



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

REHABILITACIÓN PROFESIONAL:
HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN
DEL RETORNO AL TRABAJO E
INCLUSIÓN LABORAL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA
OPTAR EL GRADO DE MAESTRA EN
MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO
AMBIENTE

PAOLA DEL CARPIO SAMANIEGO

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR

MG. MIRKO ROGERS PEZOA VILLANUEVA

CO ASESOR

MG. MELANY RAMIREZ MAROCHO

JURADO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

MAG. VICTOR RAUL ZAMATA MAQUERHUA

PRESIDENTE

MAG. ISELLE LYNN SABASTIZAGAL VELA

VOCAL

MAG. MAEG ALBERTO ARRIOLA ESCALANTE

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A Oscar, mi padre, que con su ejemplo me enseñó disciplina y constancia.

Su luz sigue acompañando mis pasos.

AGRADECIMIENTOS.

A los profesionales integrantes de los equipos de rehabilitación profesional que,

con generosidad y apertura, compartieron su experiencia y conocimiento,

aportando ideas que enriquecieron y orientaron el desarrollo de este portafolio.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Trabajo de investigación Autofinanciado

DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	25	OCTUBRE	2025
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	DEL CARPIO SAMANIEGO PAOLA		
PROGRAMA DE POSGRADO	MAESTRÍA EN MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2012		
TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	REHABILITACIÓN PROFESIONAL: HERRAMIENTA PARA LA GESTIÓN DEL RETORNO AL TRABAJO E INCLUSIÓN LABORAL		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO	PORTAFOLIO		
Declaración del Autor			
<p>El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.</p>			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	952719900		
E-mail	paola.del.carpio.s@upch.pe		



Firma del Egresado
DNI 41322456

ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
I. DESARROLLO DE TRABAJOS	4
CAPÍTULO 1	4
DISCAPACIDAD Y TRABAJO	4
1.1 DISCAPACIDAD: GENERALIDADES	4
1.2 DISCAPACIDAD VERSUS INCAPACIDAD	8
1.2.1 Marco Normativo de la Certificación de Discapacidad:	9
1.2.2 Marco Normativo de la Certificación de Incapacidad Laboral:	11
1.2.3 Importancia de las certificaciones	13
1.3 DISCAPACIDAD Y EMPLEO	16
CAPÍTULO 2	24
REHABILITACIÓN PROFESIONAL	24
2.1 COMPONENTES	24
2.2 FASES	26
2.3 BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL RETORNO AL TRABAJO	36
2.4 REHABILITACIÓN PROFESIONAL EN PERÚ	38
CAPÍTULO 3	46
EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL PARA EL TRABAJO Y AJUSTES RAZONABLES	46
3.1 EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL	50
3.2 ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO	55
3.3 AJUSTES RAZONABLES	59
II. CONCLUSIONES	68
III. RECOMENDACIONES	70
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

RESUMEN

Los trabajadores, por lo general, son personas sanas o con patologías con nulo o muy leve impacto en su desempeño laboral. El médico ocupacional tiene la misión de vigilar la salud de los trabajadores de modo que el trabajo no afecte su bienestar físico, mental ni social, así como puedan mantener o mejorar su productividad.

Sin embargo, y cada vez con mayor frecuencia, habrá personas que tengan problemas de salud importantes y permanentes que integren las poblaciones de trabajadores: las personas con discapacidad. Esto ocurre por dos motivos. El primero como consecuencia de un accidente laboral o enfermedad ocupacional en los que hay que gestionar el retorno al trabajo; y el segundo, personas con discapacidad, por razones extralaborales, que deben ser incluidos en un entorno laboral de acuerdo con la legislación peruana vigente. Esto significa un reto para el médico ocupacional.

La Rehabilitación Profesional es un proceso que permite a una persona con discapacidad, recuperar o adquirir las habilidades necesarias para acceder a un empleo y además conservarlo.

Este trabajo de investigación tipo Portafolio busca determinar cómo la rehabilitación profesional puede intervenir como herramienta en la gestión del retorno e inclusión laboral de personas con discapacidad.

PALABRAS CLAVES Salud Ocupacional, Rehabilitación Profesional, Persona con Discapacidad, Retorno al Trabajo, Inclusión Laboral.

ABSTRACT

Workers are generally healthy individuals or those with conditions that have no or only minimal impact on their occupational performance. The occupational physician is tasked with monitoring workers' health to ensure that work does not adversely affect their physical, mental, or social well-being, while also enabling them to maintain or improve their productivity.

However, there will be a proportion of the workforce, with increasing frequency, that will be composed of individuals with significant and permanent health conditions: disabled persons. This situation arises for two main reasons. First, as a consequence of occupational accidents or work-related illnesses, which require adequate management of return-to-work processes; and second, due to disabilities of non-occupational origin, in which case individuals must be incorporated into the labor environment in accordance with current Peruvian legislation. This represents a considerable challenge for the occupational physician.

Vocational Rehabilitation is a process that enables a person with a disability to regain or acquire the skills necessary to access employment and, moreover, to sustain it over time .

This portfolio-based research seeks to determine how vocational rehabilitation can function as a management tool to facilitate both the return-to-work process and the supported employment of disabled persons.

KEYWORDS : Occupational Health, Vocational Rehabilitation, Disabled Person, Return to Work , Supported Employment.

INTRODUCCIÓN

El trabajo tiene un papel muy importante en la vida de cualquier persona. Además de generar ingresos económicos, el trabajador obtiene satisfacción a través del sentido de propósito y reconocimiento social (1). Por el contrario, cuando una persona se ve forzada a quedar fuera del mercado laboral, presenta vulnerabilidad económica y social además de afectación de su salud (2). Esto se da con frecuencia en las personas con discapacidad.

La discapacidad constituye una de las principales causas de exclusión social y laboral a nivel mundial. Las personas con discapacidad en edad de trabajar enfrentan múltiples barreras para acceder y mantenerse en el empleo debido a estigmas sociales, ajustes laborales insuficientes o demandas laborales desproporcionadas (3,4). Por esta razón, la normativa a nivel mundial y local promueve el derecho a trabajar de las personas con discapacidad (5–8).

En Perú, en el 2022, sólo el 40% de las personas con discapacidad en edad de trabajar tenía un empleo, en la mayoría de los casos un empleo independiente (9,10). Para promover el empleo formal, la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad, menciona una cuota de empleo para personas con discapacidad del 5% para el sector público y del 3% para empresas del sector privado con más de 50 trabajadores (8). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos normativos, en el 2023, se debieron contratar a más de 3400 personas con discapacidad para cubrir la brecha solamente en el sector público (11).

Esto significa que el médico ocupacional se va a enfrentar con cada vez más frecuencia al reto de evaluar y dar seguimiento a la salud de personas con discapacidad como integrantes de su población de trabajadores. Esto se dará en dos situaciones:

-Cuando el trabajador ha sufrido un accidente o enfermedad ocupacional y debe retornar al trabajo (12).

-Y cuando se trata de personas con discapacidad no relacionada al trabajo, que necesitan ser incluidas laboralmente (8).

Para que los procesos de retorno e inclusión laboral sean exitosos, las personas con discapacidad se pueden beneficiar de un proceso de Rehabilitación Profesional, que es aquel que permite a una persona con discapacidad recuperar o adquirir las habilidades necesarias para acceder a un empleo y además conservarlo (13).

Este trabajo de investigación de tipo Portafolio busca responder a la pregunta: ¿Cómo la Rehabilitación Profesional puede intervenir como herramienta en la gestión del retorno e inclusión laboral de personas con discapacidad?

La respuesta a esta pregunta de investigación adquiere relevancia en tres dimensiones. En el plano teórico, contribuye a ampliar el conocimiento científico en rehabilitación profesional, un campo con escasas publicaciones en el Perú y en Latinoamérica, y que servirá de base para futuros estudios. En el ámbito práctico, responde a la necesidad de los profesionales de salud ocupacional de contar con

herramientas y modelos que faciliten la gestión del retorno al trabajo y la inclusión laboral de personas con discapacidad, en concordancia con la normativa nacional e internacional vigente. Finalmente, en la dimensión social, aborda la problemática de exclusión laboral y social de esta población, proponiendo la rehabilitación profesional como estrategia para promover autonomía, equidad y ejercicio del derecho a un empleo digno.

Para ello se desarrolla tres capítulos. En el primer capítulo se abordan temas de Discapacidad y trabajo en donde se exponen conceptos generales de discapacidad, condiciones laborales, así como los marcos normativos que regulan el derecho al empleo en igualdad de condiciones. En el segundo capítulo se describe el proceso de rehabilitación profesional describiendo sus componentes y fases, así mismo se describe cómo se lleva este proceso en el ámbito nacional. Finalmente, en el tercer capítulo, se hace una revisión de los métodos de evaluación de capacidad funcional para el trabajo y análisis de puesto de trabajo de tal manera que se puedan identificar las limitaciones y potencialidades de un trabajador para ocupar determinado puesto de trabajo, así como los posibles ajustes razonables para la adecuación de este.

Los hallazgos se analizarán de manera crítica y comparativa, identificando vacíos, coincidencias, buenas prácticas y recomendaciones aplicables. De este modo, la investigación aportará evidencia para fortalecer la rehabilitación profesional como herramienta de gestión en el retorno e inclusión laboral de personas con discapacidad.

I. DESARROLLO DE LOS TRABAJOS

CAPÍTULO 1

DISCAPACIDAD Y TRABAJO

1.1 DISCAPACIDAD: GENERALIDADES

El concepto de discapacidad ha ido evolucionando a través del tiempo. En la antigüedad, las personas con deformidades o limitaciones físicas eran marginadas, ocultadas e incluso el infanticidio o eliminación de estas personas era socialmente aceptado al ser percibidas como una carga. Durante la Edad Media, la discapacidad se vinculó a la superstición y al castigo divino, consolidando prácticas de exclusión familiar y comunitaria. Con los avances médicos del siglo XIX, emergió el modelo médico-rehabilitador, que entendía la discapacidad como un estado susceptible de mejora en el que la persona con discapacidad adquiriría valor social en tanto recuperara sus funciones físicas y alcanzara una productividad laboral que le permitiera una remuneración; aunque bajo una visión asistencialista que otorgaba a la persona un rol pasivo en su proceso de recuperación. Finalmente, en el siglo XX, el desarrollo de los derechos humanos y los movimientos sociales impulsaron el modelo social de la discapacidad, que postulaba que esta condición se originaba en un entorno no inclusivo que imponía barreras y restricciones al individuo (6,14,15). Actualmente, el modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) es el marco conceptual vigente para describir y medir la discapacidad. La CIF organiza sus componentes en (16):

- Funciones y estructuras corporales: se refieren a las estructuras anatómicas del cuerpo, así como a sus funciones fisiológicas y psicológicas. Su alteración genera una disfunción o deficiencia.
- Actividades: comprenden la ejecución de tareas o acciones por parte de un individuo. Cuando existe dificultad en realizarlas, se habla de limitaciones en la actividad.
- Participación: alude al grado de involucramiento de la persona en situaciones vitales de la vida real. Las restricciones en la participación reflejan obstáculos en la integración social, educativa, laboral y comunitaria.
- Factores contextuales: incluyen factores personales (edad, sexo, nivel educativo, motivación, estilos de afrontamiento) y ambientales (barreras arquitectónicas, normas sociales, políticas públicas, apoyo familiar y comunitario). Estos pueden actuar como facilitadores o como barreras para la funcionalidad.

De acuerdo con este modelo, la discapacidad es una condición dinámica que no solamente tiene que ver con el estado de salud, sino cómo la persona, con sus factores personales individuales, interactúa con factores ambientales para su mayor o menor participación en situaciones de la vida diaria (15,16).

Para entender mejor este concepto, puede considerarse el caso de un varón de 40 años con amputación transfemoral del miembro inferior izquierdo, quien presenta una deficiencia anatómica y funcional que afecta la marcha; sin embargo, el grado de discapacidad que experimenta varía según sus factores contextuales. Si vive en una zona rural sin accesibilidad, carece de prótesis y enfrenta estigmatización

laboral, su limitación en la actividad será severa (dificultad para desplazarse y realizar tareas básicas) y se acentuará la restricción en la participación (exclusión laboral y social). En contraste, si reside en un entorno urbano accesible, cuenta con rehabilitación integral, prótesis adecuada, apoyo familiar y políticas de inclusión laboral, las limitaciones en la actividad se reducen y la participación social y ocupacional se ve favorecida. De este modo, de acuerdo con la CIF, la discapacidad se configura como un fenómeno dinámico que no depende del estado de salud (amputación) sino de la interacción entre esta condición y los factores contextuales. La discapacidad constituye una condición que impacta al individuo que la tiene y además repercute directamente en su familia y en la sociedad en su conjunto. La evidencia muestra que las personas con discapacidad enfrentan restricciones significativas en el acceso a la educación, lo que posteriormente limita sus posibilidades de inserción laboral. Asimismo, experimentan menor accesibilidad a servicios de salud, condiciones inadecuadas de vivienda y deficiencias en saneamiento básico. Estas limitaciones, combinadas con la necesidad de mayores gastos en salud y asistencia, generan un proceso de marginación económica y social que incrementa la vulnerabilidad de esta población. En contextos de bajos ingresos y de políticas de inclusión insuficientes, estas condiciones favorecen la formación de un círculo vicioso en el que discapacidad y pobreza se retroalimentan, perpetuando la exclusión social. A ello se suma la sobrecarga emocional y económica que recae en las familias, así como el impacto financiero que representa para los sistemas de salud y los Estados (15).

Se estima que el 16% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad, concentrándose cerca del 80% en países de ingresos bajos y medios (17). Sin

embargo, las cifras reportadas varían ampliamente: mientras en países desarrollados la prevalencia fluctúa entre 12% y 16%, en naciones en vías de desarrollo se registran porcentajes inferiores al 6%. En América Latina, los valores oscilan entre 3% y 6% en países como Bolivia, México y Colombia, alcanzando 12.9% en Argentina y 16.7% en Chile; en el Perú, la prevalencia es del 10.3%. A pesar de que las cifras así lo indican, esto no significa que en los países con menores ingresos económicos la prevalencia de discapacidad sea menor que en los países desarrollados, sino que, posiblemente, el diagnóstico o registro de discapacidad sea muy pobre debido a la falta de accesibilidad a servicios de salud equitativos y el déficit de recurso humano entrenado y capacitado (9,18).

La prevalencia de discapacidad se ha incrementado en la última década. Esto responde al envejecimiento poblacional, al aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, a desastres naturales, conflictos sociales y a la pandemia de COVID-19 (17). La discapacidad afecta principalmente a personas mayores de 60 años y presenta mayor frecuencia en mujeres, tendencia también observada en el Perú, donde los adultos mayores constituyen el 40% de esta población y las mujeres el 57% (9).

Se define a la persona con discapacidad como “aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás.”. En este sentido, para fines estadísticos y de registro, la discapacidad se clasifica en cuatro grandes grupos: física o motora, sensorial, mental e intelectual (8,9,19):

- Discapacidad física o motora: incluye limitaciones en la movilidad derivadas de deficiencias musculoesqueléticas o neurológicas.
- Discapacidad sensorial: Se refiere a las limitaciones en los sentidos, dentro de las más importantes se encuentra la discapacidad visual y auditiva, y además incluye las alteraciones de la comunicación o utilización del lenguaje.
- Discapacidad intelectual: caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento cognitivo y la capacidad de aprendizaje.
- Discapacidad mental: vinculada al comportamiento de la persona que lleva a trastornos adaptativos.
- Discapacidad múltiple: cuando coexisten dos o más tipos de discapacidad en una misma persona.

