



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Prevención y Manejo de la Discapacidad para Trabajar: Un Análisis al Sistema de Riesgos Laborales Colombiano**

**Diana Elizabeth Cuervo Díaz**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina  
Doctorado Interfacultades en Salud Pública  
Bogotá D.C., Colombia  
2016



# **Prevención y Manejo de la Discapacidad para Trabajar: Un Análisis al Sistema de Riesgos Laborales Colombiano**

**Diana Elizabeth Cuervo Díaz**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Doctora en Salud Pública**

Directora:

Doctora Marisol Moreno Angarita

Línea de Investigación:

Inclusión Laboral

Grupo de Investigación:

Discapacidad, Políticas y Justicia Social

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Doctorado Interfacultades en Salud Pública

Bogotá D.C., Colombia

2016



*Dedicada a mis padres, a mis hermanos, a Isabela y a Horacio*

*“Todos tus sueños se pueden hacer realidad, si tienes el coraje de perseguirlos”*

*Walt Disney*



## **Agradecimientos**

Agradezco a Dios y a la Virgen del Amparo de Chinavita, Boyacá, pueblo donde hice mi año rural, por la protección y guía en mi vida. A mis padres Camilo y Elizabeth quienes son unos soñadores que impregnaron mi vida de optimismo y determinación. A mis hermanos Nidia, Camilo y David quienes son mis cómplices.

A mi hija Isabela, por su comprensión cuando tenía que sacrificar muchos espacios que compartíamos juntas, y por no dejarme nunca desfallecer.

A Horacio, quien con su experiencia académica, me orientó hacia optar por aplicar a un doctorado, y con paciencia absolvió infinitas dudas que surgieron en la elaboración de este proyecto. Espero se sienta orgulloso de que finalmente haya logrado ser una egresada de su Universidad del alma, la Universidad Nacional de Colombia, que hoy se convierte en mi otra alma mater.

Gracias a mi tutora, la profesora Marisol Moreno Angarita quien desde el primer día que inicie este sueño, me acogió en su grupo de investigación dándome cada minuto de su tiempo para asesórame y enseñarme con una generosidad infinita y su gran deseo de construir un mejor país.

A los compañeros y profesores del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. A su cuerpo administrativo, Sandra Patricia y Gloria, que con su ayuda me facilitaron los procesos.

Mi gratitud con los profesores y compañeros del entrenamiento en Dalla Lana Public Health en la Universidad de Toronto–Canadá, beca otorgada por el Canadian Health Research Institute, que permitió que estudiantes de diferentes lugares del mundo fuéramos entrenados en prevención de la discapacidad para trabajar y compartiéramos nuestros proyectos y experiencias. A la Profesora Katherine Lippel, de la Universidad de Ottawa, quien guió mi pasantía y me permitió realizar discusión sobre mi proyecto, tanto en la fase de estructuración de la metodología como en el análisis de datos. A la doctora Elizabeth Kilgour de la Universidad de Monash-Australia, quien me orientó en la fase de estructuración de las entrevistas, dedicó su tiempo a enseñarme la utilización del programa N-vivo, y compartió su conocimiento en sistemas de compensación laboral y justicia procesal. A los profesores: Clemencia Navarro y Luis Carlos Trujillo de la

Facultad de Sociología de la Universidad Nacional de Colombia, por su asesoría que me permitió analizar la fase cualitativa de percepción de actores. A la epidemióloga Patricia Cornejo, quien me apoyó en la fase cuantitativa del proyecto.

Al departamento de Derecho Laboral de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá, a sus profesores y estudiantes quienes han sido un motor constante para mantener activas las discusiones académicas en torno a la seguridad social.

A mi grupo de investigación Discapacidad, Políticas y Justicia Social, quienes me enseñaron que no hay nada imposible en la vida, especialmente a Diana Garavito y Stephania Castellanos, quienes me apoyaron como asistentes de investigación, y Diana Álvarez y Andrea Cárdenas, por su apoyo en la edición del texto final.

Un especial agradecimiento a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, a sus miembros y trabajadores quienes me brindaron su apoyo y autorización para que fuera posible el análisis de datos y la realización de las entrevistas a pacientes. A cada uno de los entrevistados que quisieron compartir su experiencia y dedicar parte de su tiempo en busca de mejorar el Sistema de Riesgos Laborales Colombiano.



## Resumen

El problema de investigación se enmarca en el sistema de riesgos laborales colombiano, en donde, si bien se han hecho avances importantes en la gestión de la seguridad y salud en el trabajo, se encuentra que existen dificultades en lograr que el trabajador después de sufrir un evento laboral, retorne al trabajo o mantenga su vinculación laboral.

