapacidad se debe emitir una constancia de asistencia en el evento en que lo requiera.
 - Para todas las especialidades y médico general, cuando tengan conocimiento de que un paciente ha llegado a 90 días de incapacidad temporal, deben remitirlo al área de medicina laboral, enviando la información al correo electrónico: saludocupacionaleps@famisanar.com.co con todos los datos de contacto del usuario, igualmente si el médico considera que el paciente tiene una incapacidad permanente y que tiene o no expectativa de una posible pensión por invalidez, por ello debe remitirlo con una orden médica oportunamente para su reintegro con recomendaciones o trámite ante el fondo de pensiones.
- A continuación, se menciona la actividad a realizar por parte de la EPS, según el día de incapacidad acumulado:

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 16/20

Día	Consideración
1	Inicia la incapacidad
90	Se realiza la carta para notificar a la empresa, AFP y usuario por parte de la EPS.
120	Se realiza segunda notificación con carta para notificar a la empresa, AFP y usuario por parte de la EPS.
120-149	Se cita usuario para valoración de medicina laboral o emisión de concepto de rehabilitación con historia clínica.
150	Remisión de expediente al fondo de pensiones
180	Ultimo día de pago de incapacidad por parte de la EPS
181	Reconocimiento o subsidio equivalente por la APF
181-540	Proceso de rehabilitación a cargo de la EPS
540	Ultimo día de incapacidades por parte de la AFP
181-540	Calificación de invalidez (AFP, juntas de calificación), reintegro laboral con una pérdida de la capacidad laboral menor a 50% PCL < 50%

- Incapacidades en pacientes pensionados: El auxilio económico por enfermedad o accidente general es una prestación en dinero que reconocen las EPS a sus afiliados trabajadores cotizantes no pensionados, para que en caso de que ocurra un accidente o enfermedad de origen común, que de manera temporal genere una inhabilidad física o mental, no se vean afectados económicamente. La ley señala que esta prestación no se le reconoce a los pensionados, toda vez que la mesada pensional proviene del Sistema General de Seguridad Social – SGSS–, y no sería coherente que el mismo sistema otorgara otra prestación económica -pensión e incapacidad- por el mismo día. Así el pensionado sea contratista y cotice como independiente o tenga contrato de trabajo y cotice como dependiente al -SGSS-, tampoco le será reconocida la prestación económica de incapacidad cuando la enfermedad o accidente sea de origen común. Con base en lo anterior es necesario validar en la consulta mediante el interrogatorio, si el paciente mayor a 57 años (mujeres) y 62 años (hombres) se encuentra pensionado con vejez o invalidez, con el fin de definir la expedición de la incapacidad.

6. DECRETO 1333 DEL 27 DE JULIO/2018

6.1 Objetivo

Reglamentar el procedimiento para la revisión periódica de las incapacidades por enfermedad general de origen común por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 17/20

6.2 Campo De Aplicación

Aplica a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), a los aportantes, los cotizantes, incluidos los pensionados que realizan aportes adicionales a su mesada pensional y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

6.3 Revisión Periódica De La Incapacidad

La revisión periódica de la incapacidad por enfermedad general de origen común será adelantada por las EPS y demás EOC, quienes deberán adelantar las siguientes acciones:

- ❖ Detectar los casos en los que los tiempos de rehabilitación y recuperación del paciente se desvíen de los previstos para una condición de salud específica, identificando el grupo de pacientes que está en riesgo de presentar incapacidad prolongada.
- ❖ Realizar a los pacientes mencionados un plan integral de tratamiento, monitoreo y evaluación del proceso de rehabilitación, que permita valorar cada sesenta (60) días calendario el avance de la recuperación de su capacidad laboral, constatando el curso normal de la evolución del tratamiento regular y efectivo y el estado de la recuperación. La valoración podrá realizarse antes del plazo señalado si así lo considera el médico tratante de acuerdo con la evolución del estado del paciente
- ❖ Consignar en la historia clínica por parte del médico u odontólogo tratante el resultado de las acciones de que tratan los numerales anteriores y comunicar al área de prestaciones económicas de la EPS o AFP que tenga a cargo el reconocimiento y pago de la incapacidad, según sea el caso.

Es de vital importancia registrar en la Historia Clínica el concepto de Mejoría Médica Máxima o Alta Médica del usuario, como requisito para la generación de la Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral en los casos que presenten concepto de rehabilitación Desfavorable.

6.4 Reconocimiento y pago de Incapacidades Superiores a 540 Días

Las EPS y demás EOC reconocerán y pagarán a los cotizantes las incapacidades derivadas de enfermedad general de origen común superiores a 540 días en los siguientes casos

- ❖ Cuando exista concepto favorable de rehabilitación expedido por el médico tratante, en virtud del cual se requiera continuar en tratamiento médico.
- ❖ Cuando el paciente no haya tenido recuperación durante el curso de la enfermedad o lesión que originó la incapacidad por enfermedad general de origen común, habiéndose seguido con los protocolos y guías de atención y las recomendaciones del médico tratante.
- ❖ Cuando por enfermedades concomitantes se hayan presentado nuevas situaciones que prolonguen el tiempo de recuperación del paciente.