En el Perú, el tipo de limitación más frecuentemente reportada es la visual (61%) seguida por la limitación para moverse o caminar (25%). Siguen en frecuencia las limitaciones para oír (17%), para entender o aprender (10%) y para relacionarse con los demás (7%) (8).

Respecto a su etiología la discapacidad puede ser congénita o adquirida. Dentro de las causas adquiridas se encuentran las enfermedades y los accidentes (incluidos la violencia y desastres naturales). En Perú en el año 2012 se reportó un origen genético en el 18.2% de las personas con discapacidad. Dentro de los casos adquiridos la mayor parte de discapacidad se debe a edad avanzada 44%. (20).

1.2 DISCAPACIDAD VERSUS INCAPACIDAD

Es fundamental diferenciar los conceptos de discapacidad e incapacidad, dado que en el ámbito médico y de otras áreas de la salud suelen emplearse de manera

indistinta como sinónimos, cuando en realidad presentan significados distintos. La discapacidad se refiere a la pérdida o limitación de la funcionalidad que impacta en diversas dimensiones de la vida del ser humano, desde las actividades de la vida diaria hasta la participación social y laboral. En contraste, la incapacidad se define como la consecuencia de una deficiencia anatómica, fisiológica o psicológica que conlleva la imposibilidad de ejecutar actividades dentro de los parámetros considerados normales para el individuo, ya sea de origen laboral o general. Esta condición puede demostrarse mediante evaluaciones clínicas, exámenes de auxiliares u otros estudios técnicos, y es susceptible de valoración en términos de temporalidad y severidad. Se reconoce como una contingencia protegida por los sistemas de seguridad social y previsionales, dado que implica una pérdida de la capacidad laboral con repercusiones económicas y ocupacionales. En este sentido, la discapacidad constituye un concepto más amplio, pues integra esferas biológicas, psicológicas y sociales, mientras que la incapacidad se restringe al ámbito ocupacional (16,21,22).

En el contexto peruano, los procesos de certificación de la discapacidad y de la incapacidad laboral se encuentran regulados por marcos normativos diferenciados.

1.2.1 Marco Normativo de la Certificación de Discapacidad:

El procedimiento de certificación de la discapacidad está regulado por la Norma Técnica de Salud N.º 127-MINSA/2016/DGIESP, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 981-2016/MINSA, la cual fue modificada por las Resoluciones Ministeriales N.º 558-2023-MINSA y N.º 884-2024-MINSA. Este marco normativo establece las disposiciones técnicas y administrativas para la evaluación,

calificación y certificación de las personas con discapacidad en los establecimientos de salud acreditados (22–24).

El trámite de certificación de discapacidad debe realizarse en un establecimiento de salud acreditado y cercano al domicilio a solicitud de la persona con discapacidad o presunta discapacidad. En casos de imposibilidad de solicitarlo por sí mismo por razones de salud, institucionalización o minoría de edad, la solicitud puede ser gestionada por una persona de apoyo, representante institucional o tutor legal, según corresponda (22).

El procedimiento consta de tres fases claramente definidas(22):

- Evaluación: Determina la capacidad anatómica y funcional de la persona solicitante, identificando signos, síntomas y limitaciones permanentes. La evaluación es realizada por un médico rehabilitador, un especialista en la patología de base o un médico cirujano acreditado. El evaluador puede requerir exámenes auxiliares o interconsultas y debe garantizar que la limitación funcional tenga carácter permanente. En caso de patologías o accidentes recientes, el solicitante debe haber pasado por tratamiento o proceso de rehabilitación mínimo de seis meses antes de la evaluación. Se exceptúan únicamente condiciones claramente irreversibles como amputaciones mayores o síndromes genéticos.
- Calificación: Establece el grado y severidad de la discapacidad mediante la valoración de siete dimensiones fundamentales: conducta, comunicación, cuidado personal, locomoción, disposición corporal, destreza y situación. Cada área se puntúa en una escala de 0 a 6, que va desde ausencia de limitación hasta limitación completa dependiendo del nivel de dificultad y

el grado de asistencia requerido. Para precisar el grado de restricción en la participación se aplican baremos diferenciados según la edad y las funciones cognitivas o de desarrollo del solicitante.

- **Certificación:** Constituye el acto administrativo mediante el cual un médico certificador, debidamente capacitado y acreditado, registra y emite el Certificado de Discapacidad. El documento se refrenda por la dirección del establecimiento de salud y, en centros de mayor complejidad, se valida además por el jefe del servicio o departamento correspondiente.

1.2.2 Marco Normativo de la Certificación de Incapacidad Laboral:

La regulación de la incapacidad laboral en el Perú se sustenta en la Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, su reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 009-97-SA, y las disposiciones del Decreto Supremo N.º 003-98-SA que aprueba las normas técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR). A este marco se suma la Norma Técnica de Salud N.º 220-MINSA/DGIESP-2024, que define el procedimiento nacional para la evaluación, calificación y certificación de la incapacidad laboral por accidente de trabajo o enfermedad profesional de los trabajadores asegurados al seguro complementario de trabajo de riesgo (SCTR), aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 884-2024/MINSA (21,25–27).

El proceso para obtener el Certificado de Incapacidad Laboral se inicia a través de una solicitud presentada por el trabajador asegurado o su empleador ante la compañía aseguradora. Cuando el asegurado no puede realizar el trámite por razones de salud, puede ser representado por una persona de apoyo. La aseguradora,

a su vez, deriva la documentación al establecimiento de salud evaluador acreditado, que inicia la primera etapa del proceso: la evaluación médica. Dicha evaluación se estructura en cuatro subetapas (21):

- Diagnóstico y reconocimiento de la enfermedad profesional o accidente de trabajo, a cargo de un médico ocupacional, cuya labor principal es establecer el nexo causal entre la condición de salud y la actividad laboral.
- Evaluación de deficiencias, realizada por el especialista en el órgano o sistema afectado, quien codifica el diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y describe secuelas, pronóstico y capacidad funcional.
- Evaluación del rol laboral, dirigida por el médico ocupacional, quien contrasta los requerimientos del puesto de trabajo (lugar físico, herramientas, tareas, deberes y responsabilidades en el puesto de trabajo) así como las capacidades cognitivas, físicas y psicosociales del trabajador, además de carga física, mental, emocional y factores ambientales de tal modo que se puntúe el rol laboral.
- Evaluación de la restricción en la participación, a cargo de un médico rehabilitador, quien valora el impacto de la condición relacionada al trabajo en actividades vitales, autonomía y participación social, considerando categorías como movilidad, cuidado personal, comunicación, vida económica y doméstica.

Posteriormente, las fases de calificación y certificación corresponden a la Comisión SCTR, integrada por especialistas en medicina ocupacional, rehabilitación, otorrinolaringología, neumología, psicología y derecho. La comisión determina si

la incapacidad es temporal o permanente y, en este último caso, si se trata de incapacidad parcial o total. Se considera incapacidad total cuando la pérdida de la capacidad laboral equivale o supera dos tercios de la capacidad previa al accidente o enfermedad; mientras que la incapacidad parcial corresponde a reducciones mayores al 20% pero menores a los dos tercios (21).

1.2.3 Importancia de las certificaciones

Tanto el Certificado de Discapacidad como el de Incapacidad Laboral por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional son documentos médico-legales de carácter oficial que acreditan la condición de discapacidad o incapacidad laboral de una persona (21,22). Su obtención constituye un requisito indispensable para acceder a los derechos, beneficios, subsidios y medidas de inclusión laboral y social previstas en la normativa vigente.

En el caso del Certificado de Discapacidad, una vez inscrito en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, administrado por el Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS) se emitirá un carné de Inscripción en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad, documento que acredita formalmente esta condición. Actualmente se expiden dos modalidades: el carné azul asignado a personas con discapacidad leve y moderada y el carné amarillo reservado para discapacidad severa. Esta diferenciación correspondiente a un criterio de severidad tiene como finalidad garantizar una atención más focalizada en quienes requieren mayor soporte por parte del Estado. El carné amarillo incorpora beneficios adicionales de protección social, tales como prioridad en programas de salud y asistencia social, acceso a pensiones no contributivas para

personas en situación de pobreza o pobreza extrema, y facilidades para la provisión de dispositivos de apoyo, prótesis y servicios especializados de rehabilitación. No obstante, independientemente de la modalidad, el carné de discapacidad faculta a toda persona registrada a ejercer un conjunto de beneficios comunes, entre los que destacan: el acceso a programas de inserción laboral, el cumplimiento de la cuota de contratación en el sector público y privado, beneficios tributarios, así como la inclusión preferente en programas sociales de apoyo económico, educación inclusiva, becas y programas de vivienda (9).

El certificado de Incapacidad Laboral permite a la persona asegurada al SCTR acceder a pensiones por invalidez (27).

- Invalidez parcial permanente: otorga una pensión equivalente al 50% de la remuneración mensual, si el grado de pérdida de la capacidad si es igual o mayor al 50% pero menor a los dos tercios, y si esta pérdida se encuentra entre el 20% y menos del 50% se otorgan 24 mensualidades por única vez.
- Invalidez total permanente: confiere una pensión equivalente al 70% de la remuneración mensual del trabajador, al haber perdido dos tercios o más de su capacidad de trabajo. Esta pensión puede llegar al 100% en caso de incapacidad para cualquier tipo de trabajo sumado al requerimiento de asistencia permanente de un cuidador para actividades de la vida diaria y movilización.

Estas prestaciones económicas constituyen un mecanismo de protección social frente a los riesgos derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, garantizando la continuidad del sustento económico del trabajador afectado y de su familia (27).

En el Perú, subsisten importantes limitaciones que restringen el acceso equitativo a los procesos de certificación de discapacidad e incapacidad laboral. En lo que respecta al Certificado de Discapacidad, en el 2012 se reportó que el 92.4% de las personas con discapacidad no contaban con certificado (20) persiste una brecha significativa en la disponibilidad de servicios de salud acreditados, especialmente en áreas rurales y periurbanas. La escasez de profesionales capacitados y acreditados para realizar la evaluación médica ocasiona demoras prolongadas, concentración de la atención en centros urbanos de mayor complejidad y, en consecuencia, desigualdades territoriales en la obtención del carné emitido por el CONADIS (9).

Por su parte, el acceso al Certificado de Incapacidad Laboral derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional se ha visto afectado por la ausencia de lineamientos homogéneos para su calificación, lo que generaba discrepancias y retrasos en la emisión de dictámenes médicos. La reciente incorporación de la Norma Técnica de Salud N.º 220-MINSA/DGIESP-2024 constituye un paso relevante hacia la estandarización de los procedimientos; sin embargo, su puesta en práctica aún enfrenta dificultades debido a la necesidad de consolidar la operatividad de las Comisiones Médicas SCTR, cuya organización y despliegue nacional se encuentra en etapas iniciales (28).

En este escenario, se hace evidente la urgencia de fortalecer la capacidad resolutive del sistema de salud, ampliar la cobertura de establecimientos y médicos certificadores, así como implementación de las comisiones pertinentes para garantizar la aplicación uniforme de la normativa vigente de modo que las personas en situación de discapacidad o incapacidad accedan sin retrasos a los beneficios,

subsidios y oportunidades de inclusión que la legislación peruana reconoce como derechos fundamentales.

1.3 DISCAPACIDAD Y EMPLEO

A nivel mundial, se estima que alrededor del 80% de las personas con discapacidad se encuentran en edad de trabajar (29). En el Perú, el 45,4% de esta población correspondía al rango entre 18 y 59 años, mientras que el 40% correspondía a 60 años o más (10). La discapacidad se asocia a una mayor probabilidad de desempleo, con la consecuente afectación en los ingresos económicos familiares, disminución de la autonomía, afectación de la autoestima, exclusión social e incremento de la carga para los Estados (30). A nivel familiar, la exclusión laboral de las personas con discapacidad reduce de manera significativa los ingresos del hogar, tanto por la ausencia de remuneración directa de la persona con discapacidad como por el costo de oportunidad asociado al familiar que asume el rol de cuidador y que limita o interrumpe su participación en el mercado laboral. En el plano macroeconómico, la discapacidad representa una carga considerable para los Estados, debido al incremento del gasto en programas sociales y de asistencia, así como a la disminución de la productividad con la consecuente menor recaudación fiscal derivada de la falta de generación de ingresos por parte de las personas con discapacidad y sus cuidadores. Se estima que en países de ingresos medios y bajos estas pérdidas económicas ascienden a entre el 3% y el 7% del Producto Bruto Interno (PBI), reflejando el impacto de la exclusión laboral de esta población (15).

La menor tasa de empleabilidad podría explicarse por la mayor prevalencia de discapacidad en personas de edad avanzada y el menor nivel educativo de estas. Sin embargo, aun al controlar dichas variables, la desventaja laboral persiste, confirmando la existencia de una brecha estructural. Se ha estimado que las personas con discapacidad tienen un 29% más de probabilidades de quedar excluidas del mercado laboral en comparación con aquellas sin esta condición, situación más marcada en los países en vías de desarrollo (31).

En cuanto a las diferencias por sexo, la tasa de desempleo en mujeres es mayor que en varones con discapacidad. No obstante, en contextos de países de ingresos medios y bajos, la empleabilidad de las mujeres con discapacidad tiende a incrementarse, probablemente debido a la necesidad de aceptar empleos como estrategia de subsistencia familiar (31). En el ámbito nacional, para el año 2024, el 42% de las viviendas ocupadas por una persona con discapacidad tenían como jefe del hogar a una persona con esta condición, predominando los varones y los residentes en zonas rurales del país. Los jefes de hogar con discapacidad del sexo femenino se encontraron en el 33% de casos (9).

El 43% de las Personas con discapacidad en edad de trabajar formaron parte de la Población económicamente activa en Perú en el año 2024 frente al 73% en caso de personas sin discapacidad. Esta situación se ha mantenido en cifras similares en la última década, exceptuando la época de pandemia entre los años 2020 y 2021 en los que las cifras descendieron (9). Esta brecha de 30 puntos porcentuales entre la población general y las personas con discapacidad se debe a las barreras a las que se enfrentan estas últimas al momento de ser incluidas en el mercado laboral. Estas barreras no son solamente estructurales a nivel de acceso geográfico, arquitectónico

y de transporte, sino también sociales y culturales (30,32). Entre las principales causas de dificultad para conseguir trabajo, se encuentran: discriminación (23.1%), autopercepción de incapacidad (18.2%), subestimación por parte de terceros (16.1%), falta de preparación (7%), obstáculos asociados a la infraestructura no adaptada (3.7%) y al alto costo del transporte (5.2%) (20).

Como se evidencia en las cifras anteriores y en concordancia con publicaciones internacionales, una de las barreras más importantes es la actitud estigmatizante por parte de los empleadores quienes consideran a las personas con discapacidad menos capaces para desempeñar sus funciones (20,33). De acuerdo con la encuesta “Prospectiva de demanda de personas con discapacidad” (ENCARTE) del 2012, el 71.7% de las más de 7000 empresas encuestadas que operan en el país, reportaron que no contratan ni contratarían personas con discapacidad (34). Esto se debe en su mayoría a la falta de información acerca de empleo y discapacidad (20,31–33).

Asociado a la percepción de menor capacidad de desempeño laboral, las personas con discapacidad se enfrentan a una barrera adicional: las disparidades educativas. Las personas con discapacidad tienen un menor acceso a educación, lo que se relaciona con ofertas educativas reducidas. En el Perú, el 40 % alcanzó solo educación primaria, mientras que el 12% accedió a estudios superiores universitarios o técnicos y únicamente el 0,2% alcanzó a cursar estudios de postgrado. Las brechas son más acentuadas en el ámbito rural, donde predominan niveles educativos más bajos en comparación con el área urbana (9,34).