**Objetivos:** El presente estudio tuvo como objetivos i) analizar a partir de la revisión teórica de los conceptos para el manejo y prevención de la discapacidad para trabajar, cuáles serían los ajustes jurídicos, conceptuales, y procedimentales que podrían realizarse en el modelo de atención del Sistema de Riesgos Laborales en Colombia, para favorecer el reintegro o permanencia en el trabajo de personas que han sufrido accidente de trabajo o enfermedad laboral y ii) brindar a los actores del Sistema, un referente conceptual sobre la relación compensación económica versus retorno al trabajo, como forma de protección al trabajador que ha sufrido accidente de trabajo o enfermedad laboral.

**Metodología:** El estudio tiene un diseño de métodos mixtos con una primera fase cuantitativa en la que se analizaron las estadísticas de los trabajadores que acudieron a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez para calificarse una pérdida de capacidad laboral con destino a reclamar una compensación económica (Periodo 2007-2014) y otras dos fases cualitativas en donde se hizo revisión documental referente al tipo de modelo de reintegro laboral que predomina en las Leyes del sistema de riesgos laborales y una fase de campo en la que se realizaron y analizaron 33 entrevistas a diferentes actores del sistema, entre ellos: aseguradores, profesionales de salud, trabajadores, sindicatos, representantes de empresas, abogados.

**Resultados:** El 53% de los casos calificados por la Junta Nacional en el periodo estudiado son de origen laboral. En el periodo de 2007 a 2014, de los trámites remitidos a la JNC, fueron calificados 22.655 casos con evento laboral, correspondientes a 13.890

personas, quienes presentaban incapacidad permanente parcial (IPP), es decir, una pérdida de capacidad laboral mayor al 5% y menor al 49.9%. Se analizan los aspectos sociodemográficos de esta población.

En cuanto a los hallazgos de las fases cualitativas se encontró que el sistema de riesgos laborales tiene principalmente un modelo económico de retorno al trabajo, en donde se privilegia la compensación económica y falta coordinación entre los actores involucrados en el proceso de rehabilitación integral. Existió convergencia entre los actores en relación con la percepción de que los trabajadores fueron atendidos con dignidad y respeto por parte de las administradoras de riesgos laborales con (Justicia interaccional); sin embargo los trabajadores, sindicatos y empleadores perciben que la información brindada, el proceso y la coordinación es inadecuada. La dilación en la aprobación de los siniestros es una barrera que perciben los actores. (Barreras relacionadas con justicia procesal e informativa). La mayoría de los participantes entrevistados, consideraron que prefieren una fuerte política de retorno al trabajo en lugar de una compensación económica, sin un proceso de reintegro efectivo.

**Conclusiones:** Se debe incluir el enfoque de determinantes sociales en el sistema de riesgos laborales, estructurando una política de retorno al trabajo con trabajo intersectorial construida de manera participativa.

El sector privado puede ser un actor social importante, si efectivamente se compromete a seguir los acuerdos normativos y la implementación de los mismos de manera articulada con el Estado; apoye la construcción de políticas para la prevención y atención de contingencias laborales logrando que el trabajador mantenga su empleabilidad

**Palabras clave:** Reintegro laboral, Discapacidad, Accidente de Trabajo, Enfermedad Laboral, Trabajo, Compensación, Justicia Procesal, Justicia Distributiva

## Abstract

The problem of investigation takes place in the Colombian Labour Risk System, where though important advances have been done in the management of the safety and health in the work, however there is inefficacy to achieve return to work.

In this context the following research questions arise: what are the conceptual, procedural and legal adjustments that should be done to the Colombian Labour Risk System, to promote a balanced relationship between the financial compensation and return to work as a form of protection to the worker?

The methodology used included mixed methods, with a first quantitative phase about National Disability Rating Board statistics of workers who had been to receive an economical compensation (period 2007-2014) and other two qualitative phases in where from document review, is intended to consolidate the state of the current return to work model in acts and legal structure of the Colombia labor risk system; to then contrast the Colombian care model, reconstructed through 33 interviews with different stakeholders: insurers, health providers, workers, union and enterprise managers . And finally giving conceptual, legal and de procedural recommendations to improve the care model, developing equitable and fair solutions

The results showed a convergence between the stakeholders about the workers received a treat with dignity and respect, however the workers, unions, and employers perceived that the information and care process is not clear and oportune. (Procedural Justice and informational justice barriers). The dilation in the approval of the cases by the assurance companies is a strong barrier. The majority of the participants interviewed, considered preferred a strong policy to guarantee return to work than a single compensation without a process of reintegration. Finally one concludes that it must include the approach of social determinants in the Labour Risk System, structuring return to work polices with

intersectoral approach constructed in a participative way.