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 18/20

De presentar el afiliado cualquiera de las situaciones antes previstas, la EPS deberá reiniciar el pago de la prestación económica a partir del día quinientos cuarenta y uno (541)

6.5 Situaciones Del Abuso Del Derecho

Se establecen las siguientes conductas:

- ❖ Cuando se establezca por parte de la EPS o EOC que el cotizante no ha seguido el tratamiento y terapias ordenadas por el médico tratante, no asista a las valoraciones, exámenes y controles o no cumpla con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación en al menos el 30% de las situaciones descritas. (Debe ser resuelta por EPS o EOC)
- ❖ Cuando el cotizante no asista a los exámenes y valoraciones para determinar la pérdida de capacidad laboral. (Debe ser resuelta por EPS o EOC)
- ❖ Cuando se detecte presunta alteración o posible fraude en alguna de las etapas del curso de la incapacidad, para lo cual el caso se pondrá en conocimiento de las autoridades competentes, quedando obligado a ello quien detecte tal situación (Debe ponerse en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación)
- ❖ La comisión por parte del usuario de actos o conductas presuntamente contrarias a la ley relacionadas con su estado de salud (Debe ponerse en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación)
- ❖ Cuando se detecte fraude al otorgar la certificación de incapacidad. (Debe ponerse en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación)
- ❖ Cuando se detecte que el cotizante busca el reconocimiento y pago de la incapacidad tanto en la EPS-EOC como en la ARL por la misma causa, generando un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Debe ser resuelta por EPS o EOC)
- ❖ Cuando se efectúen cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos falsos. (Debe ponerse en conocimiento de la Fiscalía General de la Nación)
- ❖ Cuando se detecte durante el tiempo de incapacidad que el cotizante se encuentra emprendiendo una actividad alterna que le impide su recuperación y de la cual deriva ingresos. (Deberá ser puesta en conocimiento por parte del empleador a la EPS)
- ❖ Las pruebas que se aporten a la Fiscalía General de la Nación tienen como fin determinar la posible existencia de hechos punibles y su eventual traslado a la Jurisdicción Penal.

7 PROCESOS O SUBPROCESOS RELACIONADOS

- Gestión de Medicina del Trabajo
- Prestaciones Económicas

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 19/20

- Gestión de Relación con los Usuarios

8 ANEXOS

8.1 Anexo No 1: Manual de Incapacidades consideraciones generales y diagnósticos más frecuentes

Las tablas de agrupación de enfermedades vs días promedio se adjunta en archivo PDF en el cual se interpreta de acuerdo con el siguiente instructivo:

Instructivo para la lectura del Manual de Incapacidades

❖ Objetivo General

Orientar a las IPS, Médicos y Odontólogos de la red de servicios de EPS Famisanar acerca de la generación justa y razonable de la incapacidad temporal acorde al diagnóstico médico, para encaminar el reintegro laboral oportuno y seguro de los usuarios cotizantes.

8.2 Anexo No 2: Documentos requisito para la calificación ATEL

❖ Documentos requisitos para la calificación de la enfermedad laboral

DOCUMENTO TRABAJADOR	EMPLEADOR	
Historia clínica		X
FUREP: Formato Único de Reporte de Enfermedad Laboral	X	
Autorización revisión de la historia clínica		X
Examen de ingreso del trabajador	X	
Contrato de trabajo (copia)	X	
Certificado de cargos y funciones	X	
Análisis de puesto de trabajo (APT)	X	
Historia clínica ocupacional	X	
Matriz de peligro	X	
Hojas de seguridad - Descripción de herramientas	X	
Mediciones ambientales	X	
Copia del documento de identidad		X
Copia del carné ARL		X

	Proceso: Gestión de Servicios en Salud	
	Subproceso: Gestión de Medicina del Trabajo	
	Manual: Medicina del Trabajo e Incapacidades (IPS – Profesionales Médicos Adscritos)	
	Fecha Actualización: 16/07/2021	Página 20/20

Escrito laboral: Elaborar una descripción de las actividades laborales que desempeña		X
Orden médica		X
Otros que considere el empleador relacionados con el caso	X	

❖ Documentos requisitos para la calificación de Accidente de trabajo

DOCUMENTO	EMPLEADOR	TRABAJADOR
Historia clínica		X
FURAL: Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo	X	
Autorización revisión de la historia clínica		X

9 BIBLIOGRAFIA

N/A

10 HISTORIAL DE CAMBIOS

Fecha	Descripción de Cambios
03/03/2019	Creación de documento
16/07/2021	Actualización de temas de contactabilidad, se incluyó temas de auditoría de incapacidades, ajuste en el propósito, se incluyeron actividades de reintegro laboral.