Para disminuir estas barreras existe un marco normativo a nivel global, regional y local que busca favorecer la inclusión laboral. A nivel global La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) es el instrumento universal

más relevante. Su artículo 27 reconoce “el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás”, y obliga a los Estados a prohibir la discriminación, garantizar condiciones de trabajo justas y dignas, asegurar ajustes razonables, promover el empleo público y privado inclusivo, así como el derecho a la rehabilitación profesional y colocación laboral (6). En el marco normativo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Convenio 159 sobre la readaptación profesional y el empleo de personas con discapacidad establece la obligación de los Estados de organizar y fortalecer servicios de rehabilitación profesional y de empleo, tanto en áreas urbanas como rurales, con el fin de garantizar que las personas con discapacidad puedan acceder, mantener y progresar en un empleo adecuado. Este instrumento se complementa con la Recomendación n.º 168, que detalla lineamientos técnicos y operativos. En conjunto, ambos estándares internacionales promueven la orientación vocacional, la formación profesional, la intermediación y la colocación laboral, así como la adaptación de los servicios de empleo ordinarios mediante ajustes razonables, constituyendo una base sólida para las políticas nacionales de inclusión laboral (35). A nivel regional, la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad obliga a los Estados a prevenir y eliminar la discriminación y a promover la plena integración social, incluyendo áreas clave como empleo y formación laboral. Esta convención opera como puente entre la CDPD y los ordenamientos nacionales, ofreciendo una base jurídica específica para políticas y programas de inclusión en el trabajo en la región (36). En concordancia con este tratado, diversos países latinoamericanos han promulgado leyes que garantizan el derecho al trabajo de las personas con

discapacidad e implementan sistemas de cuotas de empleo, cuyo rango varía entre el 1 % y el 10 % del personal, de acuerdo con la normativa vigente en cada Estado (37,38).

En el Perú, la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y su Reglamento (D.S. N.º 002-2014-MIMP) constituyen el eje normativo. En su Artículo 3, la ley reconoce que la persona con discapacidad goza de los mismos derechos que el resto de la ciudadanía, bajo un enfoque de igualdad y no discriminación. De manera específica, en el Capítulo IV: Trabajo y Empleo, se establece el Artículo 45 que consagra el derecho al trabajo en condiciones de igualdad, dignidad y libertad de elección, garantizando asimismo la igualdad de remuneraciones y el acceso a entornos laborales justos, seguros y saludables. En concordancia con este mandato, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE), junto con los gobiernos regionales y municipales, implementan programas de formación, actualización y colocación laboral orientados a favorecer la empleabilidad de las personas con discapacidad. Además, el Estado asigna el 10 % del presupuesto de los programas de fomento al empleo temporal a la formulación de proyectos que promuevan la inserción laboral de esta población.

El Artículo 49 de la ley establece la obligación de una cuota de empleo destinadas a la persona con discapacidad no inferior al 5 % en entidades públicas y al menos del 3 % en empresas privadas con más de 50 trabajadores. Como incentivo para el cumplimiento de esta disposición, los empleadores pueden acceder a beneficios tributarios vinculados al impuesto a la renta, así como a facilidades para la implementación de ajustes razonables en los puestos de trabajo (8).

Por otro lado, la Ley 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, exige la protección específica de trabajadores “especialmente sensibles” (incluidas personas con discapacidad) así como favorecer el retorno al trabajo en casos de enfermedad laboral y accidente ocupacional (12).

Este conjunto ofrece fundamentos normativos suficientes para diseñar, implementar y evaluar políticas retorno al trabajo e inclusión laboral basados en derechos.

A pesar de estos esfuerzos normativos, aún no se consigue cubrir las cuotas de empleo en el país. Durante el 2023, el sector público presentó un déficit de más de 3 400 plazas que debieron ser ocupadas por personas con discapacidad para cumplir con la cuota de contratación establecida (11).

La falta de ofertas laborales es una importante causa de desempleo en las personas cuyo estado de salud no es un motivo para no trabajar, esta situación se observa con mayor frecuencia en las áreas rurales del país. En el reporte de Situación de las Personas con Discapacidad en el Mercado de Trabajo Peruano (2012) algunas de las razones de las empresas para no contratar a las personas con discapacidad, además de los estigmas antes mencionados, fueron el alto costo de las adecuaciones arquitectónicas de las instalaciones para hacerlas accesibles, la no adecuación del puesto y la falta de cumplimiento del perfil del puesto de trabajo por las personas con discapacidad (9,34).

De las personas con discapacidad que integran el mercado laboral, solamente el 11% son empleadas en empresas. La inserción se da mayoritariamente en microempresas de 1 a 5 trabajadores (78.7%), y sólo el 6.5% accede a compañías medianas o grandes (más de 50 trabajadores). El 90.2% se desempeña en el sector

privado, y apenas el 9.3% en el sector público. En empresas promocionales para personas con discapacidad un 5.3% y el 84.6% en no promocionales. Otras relaciones de dependencia se dan por empleos como obreros (20%) y empleados del hogar (2.8%). Entre los que cuentan con un empleo dependiente, el 59.2% mantiene una relación laboral informal, lo que limita su acceso a seguridad social y beneficios laborales. Únicamente el 38.7% de los trabajadores dependientes cuenta con contrato, siendo indefinido en el 18.3% y a plazo fijo en el 11.9%. La mayoría de las personas con discapacidad ocupadas son trabajadores independientes (48%), siendo empleados o patrono solamente en el 4% de los casos (9,20,34).

El sector económico donde más frecuentemente trabajan las personas con discapacidad es agricultura, pesca y minería (35%); en áreas rurales, este porcentaje asciende al 85%. En cambio, en las zonas urbanas la mayor cantidad de empleo se concentran en el comercio en el 24% y en “otros servicios” en el 27%. Destaca la mayor participación de las mujeres en sectores como hoteles y restaurantes (64%) y comercio (54%), con mínima presencia en la construcción (menos del 1%) (9).

Los ingresos de los peruanos con discapacidad que trabajan provienen principalmente de negocios o servicios propios (48.2%), seguido de salarios (14.7%) y actividades agropecuarias (12.8%). Un dato preocupante es que el 40% percibe ingresos por debajo de la remuneración mínima vital. En 2024, el 29% de la población con discapacidad se encontraba en situación de pobreza monetaria, de los cuales el 6% estaba en pobreza extrema. La pobreza fue más acentuada en áreas rurales. En 2021, se reportó que el 40% de las personas con discapacidad en Perú estaban en situación de pobreza multidimensional, indicador que refleja carencias en educación, salud, vivienda y empleo digno (9,15,31). En promedio, las personas

con discapacidad perciben un 12% menos por hora de trabajo en comparación con otros empleados, diferencia que alcanza un 26% en países de ingresos medios y bajos, situación que no puede ser justificada por factores como nivel educativo, edad o categoría ocupacional. Los salarios son más bajos en mujeres que en hombres con discapacidad (31).

En el reporte ENEDIS del 2012 se menciona que las enfermedades laborales y los accidentes ocupacionales que originaron el 1.5% y 2.8% de discapacidad respectivamente. El 46.4% de personas que adquirió una limitación no vio modificada su situación laboral y continuó trabajando en su puesto habitual, otros fueron reubicados a otro puesto de trabajo, siendo un puesto adecuado en el 2.1% e inadecuado en el 0.1% de los casos. Por otro lado, el 19.9% renunció, el 11.5% fue despedido y el 1% reportó haber recibido trato hostil (20). Esto revela la insuficiente implementación de políticas de reinserción y formación inclusiva.

CAPÍTULO 2

REHABILITACIÓN PROFESIONAL

La rehabilitación profesional constituye un componente esencial de la rehabilitación integral de la persona. Se trata de un proceso de apoyo orientado a personas con deficiencias o discapacidad que presentan dificultades para el acceso, permanencia o retorno al trabajo. Está dirigido tanto a quienes se reincorporan al trabajo tras una enfermedad crónica, accidente o discapacidad adquirida, como a aquellas personas con discapacidad que aún no han ingresado al mercado laboral. Su propósito es reducir las desventajas asociadas a su condición de salud o discapacidad en el ámbito laboral, con el objetivo de promover la inclusión y garantizar el ejercicio pleno del derecho al trabajo en una actividad productiva coherente con sus intereses, expectativas y capacidades, logrando así una participación social y laboral adecuada y sostenible (21,39.40).

Este proceso se estructura en un conjunto de servicios diversificados y personalizados, diseñados en función de las características y requerimientos específicos de cada persona. Requiere de equipos multidisciplinarios, así como la estrecha coordinación interinstitucional entre los actores involucrados. Las intervenciones pueden desarrollarse en diferentes entornos, tales como hospitales, centros especializados, oficinas de inserción laboral o directamente en el lugar del trabajo (39).

2.1 COMPONENTES

Los programas de rehabilitación profesional presentan variaciones significativas a nivel mundial en relación con la amplitud de las prestaciones ofrecidas, los entornos

en los que se desarrollan y los actores que participan en su implementación (39). No obstante, los componentes que los conforman pueden agruparse en las siguientes dimensiones (41):

- Vocacional: Incluye la evaluación y fortalecimiento de habilidades y aptitudes para el trabajo, así como la gestión de factores asociados a la búsqueda, obtención y conservación del empleo.
- Físico: Centrado en la valoración de la capacidad funcional residual y en el diseño de un programa de rehabilitación orientado a optimizar el desempeño cotidiano y ocupacional.
- Financiero: Orientado a la formación en educación financiera y planes de gestión de negocios para favorecer la autonomía de los usuarios. Además, para favorecer la participación y permanencia en los programas de rehabilitación profesional, algunos países que cuentan con programas más integrales otorgan asistencia financiera al usuario y a su cuidador, así como incentivos a los empleadores. Adicionalmente se gestiona el reembolso de los gastos generados en transporte y subsidios para la tecnología asistiva que se requiera para compensar las deficiencias anatómicas o funcionales como pueden ser bastones, sillas de ruedas, audífonos, ortesis o prótesis, hasta las más sofisticadas como prótesis biónicas o sistemas de comunicación aumentativa y alternativa.
- Social: Busca el bienestar social general, para ello se realizan entrenamiento en habilidades de comunicación e interacción y habilidades sociales. Asimismo, se establecen redes de apoyo social y se recibe asesoría en coordinación con servicios sociales, dentro de los que pueden estar el apoyo en el cuidado infantil y en el sostenimiento del hogar.

- Psicológico: Se trabaja en los factores contextuales personales con el objetivo de mejorar el bienestar mental. En este sentido, mediante consejería emocional y tutoría personalizada, se trabaja en el desarrollo de actitudes positivas, la autoestima y las habilidades de afrontamiento.
- Relaciones con otros actores involucrados: Considera la articulación con oficinas de empleo, instituciones educativas y organizaciones gubernamentales, clave para la sostenibilidad de los procesos de rehabilitación e inserción laboral.

2.2 FASES

El proceso de rehabilitación profesional se estructura en diversas fases que no necesariamente se desarrollan de manera secuencial, sino que pueden superponerse o combinarse en función de las necesidades específicas del trabajador (39,40)

2.2.1 Selección:

En esta etapa se identifican los casos candidatos a ser incorporados en el Programa de Rehabilitación Profesional, con el propósito de garantizar un acceso oportuno y adecuado. En general, los criterios de inclusión consideran: (40-44)

- Personas con discapacidad que aún no han ingresado al mercado laboral y expresan el deseo de hacerlo.
- Trabajadores con discapacidad adquirida por enfermedad o accidente, de origen ocupacional o no, cuya capacidad funcional se encuentra limitada para el retorno al trabajo.
- Manifestación de motivación y disposición de la persona con discapacidad para reintegrarse laboralmente.

- Condición física estabilizada, que permita iniciar el proceso de rehabilitación.
- Estado de salud mental apto, que favorezca la participación en el programa.

Algunos de los diagnósticos que pueden presentar las personas con discapacidad que requieren rehabilitación profesional son: (40)

- Lesiones osteomusculares: amputaciones, fracturas, lesiones severas de mano, rupturas tendinosas.
- Lesiones del sistema nervioso central: accidente cerebrovascular, traumatismo craneoencefálico con daño cerebral, lesión medular secundaria a traumatismo vertebro-medular.
- Lesiones del sistema nervioso periférico: compromiso de plexos, raíces nerviosas o nervios periféricos.
- Lesiones sensoriales: daño ocular con afectación del campo visual, pérdida o disminución significativa de la capacidad auditiva.
- Otras condiciones médicas: enfermedades cardiovasculares (como infarto agudo de miocardio), secuelas de cáncer, trastornos del espectro autista, deficiencias cognitivas y síndromes congénitos, como el síndrome de Down, entre otros.

2.2.2 Evaluación y Plan de Rehabilitación: (39,40,44,45)

En esta etapa se busca conocer el perfil profesional de la persona y su pronóstico funcional, así como las características de los posibles puestos de trabajo que podrían ser adecuados para su caso particular a fin de elaborar un plan de rehabilitación profesional personalizado. Comprende la evaluación de la persona y en casos de

reinserción laboral también la evaluación de las características del puesto de trabajo (39,40,44).

Para la evaluación de la persona se hace una evaluación integral de su capacidad funcional. Se evalúan los antecedentes de tipo ocupacional, en caso los hubiera, como el puesto de trabajo previo, el tipo y tiempo de vínculo laboral. Otro aspecto para tomar en cuenta son los antecedentes clínicos relacionados a la condición que originó la discapacidad a través del resumen de la historia clínica y exámenes auxiliares pertinentes. Los factores contextuales que puedan intervenir como barreras o facilitadores deben ser identificados en esta etapa, de preferencia basado en la CIF, teniendo en cuenta el perfil sociodemográfico que incluya el máximo nivel educativo alcanzado, la responsabilidad económica familiar, apoyo familiar, barreras arquitectónicas, entre otros (40,42). También se debe evaluar la capacidad física residual de manera que se pueda determinar cuáles funciones de la vida diaria y de las relacionadas a su actividad laboral puede realizar y cuales podrían ser mejoradas mediante rehabilitación funcional. Además se deben considerar aspectos emocionales y los relacionados a la aceptación de la discapacidad (40,44) Dentro de la evaluación, uno de los aspectos más valiosos es conocer las expectativas del individuo frente al proceso de rehabilitación y cuáles son sus deseos e intereses relacionados a su futuro desempeño ocupacional. Este aspecto es muy importante para determinar si existe real motivación para el retorno al trabajo o inserción laboral. Toda esta evaluación permite elaborar el pronóstico del caso en base al cual se puede hacer el plan de rehabilitación profesional (39).

En caso de retorno al trabajo debe hacerse un análisis metodológico del requerimiento de puesto de trabajo donde se describa el puesto, se valoren las

condiciones de trabajo, los componentes de la actividad laboral, el nivel de calificación requerido, las exigencias de los componentes del desempeño ocupacional entre otros. Este análisis pone en evidencia las exigencias del desempeño y establece posibles riesgos a los que puede verse expuesto el trabajador reinsertado. Este análisis contribuye a definir el pronóstico ocupacional y a plantear los objetivos del plan de rehabilitación a fin de mejorar las capacidades del trabajador para cubrir en la medida de lo posible las exigencias del puesto de trabajo (40).