The private sector can be an important social actor, if they indeed agree to follow the regulatory arrangements and thereof the implementation coordinated with the State; building political support for prevention and labor contingencies making the worker to maintain their employability

**Key words:** Return to work, Disability, Work accident, Occupational disease, Work, Compensation, Procedural Justice, Distributive Justice

# Contenido

	Pág.
<b>Resumen</b> .....	<b>IX</b>
<b>Lista de figuras</b> .....	<b>XVI</b>
<b>Lista de tablas</b> .....	<b>XVIII</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>2</b>
<b>Pregunta de investigación</b> .....	<b>11</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>12</b>
<b>Marco conceptual</b> .....	<b>13</b>
1.1    Prevención y Manejo de la Discapacidad para Trabajar .....	13
1.2    Modelos de prevención y manejo de la discapacidad para trabajar.....	18
1.3    Sistemas de Compensación económica y reintegro en el Sistema de riesgos laborales Colombiano.....	29
1.4    Las interacciones entre los aseguradores de los sistemas de compensación laboral y los trabajadores .....	36
1.5    Balance entre el esquema de compensación económica y el retorno al trabajo	40
1.6    Justicia distributiva y procesal en los sistemas de compensación en riesgos laborales.....	41
<b>Metodología</b> .....	<b>44</b>
1.7    Fase 1. Documental. (Cuantitativo más Cualitativo Convergente).....	48
1.7.1    Diseño Cuantitativo de la Fase 1. Análisis de las estadísticas de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.....	49
1.7.2    Diseño Cualitativo de la Fase 1 Documental.....	50
1.7.3    Diseño Cualitativo de la Fase 1 - Análisis de Contenido Ley 776 de 2002 y Ley 1562 de 2012.....	51
1.1    Fase 2 Percepción de los actores .....	52
1.1.1    Tipo de estudio y muestreo.....	53
2.2.2. Procedimientos para realización de entrevistas y aspectos éticos .....	55
2.2.3. Análisis e interpretación de Datos.....	57

2.3. Fase 3 Triangulación.....	58
2.4. Fase 4 Recomendaciones .....	59
<b>Resultados .....</b>	<b>60</b>
1.2 Un acercamiento a la realidad desde lo cuantitativo.....	60
1.2.1 Población reclamante .....	60
1.2.2 ¿Cuáles son las características de los casos laborales calificados por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez?.....	61
1.2.3 Características sociodemográficas de los casos laborales calificados con incapacidad permanente parcial por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez 2007 en 2014.....	70
1.2.4 Un acercamiento a la realidad desde lo cuantitativo -Resumen de hallazgos.....	77
1.3 ¿Cómo está reflejada la prevención de la discapacidad para trabajar en las leyes del sistema de riesgos laborales? .....	78
1.3.1 Reflejo de los modelos de reintegro al trabajo en las Leyes del Sistema de Riesgos Laborales colombiano.....	79
1.3.2 Determinantes para el retorno al trabajo en la Leyes del Sistema de Riesgos Laborales .....	83
1.3.3 Premisas para el éxito del retorno al trabajo en las leyes de riesgos laborales.....	85
1.4 De las normas a la realidad contada por los actores del sistema de riesgos laborales.....	88
1.4.1 Las fortalezas percibidas por los usuarios.....	88
1.4.2 ¿Cuáles son otros determinantes que los trabajadores consideraron relevantes dentro de los procesos para lograr el retorno al trabajo?.....	91
1.4.3 Los aspectos a mejorar en el sistema de riesgos laborales, según los trabajadores. ....	94
1.4.4 ¿Cómo se percibe la justicia procesal y distributiva en el Sistema de Riesgos Laborales? .....	103
1.4.5 Resumen de Hallazgos Estructurales, Conceptuales, Jurídicos y Procedimentales de Fase 2 Percepción de actores.....	118
<b>Discusión y conclusiones .....</b>	<b>119</b>
1.5 Hallazgos Estructurales.....	119
1.6 Hallazgos Conceptuales.....	122
1.7 Hallazgos Jurídicos .....	125
1.8 Hallazgos Procedimentales.....	126