Después de completada la evaluación, teniendo el pronóstico ocupacional y las expectativas laborales del usuario del programa se elabora el Plan de Rehabilitación. Este debe contar con metas orientadas a la inclusión o reinserción laboral. Estas metas deben plantearse con la participación del usuario del programa - y de ser posible con el empleador- después de haber recibido orientación vocacional acerca de las posibilidades ocupacionales ajustadas a sus capacidades producto de la cual puede plantearse colocación laboral con las capacidades que tiene al momento de la evaluación, pasar a un proceso de formación profesional o elaborar un plan de generación de autoempleo (39,40).

El plan debe definir las actividades a llevarse a cabo durante la rehabilitación profesional, así como proponer plazos, responsables y fechas para seguimiento. Debe tenerse en cuenta que el plan es susceptible de sufrir cambios en el tiempo, dado que durante el seguimiento se pueden identificar nuevas necesidades o requerimientos que deben ser atendidos (39).

2.2.3 Implementación del Plan: (40,42–44)

En esta etapa se ejecuta el plan de rehabilitación propuesto abordando los diferentes componentes del proceso de rehabilitación profesional.

Uno de los pilares esenciales en el proceso de rehabilitación profesional es la rehabilitación funcional, entendida como el conjunto de intervenciones técnicas y científicas destinadas a la recuperación y fortalecimiento de las capacidades remanentes de la persona, con el fin de optimizar su desempeño funcional, ocupacional y social. Para alcanzar este objetivo, se diseña un programa terapéutico individualizado, que puede contemplar la participación de diversos profesionales: terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas del lenguaje, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, psicopedagogos y médicos especialistas en rehabilitación y en otras áreas vinculadas a la condición del paciente. Adicionalmente, cuando es necesario, se incorpora el trabajo de técnicos ortoprotésistas, responsables del diseño y fabricación de ayudas biomecánicas como órtesis, prótesis o dispositivos adaptativos que compensen deficiencias anatómicas y funcionales. Cabe destacar que la relación entre la rehabilitación funcional y los programas de rehabilitación profesional varía según el modelo adoptado. En algunos países o instituciones, se exige que el proceso de rehabilitación funcional esté concluido antes de que la persona acceda al programa de rehabilitación profesional. En contraste, otros modelos contemplan la integración temprana de la rehabilitación funcional dentro del propio programa, incluso en las fases iniciales de la recuperación de la salud. Existen también enfoques intermedios, en los cuales la rehabilitación funcional se orienta de manera

más específica a fortalecer las funciones directamente relacionadas con el desempeño laboral y la reintegración ocupacional.

La rehabilitación profesional va más allá de la dimensión funcional e incorpora otros componentes para lograr la adaptación- o readaptación- al trabajo.

La adaptación laboral implica un abordaje integral de los elementos que facilitan la integración al ámbito productivo. Comprende tanto la gestión de aspectos emocionales —como el acompañamiento en el proceso de duelo y adaptación a una nueva condición de vida—, como el fortalecimiento de las funciones cognitivas e intelectuales necesarias para el desempeño laboral. Incluye además la formación o recuperación de hábitos laborales esenciales (puntualidad, responsabilidad, orden, respeto, organización de la jornada y cumplimiento de horarios), así como el establecimiento de rutinas de trabajo seguro. También contempla el mejoramiento de las relaciones interpersonales en el contexto laboral. En algunos programas se incluyen además estrategias para afrontar entrevistas de trabajo. En este proceso también se realizan las modificaciones del ambiente de trabajo ya sea en cambios organizacionales en el ambiente de trabajo (horarios, turnos, por ejemplo) como en aspectos de diseño (por ejemplo, rampas de acceso). Adicionalmente se entrena en el uso de ayudas biomecánicas en el desempeño del trabajo, así como en el uso de herramientas, materiales y equipamiento específico del puesto de trabajo, las cuales pueden ser adaptadas con ayudas funcionales como por ejemplo con el diseño de manivelas o mangos especiales.

Los planes de rehabilitación profesional pueden contemplar la participación en programas de formación seleccionados con base en la orientación brindada por un consejero vocacional. Dichos programas incluyen talleres, cursos o capacitaciones

de nivel técnico o profesional, los cuales deben contar con una certificación oficial que respalde su validez. Esta certificación constituye una herramienta clave al momento de la búsqueda de empleo o del retorno al mercado laboral, al fortalecer la empleabilidad y competitividad del usuario.

En los casos en que la capacidad funcional de la persona limite el acceso a un empleo dependiente, se promueve la generación de autoempleo mediante alternativas como el emprendimiento individual, la creación de microempresas o la conformación de cooperativas. Para este fin, se recomienda la participación en programas de formación profesional complementados con capacitación financiera, que permitan al usuario adquirir competencias técnicas y de gestión necesarias para garantizar la viabilidad y sostenibilidad de la actividad económica emprendida.

2.2.4 Colocación: (39,40,44)

La colocación constituye uno de los ejes centrales en el proceso de rehabilitación profesional. Se fundamenta en la aplicación de técnicas y principios especializados que requieren el conocimiento detallado tanto del perfil profesional de la persona como de las exigencias del puesto de trabajo, con el propósito de lograr una adecuada correspondencia entre ambos perfiles. Este proceso busca garantizar que la persona pueda desempeñar eficazmente las funciones asignadas, minimizar los riesgos asociados al entorno laboral y mantener la confianza del empleador favoreciendo así una inserción laboral sostenible y segura.

La colocación puede darse como retorno al trabajo o como inclusión laboral. El retorno al trabajo, también llamado reinserción laboral, es un proceso cuyo objetivo es que un trabajador que ha estado inactivo laboralmente, por causas de enfermedad,

lesión o cualquier otra razón, retome su actividad en la vida laboral (21). Este concepto está relacionado al regreso al ámbito laboral de las personas que se encontraban trabajando antes de adquirir la discapacidad o incapacidad de forma parcial o permanente. Por otro lado, la inclusión laboral es un concepto más amplio que se refiere a la incorporación al mercado laboral de las personas con discapacidad, sea congénita o adquirida, sin intervenir la variable de la actividad laboral previa.

Cuando la meta es el retorno al trabajo este se puede realizar bajo tres formas: reincorporación, reubicación o reconversión.

- Reincorporación: Es el retorno del trabajador a su puesto laboral habitual sin variar las funciones ni condiciones que tenía previamente, situación que es factible cuando durante el proceso de rehabilitación profesional se evidencia que su capacidad funcional le permite continuar con las actividades laborales asignadas(40).
- Reubicación: Es el cambio de puesto de trabajo o variación en el tipo o cantidad de funciones, pero manteniendo el oficio o profesión habitual (40). La reubicación puede ser temporal o definitiva. Será temporal cuando el trabajador aún se encuentra en el proceso de rehabilitación profesional, pero se pronostica que en el futuro su recuperación funcional será la suficiente como para cubrir las exigencias del puesto de trabajo; en este caso la reubicación laboral se hace como parte del proceso de adaptación. Por otro lado, la reubicación será de forma definitiva en aquellos casos en los que la capacidad residual no corresponda a las exigencias del trabajo que venía desempeñando y no se

pronostica cambios favorables con la rehabilitación. En esta situación se puede proponer menor complejidad o exigencia.

- Reconversión: Es el cambio de oficio o profesión habitual que se da en un trabajador debido al impedimento de ejercer el oficio o profesión para el cual estaba capacitado como consecuencia de la limitación en su capacidad funcional, la cual no será recuperable. Para ser colocado bajo esta modalidad, la persona debe haber completado un proceso de formación en una institución reconocida, que se encuentre en el mismo nivel de calificación ocupacional en la que se encontraba antes (no calificado, semicalificado, calificado y altamente calificado) (40).

En caso la persona no haya tenido vínculo laboral previo se habla de incorporación laboral. En este caso, la colocación se hará en una empresa y puesto de trabajo nuevo. Aquí se pueden dar diferentes modelos de incorporación. Uno de los modelos es el entrenamiento en el trabajo. Este modelo busca un puesto para la persona con discapacidad y el aprendizaje se da sobre la marcha mientras desarrolla las actividades inherentes al puesto de trabajo. La ventaja de este modelo es la incorporación rápida al mundo laboral, además de ser una forma de obtener experiencia laboral, sin embargo, puede resultar frustrante en algunos casos. Otro de los modelos es entrenar y luego colocar, modelo que busca dar una formación laboral previa a la colocación. En este caso la incorporación se hace más tardíamente, pero puede mejorar la seguridad y el desempeño (41). Finalmente se encuentra la colocación individual y soporte, modelo muy usado en personas con discapacidad mental o cognitiva, en el que se coloca en un puesto de trabajo y se da soporte continuo al trabajador y al empleador (39).

2.2.5 Seguimiento: (40,46)

El seguimiento constituye una fase esencial dentro del proceso de rehabilitación profesional, ya que permite evaluar la efectividad de la colocación laboral, el emprendimiento o la orientación hacia actividades ocupacionales no laborales. Es importante subrayar que el objetivo de esta etapa es garantizar que la colocación se mantenga de manera estable y sostenible en el tiempo.

Esta etapa se inicia generalmente entre los 15 y 30 días posteriores a la definición de la conducta de colocación respecto al trabajador —ya sea reincorporación laboral, empleo autogenerado o participación en actividades ocupacionales alternativas— y se extiende hasta cumplir un año.

El procedimiento comienza con una llamada de contacto o una visita inicial a la empresa o al trabajador que se encuentra emprendiendo, con el fin de coordinar una primera entrevista. En esta, se busca obtener información acerca del grado de satisfacción laboral del trabajador, el nivel de motivación y compromiso con sus actividades, la percepción sobre la dificultad en el cumplimiento de tareas asignadas, la calidad de las relaciones interpersonales en el entorno laboral, la relación con sus superiores jerárquicos y con su núcleo familiar, considerando el impacto en la dinámica de apoyo social.

Paralelamente, se explora la satisfacción del empleador, valorando aspectos como el impacto en el clima laboral, el nivel de desempeño y productividad del trabajador y la calidad de las relaciones sociales y de cooperación dentro del equipo de trabajo. Este análisis permite detectar situaciones críticas tales como disminución de la productividad, ausentismo, incumplimiento de tareas o pérdida de motivación para continuar en el empleo, lo que a su vez posibilita implementar medidas correctivas

oportunas. Asimismo, en caso sea necesario, se pueden activar redes de apoyo familiar, comunitario o institucional, así como fortalecer los círculos de apoyo naturales que surgen de manera espontánea en el entorno laboral.

Posteriormente, se realizan visitas periódicas programadas a lo largo del año, destinadas a monitorear la evolución del caso, realizar los ajustes necesarios y consolidar la sostenibilidad del proceso de inclusión o reincorporación laboral. Si los resultados de este proceso son satisfactorios, el caso se considera cerrado. En caso de detectarse dificultades, se procede a una reorientación del proceso y a una nueva calificación de las condiciones funcionales, de acuerdo con instrumentos de evaluación que incluyen la deficiencia, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, comparando con la evaluación inicial para medir el impacto de la rehabilitación.

En los casos en que la orientación fue hacia actividades no laborales o de autoempleo, el seguimiento se realiza igualmente entre uno y tres meses después de concluido el proceso de rehabilitación. Este se centra en la valoración de la situación funcional, la calidad de vida y la integración social del usuario. Si se identifica una disminución en estos aspectos, se plantean medidas correctivas; en caso contrario, el proceso se cierra.

2.3 BARRERAS Y FACILITADORES PARA EL RETORNO AL TRABAJO

El retorno al trabajo es un resultado y a la vez un proceso complejo, donde intervienen diferentes actores y factores que actúan como barreras o facilitadores para lograr una reinserción exitosa. Estos factores intervenir en el éxito o fracaso

de los programas de rehabilitación cuya meta sea el retorno al trabajo. Pueden clasificarse en:

- Factores personales: intervienen la edad, la estabilidad financiera, el nivel educativo, el nivel de limitación funcional, y factores psicológicos como las estrategias de adaptación a la discapacidad, la significación personal asignada al trabajo y motivación para el retorno al trabajo (41,47). En este caso el sexo masculino, el ser joven, la estabilidad financiera, el mayor nivel educativo, la mayor capacidad funcional y una buena aceptación de la discapacidad asociada a una fuerte motivación para el retorno al trabajo actúan como facilitadores (47).
- Factores relacionados al lugar de trabajo: las demandas laborales individuales, las prácticas de manejo de la discapacidad por parte de los empleadores y el soporte social en el ambiente laboral son importantes (41). En este caso el retorno al trabajo se ve favorecido por los ambientes laborales con una fuerte adhesión a prácticas de seguridad y salud en el trabajo, en donde el empleador se ponga en contacto rápidamente y de forma empática con el trabajador lesionado o enfermo y le proponga una oferta de trabajo modificada (acomodación laboral) para un retorno pronto y seguro, esto con el apoyo de planificadores de retorno al trabajo, entre los que deben estar el médico ocupacional y el supervisor del trabajador, de modo que se asegure un plan que apoye al trabajador, sin perjudicar a sus compañeros (48).
- Factores Relacionados a los servicios de rehabilitación: la disponibilidad, accesibilidad y pertinencia de las intervenciones para la recuperación de la

salud del trabajador son indispensables para un retorno al trabajo exitoso (41,48). Son facilitadores los periodos de rehabilitación más cortos en los que además la empresa aseguradora que financie las prestaciones tenga procesos sencillos, fluidos y orientados al cliente (47,49).

2.4 REHABILITACIÓN PROFESIONAL EN PERÚ

En concordancia con la tendencia global, en el Perú la normativa vigente promueve la inclusión laboral de las personas con discapacidad. Así mismo, garantiza el derecho de la conservación del empleo de la persona que adquiere una discapacidad, sea por accidente o enfermedad, durante la relación laboral (8,12). Para ello deben realizarse los ajustes razonables correspondientes de modo que la limitación funcional no afecte el desempeño en las tareas inherentes al puesto de trabajo. En caso estas condiciones no puedan cumplirse, el trabajador con discapacidad puede ser transferido a un puesto acorde con sus capacidades y aptitudes y que además no implique riesgos de seguridad o de salud para sí mismo u otras personas (8,12).

Para lograr una inclusión laboral y retorno al trabajo efectivo, el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (EsSalud) deben ofrecer las prestaciones de salud necesarias, así como brindar servicios de readaptación y rehabilitación profesional para las personas que adquieran discapacidad como consecuencia de un accidente o enfermedad, de tal modo que se logre el retorno al trabajo. (8,12) En situaciones derivadas de accidentes ocupacionales o enfermedades laborales, la cobertura de las atenciones médicas, los procesos de rehabilitación y la provisión de dispositivos ortoprotésicos son cubiertos por el Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) (27).

A nivel nacional, el servicio de rehabilitación profesional del MINSA se centraliza en el Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" Amistad Perú Japón (50). Por su parte, EsSalud dispone de cuatro Centros de Rehabilitación Profesional y Social (CERPS) ubicados en Lima, Callao, Piura y Arequipa, así como siete Módulos Básicos de rehabilitación Profesional y Social ubicados en Chimbote, Cajamarca, Chiclayo, Huancayo, Cusco, Puno, La Libertad y Loreto (51). Considerando que EsSalud constituye la principal entidad responsable de ofrecer prestaciones de salud a la población trabajadora dependiente en el país, la revisión del proceso de rehabilitación profesional que se describe a continuación se centra en esta institución.

2.4.1 Selección y Evaluación (52)

El proceso de rehabilitación profesional en EsSalud se inicia con la derivación de una persona con discapacidad proveniente de empresas, instituciones educativas o centros asistenciales de la red de EsSalud. Asimismo, el acceso puede realizarse por iniciativa propia del asegurado o mediante la captación del caso por parte de los equipos de las unidades operativas de rehabilitación profesional.