---

<b>Recomendaciones .....</b>	<b>129</b>
<b>Anexo: Formato de Entrevistas.....</b>	<b>135</b>
<b>Anexo: Consentimiento Informado.....</b>	<b>147</b>
<b>Anexo: Categorías de Análisis de las Ley 776 de 2002 y Ley 1562 de 2012.....</b>	<b>149</b>
<b>Anexo: Unidades de análisis Ley 776 de 2002 (10) .....</b>	<b>155</b>
<b>Anexo: Unidades de análisis Ley 1562 de 2012 (11) .....</b>	<b>156</b>
<b>Anexo: Análisis de Contenido realizado a la Ley 776 de 2002.....</b>	<b>158</b>
<b>Anexo: Análisis de Contenido realizado a la Ley 1562 de 2012.....</b>	<b>164</b>
<b>Anexo: Presentación del Trabajo en eventos académicos .....</b>	<b>174</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>175</b>

## Lista de figuras

	Pág.
Figura 1-1. Parte 1. Mapa de relaciones normativas en el Sistema de Riesgos Laborales Colombiano. ....	4
Figura 2-1. Modelo Ecológico para el manejo de caso. Prevención de la discapacidad para trabajar. P. Loisel (111).....	25
Figura 3-1. Modelo ecológico de Loisel adaptado al contexto colombiano por Cuervo- Díaz 2014, Fuente: Elaboración propia Cuervo-Díaz D, 2014 .....	27
Figura 4-1. Discapacidad para trabajar – Fuente: Construcción propia .....	28
Figura 5-1. Tasa de Accidente de Trabajo en Sistema de Riesgos Laborales AT x 100. Federación Colombiana de Aseguradores FASECOLDA lo publicado a corte Marzo 2016. ....	30
Figura 6. Tasa de Enfermedad Laboral en Sistema de Riesgos Laborales EL x 100.000 Federación Colombiana de Aseguradores FASECOLDA lo publicado a corte Marzo 2014 (113).....	32
Figura 7-1. Esquema de interacciones de justicia procesal y distributiva aplicada a los sistemas de compensación para accidentes de trabajo o enfermedad laboral. Fuente Cuervo- Diaz. 2014. Construida a partir de los conceptos de Cropanzano, Greenberg y Kilgour .....	43
Figura 8-2. Fases de la investigación.....	47
Figura 9-2. Fase 1 Documental.....	48
Figura 10-2. Fases 2, 3 y 4: de Percepción de Actores, Triangulación, Recomendaciones .....	52
Figura 11-2. Características de la población de trabajadores entrevistados .....	54
Figura 12-3. Distribución de número de casos por reclamante ante la JNC, 2007 a 2014. ....	61
Figura 13-3. Distribución de eventos laborales según género del reclamante. JNC, 2007 a 2014.....	62
Figura 14-3. Distribución de eventos laborales según edad del reclamante. JNC, 2007 a 2014.....	63
Figura 15-3. Distribución de casos de eventos laborales según nivel educativo del reclamante. JNC, 2007 a 2014.....	64



Figura 16-3. Distribución de casos de eventos laborales según tipo de cargo del reclamante. JNC, 2007 a 2014.....	65
Figura 17-3. Distribución de casos de eventos laborales según actividad económica de empresa. JNC, 2007 a 2014.....	66
Figura 18-3. Distribución de casos de enfermedad laboral del sistema osteomuscular. JNC, 2007 a 2014.....	67
Figura 19-3. Distribución de casos de lesiones por accidente de trabajo. JNC, 2007 a 2014.....	69
Figura 20. Distribución de personas con IPP según edad al momento de la notificación. JNC, 2007 a 2014.....	71
Figura 21-3. Distribución de personas con IPP según nivel de escolaridad del reclamante. JNC, 2007 a 2014.....	72
Figura 22-3. Distribución de personas calificadas con IPP según estado civil del reclamante. JNC, 2007 a 2014.....	73
Figura 23-3. Distribución de personas con IPP según tipo de ocupación o cargo del reclamante. JNC, 2007 a 2014.....	74
Figura 24-3. Distribución de calificados con IPP según actividad económica de la empresa a la que pertenece el reclamante. JNC, 2007 a 2014.....	76
Figura 25-3. Modelos de retorno al trabajo reflejados en la Ley 776 de 2002 Fuente: Construcción propia.....	79
Figura 26-3. Modelos de retorno al trabajo reflejados en la Ley 1562 de 2012. Fuente: Construcción propia.....	81
Figura 27-3. Determinantes para el retorno al trabajo reflejados en la Ley 776 de 2002. Fuente: Construcción propia.....	83
Figura 28-3. Determinantes para el retorno al trabajo reflejados en la Ley 1562 de 2012. Fuente : Construcción propia.....	84
Figura 29-3. Premisas para el éxito reflejadas en la Ley 776 de 2002 Fuente: Construcción propia.....	85
Figura 30-3. Premisas para el éxito reflejadas en la Ley 1562 de 2012. Fuente: Construcción propia.....	86
Figura 31-3. Convergencias entre las fortalezas de los tres grupos de usuarios (G2) ....	88
Figura 32-3. Convergencias entre los determinantes de los tres grupos de usuarios (G2) .....	93
Figura 33-3. Convergencias entre las debilidades de los tres grupos de usuarios (G2)..	99
Figura 34-3. (G2) Manual guía de rehabilitación contrastado con los hallazgos en términos de fortalezas, debilidades y otras determinantes de los tres grupos de usuarios .....	101
Figura 35-3. Modelo del retorno al trabajo adaptado por Cuervo, contrastado con los hallazgos en términos de fortalezas, debilidades y otras determinantes de los tres grupos de usuarios (G2).....	102
Figura 36-3. Convergencias en Justicia Distributiva entre los 5 grupos.....	108
Figura 37-3. Convergencias en Justicia Informativa entre los 5 grupos.....	112
Figura 38-3. Convergencias en Justicia Interpersonal entre los 5 grupos .....	114
Figura 39-3. Convergencias en Justicia Procesal entre los 5 grupos .....	116