No son elegibles para la evaluación inicial aquellas personas que presenten condiciones psiquiátricas descompensadas, epilepsia no controlada, consumo problemático de alcohol o drogas, ni aquellas cuya discapacidad no haya alcanzado un proceso de aceptación y adaptación.

Cuando no se identifican criterios de exclusión, el médico rehabilitador —de manera presencial o virtual en el caso de módulos básicos— realiza una evaluación

profesional y social destinada a identificar deficiencias de carácter permanente, independientemente del estado de certificación oficial de la discapacidad.

Como resultado de la evaluación se establece un pronóstico laboral, se consignan las contraindicaciones ocupacionales y se formulan recomendaciones sobre ajustes razonables. Con base en esta información, y considerando las habilidades, aptitudes e intereses de la persona evaluada, se elabora un plan individual de rehabilitación profesional, que incluye metas, actividades y un esquema de seguimiento.

Una vez que el asegurado con discapacidad ingresa formalmente al programa, adquiere la denominación de usuario. Los usuarios pueden acceder a dos modalidades de servicios de rehabilitación profesional:

- Rehabilitación profesional dependiente, orientada a la inserción laboral bajo relación de dependencia.
- Rehabilitación profesional independiente, dirigida a promover la autonomía y el autoempleo.

2.4.2 Servicio de Rehabilitación Profesional Dependiente (52)

Se trata de un proceso de rehabilitación profesional orientado a la gestión del empleo y al desarrollo de competencias para la colocación o mantenimiento en un puesto de trabajo con vínculo laboral dependiente. Comprende tres fases claramente definidas.

La primera fase corresponde a la evaluación integral, que incluye una evaluación psicológica realizada por el psicólogo, una evaluación socioeconómica y del entorno familiar y comunitario a cargo del trabajador social, y un análisis del puesto de trabajo efectuado por el médico rehabilitador o, en su defecto, por el terapeuta ocupacional, el psicólogo o un especialista en desarrollo empresarial. Estas

valoraciones permiten construir el perfil inicial del usuario, identificando sus potencialidades.

La segunda fase corresponde a la formación laboral, la cual contempla dos componentes: el acondicionamiento para el trabajo y la capacitación técnica o profesional. El acondicionamiento para el trabajo se entiende como el conjunto de intervenciones realizadas por el terapeuta físico orientadas a mejorar o potenciar la funcionalidad del usuario en relación con las demandas del desempeño ocupacional. La capacitación, por su parte, busca la adquisición o el fortalecimiento de conocimientos teórico-prácticos necesarios para ejercer una ocupación de manera competitiva. Esta formación se desarrolla en instituciones educativas reconocidas a nivel técnico o profesional, generalmente mediante becas gestionadas por el área de asistencia social. Al culminar el proceso, el usuario recibe un certificado o Título a Nombre de la Nación, según corresponda.

Finalmente, la tercera fase consiste en la integración laboral dependiente, que puede darse bajo dos escenarios: el primero en el caso de usuarios con vínculo laboral previo, cuyo objetivo es el retorno al trabajo mediante modalidades de reubicación, reincorporación o reconversión laboral; el segundo caso, sin vínculo laboral previo, en cuyo caso la estrategia corresponde a la inserción laboral en el mercado de trabajo.

2.4.3 Servicio de Rehabilitación Profesional Independiente (52)

La finalidad de este servicio es promover que el usuario logre un empleo autogenerado, ya sea mediante la creación de micro, pequeñas o medianas empresas, o a través de la comercialización de bienes y servicios. El proceso se

inicia con una evaluación psicológica, complementada con el análisis de factores contextuales del usuario, la identificación de sus necesidades específicas y un estudio de mercado que considera costos, oferta y demanda laboral, a cargo del especialista en desarrollo empresarial. Asimismo, se realiza un análisis de competencias, mediante una sesión teórico-práctica dirigida por el instructor de talleres, con el objetivo de identificar los niveles de conocimiento y habilidades de base, lo que permite determinar el tipo y nivel de capacitación requerido por el usuario.

La fase de formación laboral constituye el segundo componente de este servicio. En esta etapa, el usuario accede a talleres formativos que proporcionan competencias técnicas necesarias para iniciar un emprendimiento. Entre ellas destacan los talleres de corte y confección, gastronomía, manualidades, biohuertos, elaboración de productos, mantenimiento y reparación de celulares, así como capacitaciones en atención al cliente, marketing y desarrollo empresarial.

La fase final corresponde a la integración laboral independiente. Tras culminar los talleres de capacitación y elaborar un plan de negocios con el acompañamiento de los profesionales responsables, los usuarios participan en ferias de exposición y venta de sus productos a nivel local, regional o nacional, organizadas por el especialista en desarrollo empresarial. Como alternativa, se contempla la implementación de quioscos de EsSalud, orientados principalmente a la comercialización de productos alimentarios y saludables como una vía de acceso al mercado y de consolidación del autoempleo.

2.4.4 Seguimiento (52)

El proceso de rehabilitación profesional culmina con la fase de seguimiento, orientada a garantizar la sostenibilidad de la incorporación laboral o retorno al trabajo. Para los usuarios colocados en un centro de trabajo, se realizan visitas de supervisión destinadas a valorar el nivel de adaptación al puesto, así como las posibilidades de promoción laboral. En el caso de los usuarios que optaron por la modalidad de autoempleo, se evalúan las condiciones de funcionamiento del negocio, identificando necesidades de asesoría y fortalecimiento técnico.

Asimismo, se incluyen visitas de seguimiento a los usuarios que se encuentran en fase de aprestamiento laboral o en prácticas preprofesionales dentro de empresas, con el fin de monitorear su desempeño y la pertinencia de las competencias adquiridas.

La programación de estas visitas contempla una periodicidad establecida en cuatro momentos clave: dentro de los primeros 15 días, luego a los 3 meses, a los 6 meses y finalmente al cumplirse un año de la incorporación. La responsabilidad de esta labor recae principalmente en el profesional de trabajo social, o en la persona designada para cumplir dicha función.

2.4.5 Brechas y limitaciones

Este programa de Rehabilitación Profesional integra componentes vocacionales, físicos, psicológicos, sociales y financieros, en concordancia con los modelos implementados a nivel internacional. Asimismo, se desarrolla en fases que comprenden la identificación, evaluación, formulación del plan de rehabilitación, implementación y seguimiento.

Sin embargo, en el contexto nacional, los programas de rehabilitación profesional permanecen en una etapa incipiente, caracterizada por un limitado nivel de conocimiento y difusión entre los profesionales de la salud —incluidos médicos— y entre los empleadores. Esta situación se ve agravada por el acceso restringido a servicios especializados, dado que la mayoría de los centros de rehabilitación en el país ofrecen principalmente rehabilitación funcional, sin contemplar de manera integral el componente de rehabilitación profesional. Además, en el ámbito privado, no existen centros dedicados a la rehabilitación profesional, lo que contribuye a que las atenciones se realicen de forma tardía, prolongando los descansos médicos y retrasando el retorno efectivo al trabajo.

Del mismo modo, los procesos de inserción laboral de personas con discapacidad sin vínculo previo enfrentan limitaciones, debido a la ausencia de una orientación vocacional y ocupacional sólida basada en las capacidades individuales. Si bien el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo ofrece bolsas de trabajo, programas de formación y capacitación para personas con discapacidad, así como evaluación de habilidades y capacidades (53) estos requieren un mayor fortalecimiento en la fase de orientación, evaluación y acompañamiento para garantizar una inserción adecuada en el mercado laboral.

Adicionalmente, los lazos interinstitucionales en materia de rehabilitación profesional muestran debilidad, lo que dificulta la fluidez y coordinación de los procesos. La interacción entre los centros prestadores de rehabilitación profesional y las empresas suele ser limitada, en gran parte porque muchas de ellas carecen de un médico ocupacional, quien podría constituir un nexo estratégico entre la empresa

y los servicios de rehabilitación profesional, facilitando tanto el retorno al trabajo como la adecuación de los puestos laborales.

CAPÍTULO 3

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL PARA EL TRABAJO Y AJUSTES RAZONABLES

El funcionamiento es un concepto amplio que comprende el conjunto de funciones corporales, actividades y formas de participación de una persona en su entorno (45). Evaluar el funcionamiento puede resultar complejo, debido a la diversidad de dimensiones y componentes que lo conforman. Con el propósito de sistematizar y estandarizar los conceptos relacionados con el funcionamiento humano, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual codifica un amplio rango de información vinculada con la salud y proporciona un lenguaje común para describir los estados funcionales a nivel internacional (16). La CIF puede aplicarse en diversos contextos: investigación, estadísticas de salud, formulación de políticas públicas, práctica clínica y, de manera particular, en el ámbito ocupacional, donde facilita la valoración vocacional y la rehabilitación profesional (16,45,54). Por su parte, la capacidad se define como el conjunto de aptitudes, habilidades y potencialidades que permiten a una persona desempeñar o ejecutar eficazmente una tarea o actividad determinada (21).

A diferencia de la evaluación del funcionamiento general, que valora las capacidades de una persona en relación con parámetros de normalidad o con lo esperado para individuos de características similares, la evaluación de la capacidad funcional de trabajo es un proceso orientado a analizar el conjunto de capacidades de un individuo en función de las demandas específicas de un puesto de trabajo, con el propósito de determinar su potencial para participar activamente en el

mercado laboral. Este proceso constituye tanto un instrumento de medición como una herramienta de planificación que permite diseñar intervenciones personalizadas destinadas a fortalecer o recuperar la capacidad laboral del individuo, a través de un plan integral de rehabilitación profesional (54,55).

Si bien las capacidades físicas resultan esenciales para la ejecución de tareas laborales, la capacidad de trabajo no se limita a ellas. Incluye también dimensiones cognitivas y sociales de igual importancia, como la habilidad para resolver problemas, organizar las actividades o mantener relaciones interpersonales adecuadas. Adicionalmente, la capacidad para el trabajo se ve influida por factores ambientales y del entorno, incluyendo las condiciones organizacionales, la disponibilidad de recursos, el clima laboral y las características del puesto de trabajo (45,54,55). En consecuencia, un mismo trabajador, aun presentando capacidades físicas, mentales y sociales equivalentes, puede presentar niveles de desempeño distintos según las condiciones ambientales y laborales a las que enfrente.

En este contexto, la evaluación de la capacidad de trabajo constituye un proceso exhaustivo orientado a establecer la correspondencia entre las capacidades del trabajador y las demandas específicas del puesto de trabajo. Este procedimiento es fundamental para promover la adecuación persona-puesto, la formación laboral, la readaptación profesional y la colocación laboral apropiada. La evaluación integra tanto el análisis del individuo, que considera sus capacidades funcionales, cognitivas, emocionales y sociales; como el análisis del entorno laboral, que permite identificar las exigencias físicas, mentales y ambientales asociadas al desempeño, con el fin de garantizar un ejercicio laboral seguro, eficiente y sostenible en el tiempo. A partir de la comparación entre ambas dimensiones,

conocido como “Job Match”, es posible determinar si la persona puede desempeñar un puesto determinado de manera segura y eficiente, así como identificar la necesidad de ajustes razonables o adaptaciones que favorezcan su desempeño óptimo y sostenido (54,54,56).

Siendo la CIF el instrumento más reconocido y completo para describir y clasificar el funcionamiento, las valoraciones funcionales deben realizarse en base a esta. Sin embargo, una de las principales limitaciones para su aplicación práctica radica en su amplitud, dado que la CIF cuenta con 1424 categorías, lo que hace poco viable su utilización completa en un contexto clínico o de rehabilitación profesional (43,45,54,57). Con el propósito de facilitar su implementación y estandarizar los procesos de evaluación, se desarrollaron los conjuntos básicos de la CIF (ICF Core Sets), los cuales reúnen las categorías más relevantes para diferentes condiciones o contextos de salud (58). En el ámbito de la rehabilitación profesional, se dispone de dos conjuntos principales: el Conjunto Básico Completo (Comprehensive Core Set), conformado por 90 categorías que abarcan aspectos de actividades y participación, factores ambientales y funciones corporales; y el Conjunto Básico Abreviado (Brief Core Set), compuesto por 13 categorías que representan una versión condensada del anterior. El Conjunto Básico Completo incluye 40 categorías relacionadas con actividades y participación, tales como adquisición de habilidades, pensamiento, resolución de problemas, comunicación, uso de la mano, desplazamiento, relaciones interpersonales o empleo; 33 categorías correspondientes a factores ambientales, que contemplan, por ejemplo, el uso de tecnología, las condiciones físicas del entorno (clima, iluminación, ventilación), el apoyo familiar y comunitario, así como los sistemas de comunicación, transporte y

servicios de salud; y finalmente, 17 categorías vinculadas a funciones corporales, entre las que destacan las funciones cognitivas, de atención, memoria, temperamento, pensamiento, percepción sensorial (visión y audición), tolerancia al ejercicio, funciones musculares y funciones protectoras de la piel. Por su parte, el Conjunto Básico Abreviado sintetiza estos componentes en seis categorías de actividades y participación, cuatro de factores ambientales y tres de funciones corporales (54,58)

Para evaluar estas categorías se pueden emplear diversos métodos e instrumentos de evaluación, tales como entrevistas estructuradas, cuestionarios autoadministrados, pruebas de desempeño funcional y observaciones que pueden ser realizadas durante visitas a los centros de trabajo o mediante simulaciones de demandas de puestos de trabajo (54,56,43,59).

Entre los cuestionarios autoadministrados más utilizados en el ámbito de la rehabilitación laboral se destacan el Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ), basado en la CIF y el Work Ability Index (WAI). Este último, a diferencia de WORQ, cuenta con validación al idioma español y se aplica ampliamente en contextos de salud ocupacional y retorno al trabajo (45,43,60). Ambos instrumentos permiten estimar la capacidad percibida para el trabajo desde la perspectiva del propio individuo, de tal manera que proporcionan una aproximación inicial sobre las limitaciones funcionales autorreferidas y orientan la selección de pruebas complementarias para profundizar la evaluación.

Para obtener una valoración funcional objetiva y confiable, se dispone de sistemas estandarizados de evaluación del desempeño laboral, que integran pruebas clínicas, observacionales y físicas con base en la CIF. Entre ellos se encuentran el sistema

NedLabor, que combina la evaluación de capacidades funcionales y demandas del puesto para determinar el “*Job Match*” (59), y las estaciones de simulación de tareas laborales como VALPAR Component Work Sample Series, ampliamente utilizadas en Europa y países de América del Norte como Estados Unidos y México para medir desempeño ocupacional en condiciones controladas (55,61–63).

Asimismo, se emplean instrumentos específicos para evaluar distintos dominios del funcionamiento, como el Test de Caminata de 6 Minutos (6MWT) para la capacidad cardiorrespiratoria, la dinamometría manual para cuantificar la fuerza de prensión y pinza, el Berg Balance Scale para la evaluación del equilibrio, y la Spinal Function Sort (SFS), que valora la capacidad percibida para movimientos y manejo de cargas (55,62,64). En conjunto, estas herramientas conforman un enfoque multidimensional y complementario que integra la autopercepción funcional, la evaluación clínica y la simulación de tareas laborales, promoviendo decisiones basadas en evidencia en los procesos de rehabilitación y retorno al trabajo.

3.1 EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

La capacidad funcional se refiere al conjunto de funciones fisiológicas de los sistemas corporales, incluidas las funciones psicológicas (21). La evaluación de la capacidad funcional es un proceso integral, estructurado y que se fundamenta en la observación y medición objetiva del desempeño permitiendo determinar las capacidades físicas y cognitivas de una persona para participar de forma segura y eficaz en actividades laborales, así como en otras áreas significativas de la vida cotidiana. Aunque existen muchos modelos de evaluación de la capacidad funcional, por lo general estos comprenden una entrevista inicial de admisión, la

revisión de los antecedentes médicos, un examen físico detallado y la aplicación de pruebas funcionales validadas, que en conjunto proporcionan una visión completa de la capacidad funcional del evaluado (55,62,65).

La evaluación de la capacidad funcional puede orientarse a valorar la capacidad general para cualquier tipo de trabajo o las capacidades específicas vinculadas a un puesto de trabajo determinado. La primera orientada a personas con discapacidad permanente con el propósito de favorecer la integración laboral o determinar la elegibilidad para subsidios por incapacidad y la segunda para procesos de retorno al trabajo (56).

El profesional que lleva a cabo la evaluación debe tener las competencias técnicas necesarias para elegir entre la diversidad de modelos, sistemas y herramientas disponibles, haciendo uso de los que sean más pertinentes para alcanzar una evaluación completa y fidedigna que retrate la capacidad funcional de la persona evaluada. En este sentido, puede optar por un sistema estandarizado completo o elegir pruebas específicas de forma individualizada adaptadas a las condiciones de salud y factores personales del evaluado (62). Para definir los aspectos funcionales más relevantes que deben ser incluidos en la valoración, pueden utilizarse como referencia las descripciones de demandas físicas, cognitivas y ambientales asociadas a los diferentes puestos de trabajo. A nivel internacional, el Diccionario de Títulos Ocupacionales (Dictionary of Occupational Titles DOT) elaborado por el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos constituye una fuente clásica, al contener más de diez mil ocupaciones codificadas con información detallada de las tareas y requerimientos. Una versión más actualizada es la Occupational Information Network (O*NET) que actualiza continuamente la información

ocupacional e integra competencias, habilidades y contextos laborales contemporáneos ajustados a las demandas actuales (45,62,66). En el Perú, el Clasificador Nacional de Ocupaciones del Perú (CNO), basado en el Manual de Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-08 / ISCO-08 – OIT) ofrece descripciones estandarizadas de ocupaciones y tareas. Complementariamente el Catálogo Nacional de Perfiles Ocupacionales que describe cualificaciones laborales necesarias para cada puesto (67,68).

Generalmente, la evaluación empieza con una entrevista inicial, para la cual el evaluador debe contar previamente con información sobre los aspectos clínicos, la naturaleza del caso y el motivo de la evaluación. Esta entrevista permite establecer una línea de base para la planificación de las pruebas, favorece la relación evaluador-evaluado y posibilita una comprensión integral del caso, además de identificar factores de riesgo potenciales que pudieran comprometer la seguridad del evaluado durante el proceso de la evaluación funcional (62,65).

3.1.1 Valoración psicosocial, del dolor y cognitiva

En esta etapa se realiza un screening psicosocial acompañado de una valoración integral del dolor. Los factores psicosociales, como la autopercepción de discapacidad, la kinesiofobia, el catastrofismo, la ansiedad o los síntomas depresivos, pueden reducir la funcionalidad percibida de la persona, incluso cuando las mediciones objetivas de sus capacidades sean superiores a las que considera poseer. Estos factores, además, pueden intensificar y perpetuar la sensación de dolor, interfiriendo con la recuperación y el rendimiento durante la evaluación

funcional (65,69,70). Cuando los cuestionarios autoaplicados se administran después de la evaluación funcional objetiva, los reportes de capacidad funcional para el trabajo tienden a mostrar mayor concordancia y realismo en comparación con aquellos completados antes de la evaluación, evidenciando una mejor percepción del propio desempeño por parte del evaluado (71) .

La valoración del dolor puede realizarse mediante la utilización de instrumentos estandarizados como el Cuestionario de Dolor de McGill, el Índice de Discapacidad por Dolor (Pain Disability Index - PDI) o la Escala de Tampa para Kinesiofobia (Tampa Scale for Kinesiophobia - TSK). Además, se debe realizar observación clínica de la presencia de signos de dolor como el aumento de la frecuencia cardíaca, elevación de la presión arterial, sudoración, dilatación pupilar, expresiones faciales de dolor, restricción de movimientos, o manifestaciones verbales (65).

Los factores cognitivos se valoran a través de la aplicación de baterías neurocognitivas que miden memoria, atención, funciones ejecutivas y habilidades para la resolución de problemas entre otros. Además, se evalúa la capacidad de lectura, escritura y comunicación tanto verbal como no verbal. También se evalúan capacidades sensoriales como son la visión, audición, y ,en casos pertinentes, además el gusto y el olfato (45,56,65,72).

3.1.2 Valoración física

Se lleva a cabo un examen físico que incluye la valoración de la capacidad cardiorrespiratoria mediante pruebas ergométricas en banda sin fin o bicicleta estacionaria, así como simulación de tareas laborales específicas. Además, se

realiza examen de los sistemas tegumentario, musculoesquelético, neuromuscular y funciones cognitivas (65).

La valoración específica de las capacidades físicas incluye diferentes componentes (56,43,57,59,62,64,65,72):

- Test de manipulación de materiales: valora la fuerza durante las actividades de levantamiento, empuje, tracción y carga de objetos. Se recomienda el uso de materiales de medición de características estandarizadas, con un peso mínimo que sea susceptible de incrementarse de acuerdo con el requerimiento de las pruebas y que de preferencia que contengan asas de tal manera que se pueda medir la fuerza de agarre y pinza. Entre los instrumentos empleados se encuentran la Evaluación de Carga Progresiva Isoinercial (Progressive Isoinertial Lifting Evaluation - PILE) y el Examen de Capacidad de Elevación (EPIC Lift Capacity Test).
- Valoración de coordinación, flexibilidad y control postural: valora la flexibilidad dinámica de la columna vertebral y de los miembros superiores e inferiores, así como la destreza manual y digital. Valora también el equilibrio estático y dinámico.
- Demandas físicas comunes: incluyen sedestación, bipedestación, marcha, desplazamientos y balanceo. Además de valorar la capacidad para arrodillarse, acuclillarse, agacharse, gatear, alcanzar y manipular objetos, así como la destreza manual y digital.

Durante la evaluación, además del monitoreo de las respuestas fisiológicas al dolor y el ejercicio se debe hacer un monitoreo biomecánico valorando patrones de

movimiento, reclutamiento muscular, postura y el equilibrio estático y dinámico (62,65).

3.2 ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO

El análisis del puesto de trabajo (APT) constituye una herramienta metodológica esencial dentro del proceso de rehabilitación profesional e inclusión laboral, orientada a identificar las exigencias reales del puesto (73). En el Perú, este procedimiento se encuentra regulado por la Resolución Ministerial N.º 105-2015-TR “Lineamientos Para La Implementación Y Prestación De Servicios De Empleo Con Perspectiva De Discapacidad” y por la Guía de orientación sobre el análisis de puestos, tareas, habilidades para la inserción laboral de personas con discapacidad., emitida por el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (MTPE). De acuerdo con dichas disposiciones, el Análisis de Puesto de Trabajo es realizado por los Servicios de Empleo del MTPE, a solicitud del empleador, y se fundamenta en un enfoque basado en capacidades y habilidades, orientado a la valoración funcional más que al déficit (74,75) . Además, también puede ser realizado por el personal competente dentro del proceso de rehabilitación profesional ofrecido por el Ministerio de Salud (MINSA) o EsSalud.

De acuerdo con la herramienta metodológica propuesta por el Ministerio de Trabajo peruano, el análisis de puesto de trabajo comprende cinco etapas que permiten una evaluación integral del entorno y de las demandas del puesto de trabajo (75).

3.2.1 Registro de información general

Esta etapa comprende la recopilación sistemática de información sobre las condiciones laborales generales tanto de la empresa como del puesto de trabajo

evaluado. Incluye datos relativos a la ubicación geográfica del centro laboral, las vías y modalidades de acceso o transporte, el horario y tipo de jornada (diurna, vespertina o nocturna), el régimen salarial, la estructura organizacional y las características administrativas vinculadas al cargo. Asimismo, se consideran las demandas temporales y organizacionales asociadas al desempeño del puesto, tales como el cumplimiento de horarios, la puntualidad requerida, la posibilidad de turnos rotativos, la prolongación eventual de la jornada, la participación en labores nocturnas, los desplazamientos laborales o viajes de trabajo, y la intervención en situaciones de emergencia. Esta información constituye la base contextual necesaria para el análisis posterior de las exigencias funcionales, ambientales y ergonómicas del puesto (73,75).

3.2.2 Identificación de tareas

Comprende la descripción detallada de las tareas que conforman el puesto de trabajo, diferenciando entre tareas principales, secundarias y ocasionales, de acuerdo con su orden de importancia, frecuencia y tiempo de ejecución dentro de la jornada laboral diaria. Para un análisis más preciso, se recomienda registrar la distribución temporal de cada tarea, expresada en horas o porcentajes del tiempo total de la jornada, lo cual permite determinar la carga funcional real del puesto. En algunos modelos internacionales, este registro se realiza sobre la base de la jornada semanal, a fin de reflejar la variabilidad en las actividades laborales a lo largo del tiempo (73,75).

Además, es fundamental identificar las subactividades específicas que componen cada tarea, por lo menos de las tareas principales, ya que un mayor nivel de detalle

incrementa la validez y utilidad del análisis, facilitando la identificación de demandas físicas, sensoriales, cognitivas y sociales (75).

3.2.3 Identificación de herramientas de trabajo

Esta etapa comprende la descripción detallada de los elementos físicos y tecnológicos empleados para la ejecución de las tareas, incluyendo el mobiliario, la maquinaria, las herramientas, los equipos y los utensilios asociados al puesto de trabajo. Su análisis permite determinar su adecuación ergonómica, así como los riesgos derivados de su manipulación, postura, fuerza aplicada o uso prolongado (73,75).

3.2.4 Identificación de habilidades y demandas funcionales

Evalúa las capacidades físicas, sensoriales, cognitivas, sociales y emocionales requeridas para el desempeño del puesto. Entre ellas se incluyen las capacidades de movimiento (flexión y extensión de la columna vertebral, manipulación de objetos, trabajo de pie o sentado, levantamiento y transporte de cargas, uso de extremidades superiores e inferiores), las demandas sensoriales (visión cercana y lejana, percepción de profundidad, discriminación de colores, audición, tacto, gusto y olfato), así como las demandas cognitivas y emocionales, tales como atención sostenida, concentración, memoria, resolución de problemas, toma de decisiones, trabajo bajo presión, interacción social, liderazgo, adaptabilidad y comunicación efectiva (72,76).

3.2.5 Evaluación de factores ambientales

Analiza las condiciones físicas y ambientales del entorno laboral, considerando temperatura, humedad, ventilación, ruido, vibraciones, iluminación, radiaciones, higiene ambiental y exposición a contaminantes biológicos, químicos o físicos. Este análisis también valora la modalidad del entorno (interior, exterior, oficina abierta o cerrada), la variabilidad del lugar de trabajo, la exposición a condiciones climáticas extremas y la presencia de factores de riesgo adicionales, como caídas, posturas forzadas, movimientos repetitivos, manipulación de maquinaria pesada, equipos eléctricos o armas de fuego (72,73,75).

En contextos internacionales, el análisis del puesto de trabajo incluye además la evaluación de la exposición a riesgos potenciales —ruido continuo o intermitente, radiaciones ionizantes, productos aromáticos o polvo, agentes infecciosos, materiales punzocortantes, altura o vida silvestre—, así como la descripción detallada del uso de equipos de protección personal (EPP)(72).

A modo de ejemplo se puede citar el puesto de trabajo de panadero. La tarea principal consiste en elaborar productos de panificación conforme a los estándares de calidad e inocuidad alimentaria. Entre las subactividades se incluyen revisar las órdenes de producción, pesar y mezclar los ingredientes, amasar y dividir la masa, dar forma a los panes, controlar los tiempos de fermentación y horneado, verificar la calidad del producto final y registrar la producción.

Las herramientas de trabajo empleadas comprenden amasadoras y hornos industriales, bandejas metálicas, mesas de acero inoxidable, balanzas, cortadores,

moldes, además de los equipos de protección personal como guantes térmicos (EPP).

En cuanto a las demandas físicas, el puesto exige trabajo de pie prolongado, resistencia al calor, levantamiento de bandejas de hasta 15 kg y movimientos repetitivos de manos y muñecas durante el amasado y modelado. Las demandas sensoriales incluyen la discriminación visual, táctil y olfativa para controlar la cocción, textura y aroma del pan. Las exigencias cognitivas y psicoemocionales implican atención sostenida, memoria operativa, coordinación en equipo, comunicación efectiva y gestión del tiempo bajo presión.

Finalmente, los factores ambientales se caracterizan por la exposición al calor, humedad, ruido y partículas de harina en suspensión, lo que demanda medidas ergonómicas y de control ambiental, como ventilación adecuada, pausas térmicas y uso de equipos de protección.

3.3 AJUSTES RAZONABLES

Los ajustes razonables comprenden el conjunto de modificaciones y adaptaciones a un puesto de trabajo, que son necesarias para reducir las brechas existentes entre los requerimientos y demandas de este y la capacidad funcional de una persona con discapacidad. Su finalidad es garantizar que las personas con discapacidad puedan acceder, desempeñarse y progresar laboralmente en condiciones de igualdad, alcanzando resultados equiparables y las mismas oportunidades de formación y desarrollo profesional que los trabajadores sin discapacidad. De este modo, los ajustes razonables constituyen un mecanismo esencial para el ejercicio efectivo del

derecho al trabajo en igualdad de condiciones, reconocido por los marcos normativos internacionales y por la legislación peruana.(6,8,77,78)

Dependiendo del grado de complejidad de la tecnología utilizada, los ajustes razonables pueden clasificarse en no tecnológicos, de baja tecnología y de alta tecnología. Los primeros se refieren a modificaciones que no implican el uso de dispositivos tecnológicos, tales como cambios organizacionales, redistribución de funciones o ajustes en los horarios de trabajo, orientados a facilitar la inclusión y el desempeño laboral. Los ajustes de baja tecnología comprenden intervenciones simples, de bajo costo y fácil implementación, como la instalación de manijas accesibles, rampas portátiles o mobiliario ajustable, mientras que los de alta tecnología implican el uso de equipos o sistemas avanzados, como computadoras adaptadas, software de lectura de pantalla, dispositivos de control por voz o tecnologías de asistencia sensorial. Esta clasificación permite orientar la selección y aplicación de medidas apropiadas en función de las necesidades individuales de cada trabajador con discapacidad. Asimismo, en relación con los métodos empleados para su implementación, los ajustes razonables pueden analizarse según su naturaleza (79) .

3.3.1 Ayudas técnicas

Las ayudas técnicas constituyen recursos tecnológicos, ergonómicos o de apoyo orientados a favorecer la autonomía, la seguridad y el desempeño funcional, mediante la adaptación del entorno a las necesidades individuales de cada trabajador. Entre estas se incluyen software de reconocimiento de voz, teclados en braille, ratones ergonómicos, sillas posturales ajustables, dispositivos de

comunicación aumentativa o alternativa, y sistemas de control ambiental que permiten la interacción con equipos o mobiliario mediante comandos de voz o movimientos simples (77-80).

3.3.2 Servicios de apoyo en el trabajo o asistencia personal

Los servicios de asistencia personal constituyen un recurso especializado de apoyo, de forma temporal o permanente, orientado a facilitar que las personas con discapacidad puedan comprender, planificar y ejecutar de manera eficaz las actividades correspondientes a su puesto de trabajo. Entre las principales modalidades de asistencia personal se incluyen el acompañamiento en el puesto de trabajo, la orientación personalizada para la adaptación de tareas y la evaluación individual de competencias, limitaciones y requerimientos con el fin de adecuar los procesos de reclutamiento, capacitación y desempeño laboral (78).

Estos servicios pueden comprender diversas funciones, tales como asistentes laborales que orientan en la organización del tiempo y la priorización de tareas o acompañan al trabajador con discapacidad en el puesto de trabajo, intérpretes de lengua de señas o guías-intérpretes que facilitan la comunicación de personas con discapacidad auditiva o visual; facilitadores laborales que actúan como mediadores entre el trabajador y el empleador; o acompañantes técnicos, que brindan asesoría en el uso de tecnologías de apoyo o en la implementación de adaptaciones ergonómicas (78,81).

3.3.3 Horario de trabajo flexible

Este ajuste está orientado a adecuar la jornada laboral a las capacidades funcionales,

necesidades sensoriales y ritmo de desempeño del trabajador con discapacidad, tomando en cuenta sus tiempos de recuperación, preferencias y necesidades del cuidado de su salud. Las medidas pueden incluir la modificación del horario de ingreso o salida —ya sea anticipado o diferido—la implementación de pausas laborales programadas para evitar la fatiga física o mental, la flexibilización del horario de almuerzo o descanso, e incluso la distribución alternativa de la jornada semanal. En algunos casos, puede contemplarse el trabajo a tiempo parcial o en modalidad híbrida, siempre que ello contribuya a mantener la productividad y la inclusión laboral sostenible (77-79).

3.3.4 Organización flexible de las tareas

Esta estrategia promueve la personalización del puesto de trabajo a través de la reorganización o intercambio de tareas dentro de su puesto de trabajo o entre distintos puestos, con el propósito de adecuar las capacidades, habilidades y potencialidades del trabajador con discapacidad. De este modo, se facilita que la persona con discapacidad desempeñe aquellas actividades en las que pueda alcanzar un mayor nivel de autonomía, eficiencia y productividad (77,78).

3.3.5 Espacio de trabajo

Se refiere a tanto a las instalaciones físicas del lugar de trabajo como a las herramientas. En cuanto a las herramientas, se refiere a las modificaciones o adecuaciones realizadas sobre el mobiliario, la maquinaria, los equipos y los utensilios utilizados en el puesto de trabajo, con el objetivo de permitir que el trabajador con discapacidad pueda utilizarlos y operarlos en condiciones de

autonomía, seguridad y eficiencia funcional. Entre las principales estrategias se incluyen la modificación ergonómica del mobiliario que incluye su distribución en el ambiente físico así como la implementación de sillas posturales, escritorios regulables en altura o superficies de trabajo y almacenamiento accesibles para usuarios de silla de ruedas; la adecuación de maquinaria o equipos industriales, mediante la incorporación de sistemas automatizados, sensores de proximidad, controles digitales o botones de baja presión; así como la adaptación de herramientas manuales, empleando mangos anatómicos, materiales livianos o superficies antideslizantes (77-79).

Asimismo, los ajustes pueden incluir modificaciones ambientales, como la regulación de la temperatura, la iluminación o el nivel de ruido, la provisión de espacios tranquilos o estaciones de trabajo individuales, e incluso la posibilidad de implementar modalidades de teletrabajo o trabajo remoto, cuando estas contribuyen a optimizar el desempeño y bienestar del trabajador con discapacidad (77,78).

3.3.6 Accesibilidad Universal

La accesibilidad universal se define como la condición que deben cumplir los entornos, procesos, productos y servicios para ser comprensibles, utilizables y seguros por todas las personas, independientemente de su edad o capacidad funcional. Vinculado a ello, el diseño universal implica la planificación de espacios, herramientas y servicios que puedan ser utilizados por el mayor número posible de personas sin requerir adaptaciones especiales. Ambos constituyen pilares de la inclusión y la igualdad de oportunidades, al garantizar la participación plena y autónoma de las personas con discapacidad (77-79).

Los principios del diseño universal exigen que los entornos requieran un mínimo esfuerzo físico, sean flexibles y adaptables a distintas dimensiones y grados de movilidad, simples e intuitivos en su uso, y aseguren la percepción de la información mediante formatos visuales, auditivos o táctiles, priorizando siempre la seguridad y la prevención de riesgos (79).

En el Perú, según la Norma Técnica A-120, las edificaciones deben incluir rampas, ascensores, pasillos y servicios higiénicos accesibles, además de comedores, áreas de descanso, zonas de recreación, auditorios y rutas de evacuación que garanticen libertad de desplazamiento, señalización comprensible, iluminación adecuada y superficies antideslizantes. Estas medidas son esenciales para promover entornos laborales seguros, inclusivos y equitativos, favoreciendo la autonomía y la participación social plena (82).

3.3.7 Proceso de implementación

Se debe evaluar y planificar la implementación de los ajustes razonables contando con participación de la persona con discapacidad y asesoría de profesionales calificados para esto. Generalmente los terapeutas ocupacionales son los profesionales que están más capacitados para estas funciones (77). Los ajustes razonables deben darse en todas las etapas del proceso de retorno al trabajo e inclusión laboral, desde el proceso de selección, pasando por la contratación, mantenimiento y progresión profesional (77,79).

En este sentido, se debe considerar ajustes razonables que hagan accesibles los procesos de selección y contratación a las personas con discapacidad, tomando en cuenta los accesos físicos a las entrevistas (que las personas puedan llegar fácilmente en sus sillas de ruedas o haciendo uso de tecnología asistiva mediante rampas, ascensores), así como disponer del uso de ayudas tecnológicas para los casos de discapacidad visual o auditiva, entre otras, para generar un proceso inclusivo y accesible, mediante el apoyo a la comunicación mediante subtítulos durante las reuniones o dispositivos de escucha asistida, o en todo caso traductores. La difusión de la información debe hacerse con formatos accesibles (77,79).

Dentro de las adaptaciones para una integración laboral exitosa también es importante la sensibilización a los empleadores, supervisores y compañeros de trabajo acerca del estigma. Muchos pueden tener dudas sobre como interactuar con una persona con discapacidad y tomar una actitud distante o sobreprotectora, por lo cual hay que formar redes de apoyo para las personas con discapacidad (79).

Es importante recalcar que para calificar como razonable, los ajustes no deben significar un gasto importante para las empresas, por esta razón, generalmente no se incluyen modificaciones arquitectónicas (78). Por ejemplo, no se podría exigir a la empresa la implementación de un ascensor hasta un cuarto piso para cubrir la necesidad de llegar a este nivel por una sola persona con discapacidad que trabaje en este lugar, sin embargo, si se pudiese reubicar su puesto de trabajo en un ambiente del primer piso e implementar rampas para salvar los desniveles que existan.

En el Perú, de acuerdo con la Resolución Ministerial N.º 171-2019-TR, que aprueba los Lineamientos para el Otorgamiento de Ajustes Razonables en el Sector Privado, se establece que la persona con discapacidad interesada en acceder a un ajuste razonable debe presentar una solicitud por escrito al empleador, quien dispone de un plazo máximo de diez días hábiles para iniciar el proceso deliberativo. Dicho proceso debe desarrollarse en una a tres sesiones, culminando en un período no mayor a treinta días hábiles. En caso de presentarse discrepancias o desacuerdos entre las partes, se podrá recurrir a la mediación de la Gerencia o Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo, con el fin de resolver la controversia mediante mecanismos conciliatorios (81).

Asimismo, las empresas que implementen ajustes razonables pueden acceder a beneficios tributarios contemplados en el Decreto Supremo N.º 287-2013-EF, el cual otorga una deducción adicional en el pago del Impuesto a la Renta equivalente al 50 % de los gastos efectuados en la implementación de ajustes razonables en el lugar de trabajo. Este beneficio constituye un crédito tributario no reembolsable, que no genera saldo a favor del contribuyente, no puede trasladarse a ejercicios fiscales posteriores, ni transferirse a terceros (83).

No obstante, el empleador podrá negar la implementación de un ajuste razonable cuando este implique una paralización del ciclo productivo, afecte significativamente el cumplimiento de metas de productividad, genere un impacto económico negativo sustancial, o produzca problemas de liquidez que impidan el cumplimiento oportuno de sus obligaciones financieras y laborales. Para sustentar

dicha negativa, la empresa debe presentar documentación comprobatoria contable además de otros documentos pertinentes que acrediten objetivamente la imposibilidad de ejecución (81).

II. CONCLUSIONES

- A pesar de que las personas con discapacidad cuentan con el derecho al trabajo y a los beneficios derivados de una participación laboral plena, en el Perú aún no se garantiza su ejercicio efectivo. Persisten estigmas, creencias erróneas y una limitada articulación entre los actores del sector salud, laboral y de asistencia social, lo que dificulta un retorno al trabajo e inclusión laboral exitosos.
- Los programas de rehabilitación profesional constituyen una estrategia importante para abordar de forma integral la discapacidad y facilitar el retorno al trabajo y la inclusión laboral. Su éxito depende de una evaluación completa que considere los intereses, expectativas y capacidades de la persona con discapacidad, además de la formulación de un plan de acción realista y orientado a objetivos con la participación de la persona con discapacidad acompañados por la asesoría de profesionales con competencia en orientación vocacional; y finalmente un seguimiento cercano que asegure la sostenibilidad de la colocación laboral.
- Una adecuada valoración funcional de la capacidad para el trabajo complementada con un análisis detallado del puesto laboral, permite identificar las brechas existentes entre las demandas del empleo y las capacidades actuales de la persona. A partir de ello se pueden diseñar

planes integrales de rehabilitación profesional que incluyan rehabilitación funcional, formación y ajustes razonables, favoreciendo un job match óptimo y seguro que promueva la sostenibilidad del empleo. Se contribuye a la construcción de entornos laborales accesibles, seguros y equitativos, fortaleciendo la cultura de la inclusión y la corresponsabilidad entre los actores del sistema de salud, trabajo y seguridad social.

- En el Perú, el acceso a servicios de rehabilitación profesional continúa siendo limitado y se desarrolla en un sistema fragmentado, con poca disponibilidad de centros especializados y escasa coordinación intersectorial, lo que condiciona resultados poco favorables en términos de retorno al trabajo e inclusión laboral.

III. RECOMENDACIONES

- Realizar estudios a nivel nacional que generen evidencia sobre la situación actual del retorno al trabajo, la inclusión laboral, las barreras existentes y los resultados de los programas implementados, con el fin de detectar brechas y orientar políticas y prácticas basadas en evidencia mejorando la accesibilidad a servicios de rehabilitación profesional y que además planteen procesos claros y coordinados con participación intersectorial.
- Desarrollar estrategias de sensibilización dirigidas a profesionales de la salud, empleadores, aseguradoras y tomadores de decisión, que permitan visibilizar la importancia de la rehabilitación profesional como derecho y como factor clave para el retorno al trabajo, la inclusión laboral y la sostenibilidad del empleo.
- Implementar programas de formación continua en evaluación funcional, análisis de puestos de trabajo, orientación vocacional y gestión de ajustes razonables para los equipos de salud y de empleo. Además, crear rutas claras de referencia, seguimiento y acompañamiento que eviten intervenciones tardías y reduzcan los periodos de incapacidad laboral.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Soren A, Ryff CD. Meaningful work, well-being, and health: enacting a eudaimonic vision. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2023; [citado 07 de setiembre del 2025] Aug 12;20(16):6570. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10454804/> doi:10.3390/ijerph20166570. PMID:37623156
2. Cavalcante AKS, Leal JCS, Feijão GMM. “Desempregado, e agora?”: uma análise sobre os impactos psicossociais do desemprego. *Rev. Interfaces* [Internet]. 2020; [citado 07 de setiembre de 2025]; 8(1):362-71. Disponible en: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/731> doi: <https://doi.org/10.16891/731>
3. Wickenden M, Mader P, Thompson SC, Shaw J. Mainstreaming disability inclusive employment in international development. *Journal of International Development*. 2022;34(5):933–41.. Wickenden M, Mader P, Thompson S, Shaw J. Mainstreaming Disability Inclusive Employment in International Development. *J of Intl Development* [Internet]. 2022; [citado 07 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12413/17721> doi: 10.1002/jid.3679 1
4. Balala KAM, Claveria HS, Favia JM, Quintana M, Santural RL, Quijano ED, et al. An Action Research on Employability Assessment, Challenges, and Coping Mechanism of Persons with Disabilities (PWDs) in Applying for a Job. *IJRISS* [Internet]. 2024; [citado 07 de setiembre de 2025] VIII(VII):841–61.

Disponible en: <https://dx.doi.org/10.47772/IJRISS.2024.807068> doi:
10.47772/ijriss.2024.807068

5. International Labour Organization. Disability inclusion strategy and action plan 2020–23 [Internet]. Geneva: ILO; 2020 [citado 08 de Setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.ilo.org/disability>
6. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) [Internet]. New York: UN; 2006 [citado 08 de setiembre de 2025]. Disponible en:
<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Rehabilitación 2030: un llamado a la acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2017 [citado 08 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/rehabilitation/rehab-2030>
8. Perú. Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad. Diario Oficial El Peruano, 24 jul 2012 [Internet]. Lima, Congreso de la República; 2012; [citado 03 de setiembre de 2025]. Disponible en:
<https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/29973>
9. Observatorio Nacional de la Discapacidad. Discapacidad en cifras. Observatorio Nacional de la Discapacidad; 2023 [citado 08 de setiembre de 2025]. Disponible en:
<https://observatorio.conadisperu.gob.pe/discapacidad-en-cifras/>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perfil sociodemográfico de la población con discapacidad, 2017 [Internet]. Lima: INEI; 2017 [citado 08 de setiembre de 2025]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1675/libro.pdf

11. Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS). En el 2023, solo nueve entidades públicas cumplieron con la cuota laboral de personas con discapacidad [Internet]. Lima: CONADIS; 2024; [citado 08 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/conadis/noticias/912374-en-el-2023-solo-nueve-entidades-publicas-cumplieron-con-la-cuota-laboral-de-personas-con-discapacidad>
12. Perú. Congreso de la República. Ley N.º 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Diario Oficial El Peruano, 2011 jun 20 [Internet]. Lima, Congreso de la República; 2011; [citado 03 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mtpe/normas-legales/29783>
13. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Guidelines for effective vocational rehabilitation schemes [Internet]. Luxembourg: Publications Office; 2024 [citado 24 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/886060>
14. López Bastías JL. La conceptualización de la discapacidad a través de la historia: una mirada a través de la evolución normativa. Rev Fac Derecho Mex.[Internet].2019; [citado 20 de setiembre de 2025].69(273-2):835-56. Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rfdm/article/view/68632>

15. Rohwerder B. Disability inclusion: Topic guide [Internet]. Birmingham (UK): GSDRC, University of Birmingham; 2015 [citado 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://gsdrc.org/topic-guides/disability-inclusion/>
16. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
17. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la equidad en materia de salud para las personas con discapacidad [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2025 [citado 19 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275330234>
18. United Nations Statistics Division. Disability statistics (DISTAT database) [Internet]. New York: United Nations; 2023 [citado 18 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/sconcerns/disability/statistics/>
19. Ministerio de Salud (Perú). Tipos de discapacidad [Internet]. Lima: Gobierno del Perú; 2024 [citado 19 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/30262-discapacidad-tipos-de-discapacidad>
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Primera Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad – ENEDIS 2012 [Internet]. Lima: INEI; 2014 [citado 19 de setiembre de 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/index.html
21. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud NTS N.º 220-MINSA/DGIESP-2024, Norma Técnica de Salud que establece el

procedimiento de evaluación, calificación y certificación de la incapacidad.
Lima: MINSa; 2024.

22. Perú, Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la evaluación de la discapacidad: NTS N° 127-MINSA/2016/DGIESP [Internet]. Lima: MINSa; 2016 [citado 24 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/188400-127-minsa-2016-dgiesp>
23. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.° 558-2023-MINSA. Modifican la Norma Técnica de Salud N.° 127-MINSA/2016/DGIESP [Internet]. Lima: MINSa; 2023 [citado 15 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe>
24. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.° 884-2024-MINSA. Modifican la Norma Técnica de Salud N.° 127-MINSA/2016/DGIESP [Internet]. Lima: MINSa; 2024 [citado 15 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe>
25. Congreso de la República del Perú. Ley N.° 26790. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud [Internet]. Lima: El Peruano; 1997 [citado 15 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe>
26. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo N.° 009-97-SA. Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud [Internet]. Lima: El Peruano; 1997 [citado 15 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe>
27. Ministerio de Salud del Perú. Decreto Supremo N.° 003-98-SA. Normas técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo [Internet]. Lima:

- El Peruano; 1998 [citado 15 de setiembre de 2025]. Disponible en:
<https://busquedas.elperuano.pe>
28. Castillo-Fernández JC, Mayta-Paulet YN, Ramírez-Marochó M, Barrantes-Arce EE, Herrera-Añazco P. Avances en la certificación de la incapacidad laboral en Perú. *Acta méd. Peru.* [Internet]. 2025; [citado 16 de setiembre de 2025] ;42(2):149-54. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172025000200149&script=sci_arttext&tlng=es
doi:10.35663/amp.2025.422.3518
29. International Labour Organization (ILO). Disability and work [Internet]. Geneva: ILO; [citado 12 de setiembre de 2025]. Disponible en:
<https://www.ilo.org/topics-and-sectors/disability-and-work#intro>
30. Agredo Silva V, Estrada MP. Empleabilidad de las personas con discapacidad “una revisión narrativa”: alternativas desde la inclusión laboral. *Rev CES Derecho* [Internet]. 2022; [citado 16 de setiembre de 2025];13(1):147-68. Disponible en: <https://doi.org/10.21615/cesder.6308>
31. International Labour Organization (ILO). Estudio sobre los resultados laborales y salariales de las personas con discapacidad [Internet]. Ginebra: ILO; 2024 [citado 16 de setiembre de 2025]. Disponible en:
<https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-05/OIT-ESTUDIO-Resultados-laborales-salariales-personas-discapacidad-ESP-RGB-18FEB.pdf>
32. Sharma RH, Asselin R, Stainton T, Hole R. Ableism and employment: a scoping review of the literature. *Soc Sci* [Internet]. 2025 [citado 16 de

- setiembre de 2025];14(2):67. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-0760/14/2/67> doi:10.3390/socsci14020067
33. Bezyak J, Chan F, Tansey TN, Wu JR, Iwanaga K, Lee D. Changing human resource professionals from gatekeepers to enablers of disability employment: lessons learned from disability-employment research. *J Vocat Rehabil.*[Internet].2024; [citado el 16 de setiembre de 2025]; 62(1):76-81. Disponible en : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12188975/>
34. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Situación de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo peruano, 2012 [Internet]. Lima: MTPE; 2012 [citado 16 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/mtpe>
35. Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas), núm. 159. [Internet]. Ginebra: OIT; 1983. [Citado 17 de setiembre de 2025]. Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C159
36. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad [Internet]. Guatemala: OEA; 1999 [citado de 17 setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>
37. Paz-Maldonado E, Silva Peña I. Inserción laboral de personas en situación de discapacidad en América Latina [Internet]. *Saude Soc (São Paulo)*; 2021

- [citado 17 de setiembre de 2025];29(4):e190724. Disponible en:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/TqjdMQRZgwrnN6pRxCKfjD/>
38. Díaz García LI, Bastías Parraguez C, Alarcón García S, Ritz Parra K. Regulación de la inclusión laboral de personas con discapacidad en el sector privado de Iberoamérica. Una evaluación desde la Convención. *Rev Chil Derecho* [Internet]. 2021 [citado 17 de setiembre de 2025];48(3):25-54. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-34372021012000025&script=sci_arttext
39. European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. Guidelines for effective vocational rehabilitation schemes [Internet]. LU: Publications Office; 2024 [citado 24 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://data.europa.eu/doi/10.2767/886060>
40. Fondo de Riesgos Laborales (Colombia). Manual para la rehabilitación [Internet]. Bogotá: Fondo de Riesgos Laborales; 2012 [citado 24 de setiembre de 2025]. Disponible en:
<https://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/publicaciones/manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
41. Mohamad NBZ, Tan GYQ, Lim SAY, Joe S, Asano M. A scoping review of vocational rehabilitation programs for people with acquired physical disabilities. *J Occup Rehabil.* [Internet]. 2025; [citado 23 de setiembre de 2025] Aug 15; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40815325/>
doi: 10.1007/s10926-025-10322-2

42. Cavalcante MVC, Toldrá RC. Reabilitação profissional do INSS: uma revisão narrativa da literatura. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2024;[citado 24 de setiembre de 2025].34(1-3):e227336. Disponible en: <https://revistas.usp.br/rto/article/view/227336/214148>
doi:10.11606/issn.2238-6149.v34i1-3e227336
43. Aragaki D, Saby A, Zappaterra M, Escorpizo R. Occupational medicine and vocational rehabilitation. En: Braddom S, editor. Physical medicine and rehabilitation 6.ª ed. [Internet]. 2020; [citado 24 de setiembre de 2025] p. 89-99.e2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-62539-5.00006-0>
44. Hernández Wence J, Núñez Trías S. Rehabilitación laboral para el trabajo. Boletín INR n.º 62 [Internet]. Ibarra (Mex.): Instituto Nacional de Rehabilitación; fecha desconocida [citado 24 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.inr.gob.mx/Descargas/boletin/062Boletin.pdf>
45. Escorpizo R, Brage S, Homa D, Stucki G. Handbook of vocational rehabilitation and disability evaluation: application and implementation of the ICF. Cham (CH): Springer; 2015. doi: 10.1007/978-3-319-08825-9
46. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (Perú). Guía básica para el seguimiento a la colocación de personas con discapacidad: promoviendo la sostenibilidad en el empleo [Internet]. Lima: MTPE; fecha desconocida [citado 01 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://discapacidad.trabajo.gob.pe>

47. Botha W, Magida N, Mudzi W, Bello B. Predictors of return to work among mine workers following on-duty injury: a scoping review. *S Afr J Physiother* [Internet]. 2025; [citado 27 de setiembre de 2025];81(1):2165. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12223987/>
doi: 10.4102/sajp.v81i1.2165
48. Institute for Work & Health. Seven principles for return to work [Internet]. 2014; [citado 30 de setiembre de 2025]. Disponible en: https://www.iwh.on.ca/sites/iwh/files/iwh/tools/seven_principles_rtw_2014.pdf
49. Pasanen J, Luoma A. How can social insurers promote return to work in occupational rehabilitation? A quantitative, cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2021; [citado 25 de setiembre de 2025];21(1):1687. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11758-w>
50. Instituto Nacional de Rehabilitación (Perú). Memoria anual 2024 [Internet]. Lima: INR; 2025 [citado 30 de setiembre de 2025]. Disponible en: https://app.inr.gob.pe:444/media/html/transparencia/transparencia%20inr/planeamiento/memoria_anual/memoria_anual_inr-2024.pdf
51. EsSalud. Centros Especializados de Rehabilitación Profesional (CERP) [Internet]. 2025; [citado 30 de setiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.essalud.gob.pe/cerp/>
52. EsSalud. Resolución de Gerencia General N° 1340-2023 [Internet]. 2023 [citado 01 octubre de 2025]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/RGG_1340_ESSALUD_2023.pdf

53. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (Perú). Cómo encontrar ofertas laborales exclusivas para personas con discapacidad [Internet]. 2025 [citado 01 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://discapacidad.trabajo.gob.pe/personas-con-discapacidad-y-empleo/ofertas-de-empleo/>
54. Johansen T, Dittrich WH, editores. Occupational Health and Rehabilitation: New Approaches for Maintaining Work Ability in the Workplace [Internet]. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2021 [citado de 24 septiembre de 2025]. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-658-33484-0>
55. Organización Internacional del Trabajo. Punto de Partida de la formación laboral: Evaluación de Ingreso [Internet]. Montevideo, OIT, 1998. [citado 7 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.oitinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/2.pdf
56. Sengers JH, Abma FI, Ståhl C, Brouwer S. Work capacity assessments and efforts to achieve a job match for claimants in a social security setting: an international inventory. *Disabil Rehabil.* [Internet]. 2022; [citado 4 de octubre de 2025]; 44(10):1898-907. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32854558/>
doi: 10.1080/09638288.2020.1810787
57. de Wind A, Donker-Cools BHPM, Jansen L, Luymes CH, van der Burg-Vermeulen SJ, Oomens S, et al. Development of the core of an ICF-based instrument for the assessment of work capacity and guidance in return to work of employees on sick leave: a multidisciplinary modified Delphi study.

- BMC Public Health [Internet]. 2022; [citado 25 de septiembre de 2025];22(1):2449. Disponible en:
<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-14653-0>
58. ICF Research Branch. ICF Core Sets [Internet]. [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets>
59. Instituto de Biomecánica de Valencia. Cuaderno de Biomecánica [Internet]. 2012; [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.ibv.org/wp-content/uploads/2020/01/CuadernoBIOmecanica_VF_2012_web.pdf
60. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 1147: Work Ability Index: versión española [Internet]. 2020; [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/33-serie-ntp-numeros-1136-a-1151-ano-2020/ntp-1147-work-ability-index-version-espanola>
61. Bases of Virginia. Work Samples [Internet]. [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.basesofva.com/work-samples/>
62. Chartered Society of Physiotherapy. ACPOHE Functional Capacity Evaluation Guidance v1.0 [Internet]. 2014; [citado 13 octubre de 2025]. Disponible en: https://www.csp.org.uk/system/files/documents/2018-07/acpohe_fce_guidance_v1.0_17-4-14.pdf
63. Instituto Nacional de Rehabilitación. Boletín INR: Rehabilitación Laboral [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2025]. Disponible en:

<https://es.scribd.com/document/668906505/Boletin-ISR-rehabilitacion-laboral>

64. Escorpizo R, Trenaman LM, Miller WC. Spinal Cord Injury: Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation. En: Escorpizo R, Brage S, Homa D, Stucki G, editores. Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation [Internet]. Cham: Springer; 2015 [citado 13 de octubre de 2025]. p. 239-61. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-3-319-08825-9_11
65. Allison S, Hoyle D, Mecham J. Current Concepts in Functional Capacity Evaluation: A Best Practices Guideline [Internet]. Orthopaedic Section, American Physical Therapy Association; 2018 [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www.orthopt.org/uploads/content_files/files/2018%20Current%20Concepts%20in%20OH%20PT-FCE%2006-20-18%20FINAL.pdf
66. O*NET OnLine [Internet]. [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.onetonline.org/>
67. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Catálogo Nacional de Perfiles Ocupacionales. Versión 2014 [Internet]. [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: https://www2.trabajo.gob.pe/archivos/direcnormalizacion/catalogo/Catalogo_Nacional_Perfiles_Ocupacionales_ver.2014.pdf
68. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Clasificador Nacional de Ocupaciones 2015 [Internet]. [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4123438/Clasificador%20Nacional%20de%20Ocupaciones%202015.pdf?v=1676476271>

69. van der Wijk G, de Groot L, Bruweleit J, Hévízi L, Edgarian MS, Vermeulen S, et al. Social and societal factors interact with psychological factors to shape pain outcomes in a community sample with chronic pain: a network study. medRxiv [Internet]. 2025 sep 3 [citado 7 de octubre de 2025];2025.08.29.25334446. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12424911/>
doi: 10.1101/2025.08.29.25334446.
70. Landmark L, Sunde HF, Fors EA, Kennair LEO, Sayadian A, Backelin C, et al. Associations between pain intensity, psychosocial factors, and pain-related disability in 4285 patients with chronic pain. Sci Rep. [Internet]. 2024; [citado 7 de octubre de 2025];14(1):13477. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-64059-8>
doi: 10.1038/s41598-024-64059-8.
71. Schindl M, Zipko HT, Bethge M. Is a functional capacity evaluation associated with a more realistic appraisal of patients' self-reported functional capacity? A diagnostic before-after study. Rehabilitation (Stuttg). [Internet]. 2025; [citado 4 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-2654-5933> doi: 10.1055/a-2654-5933
72. Government of Canada. Functional Abilities Form (FAF-FCF) [Internet]. [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.canada.ca/content/dam/canada/tbs-sct/migration/psm-fpfm/ve/dee/dmi-igi/hcp-pss/faf-fcf-eng.pdf>

73. Heron R. Job and Work Analysis: Guidelines on Identifying Jobs for Persons with Disabilities [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2005 [citado 13 de Octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.ilo.org/publications/job-and-work-analysis-guidelines-identifying-jobs-persons-with-disabilities>
74. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Resolución Ministerial N.º 105-2015-TR [Internet]. Lima, MTPE, 2015; [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en: http://www.mintra.gob.pe/archivos/file/SNIL/normas/2015-05-12_105-2015-TR_4045.pdf
75. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Guía de orientación sobre el análisis de puestos, tareas y habilidades para la inserción laboral de personas con discapacidad [Internet]. Lima, MTPE; 2016 [citado 12 de Octubre del 2025]. Disponible en: https://discapacidad.trabajo.gob.pe/wp-content/uploads/2021/03/Guia_habilidades.pdf
76. Comunidad de Madrid. Valoración, Orientación e Inserción Laboral de Personas con Discapacidad (VOIL) [Internet]. Madrid: Consejería de Políticas Sociales y Familia; 2017 [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM014067.pdf>
77. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo; Instituto Nacional de Rehabilitación “Adriana Rebaza Flores”. Guía Básica de Ajustes Razonables: Aplicable a personas con discapacidad [Internet]. Lima: MTPE; 2021 [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en:

<https://discapacidad.trabajo.gob.pe/wp-content/uploads/2021/09/Guia-de-ajustes-Razonables-MTPE-y-INR-.pdf>

78. Unión Europea. Ajustes razonables en el lugar de trabajo [Internet]. Luxembourg: Publications Office EU; 2024 [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f3f79e30-23c7-11ef-a195-01aa75ed71a1/language-es>
79. United Nations Development Programme. The Guidelines on Disability-Inclusive Employment [Internet]. [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.undp.org/kyrgyzstan/publications/guidelines-disability-inclusive-employment>
80. Naciones Unidas. Assistive Technology Devices [Internet]. UN, 2017; [citado 11 de octubre de 2025]. Disponible en: https://social.desa.un.org/sites/default/files/migrated/15/2019/03/Assistive-Technology-Devices-2017_Spa.pdf
81. Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS). Norma Técnica para el Diseño, Implementación y Ejecución de Ajustes Razonables [Internet]. Lima, CONADIS, 2016; [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.conadisperu.gob.pe/wp-content/uploads/2016/07/norma-tecnica-para-el-dise%3%91o-de-implementaci%3%93n-y-ejecuci%3%93n-de-ajustes-razonables-1.pdf>
82. Instituto Nacional de Calidad (INACAL). Norma A.120 V5 [Internet]. Lima, INACAL, 2019; [citado 14 de octubre de 2025]. Disponible en:

https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/418352/Norma_A120_V5_web.pdf?v=1573130157

83. Gobierno del Perú. Decreto Supremo N.º 287-2013-EF [Internet]. Lima: MEF; 2013 [citado 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/mef/normas-legales/228901-287-2013-ef>