Figura 40-3. Hallazgos en términos de Justicia de todos los grupos G1, G2, G3, G4 y G5. .....	117
--	-----

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1-1. Modelos de retorno al trabajo. Fuente: Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil. 2007;17(2):327–52.(61)Modelos de retorno al trabajo. Fuente: Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein .....	19
Tabla 2-1. Estadísticas presidenciales, información enviada por las Compañías. Cálculos cámara técnica de Riesgos Laborales - Fasecolda. Febrero 2016 .....	31
Tabla 3-1. Análisis de siniestralidad en el sistema de riesgos laborales período 2009-2013.....	33
Tabla 4-2. Características de los entrevistados en la Fase 2 Percepción de actores.....	53
Tabla 5-3. Agrupación de cargos de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-08 .....	65
Tabla 6. Proporción de casos de la JNC con relación a los casos registrados por Fasecolda, 2007 a 2014.....	69
Tabla 7-3. Agrupación de cargos de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-08 .....	74
Tabla 8-3 Actividades económicas.....	76
Tabla 9-4. Triangulación de Hallazgos Estructurales .....	122
Tabla 10-4. Triangulación de Hallazgos Conceptuales .....	124
Tabla 11-4. Triangulación de Hallazgos Procedimentales .....	128
Tabla 12. Categorías y subcategorías para el análisis de contenido de documentos. Fuente: Elaboración propia Cuervo-Díaz D, 2014.....	150

# Introducción

Con la expedición de la Ley 100 de 1993 se introdujo un nuevo Sistema de Seguridad Social en Colombia; a través del Decreto 1295 de 1994 se creó la estructura del Sistema de Riesgos Profesionales<sup>1</sup> (1–3). Si bien desde el inicio del sistema se establecieron como objetivos primordiales la prevención, protección y atención de los trabajadores, existe un vacío desde el punto de vista estructural, conceptual, jurídico y procedimental, que impide que se garantice un verdadero reintegro laboral/permanencia en el trabajo de las personas que sufren accidente de trabajo y/o enfermedad laboral y adquieren tardíamente la condición de personas con discapacidad (PcD) (4,5). Por lo cual es importante desde la salud pública, estudiar e investigar este importante grupo de la sociedad, para generar un escenario que permita retomar las preocupaciones de justicia y hacer propuestas que conlleven a un mejor manejo y prevención de la discapacidad para trabajar.

---

<sup>1</sup> El Decreto 1295 de 1994 en sus apartes referentes a las prestaciones económicas fue declarado inexecutable por la Sentencia de la Corte Constitucional C-452 del 12 de Junio de 2002, por lo cual se expidió la Ley 776 de 2002. Así mismo la sentencia C-058 de 2006 declaró inexecutable la definición de accidente de trabajo y enfermedad laboral, difiriendo los efectos de inconstitucionalidad hasta el 20 de junio de 2007 para dar tiempo al Congreso de expedir una nueva ley esta fue, la Ley 1562 de 2012.

## Planteamiento del problema

La operación del Sistema de Riesgos Laborales<sup>2</sup> en Colombia, se basa en un esquema de aseguramiento con “orientación privatista en su estructuración y gestión, en virtud del cual el empleador traslada el riesgo que crea respecto de sus trabajadores a una entidad aseguradora” (6). La primera referencia de atención de riesgos derivados del trabajo en Colombia data de 1915, cuando con la expedición de la Ley 57 de 1915 se definió la cobertura para accidente de trabajo, estando limitada a los trabajadores formalmente vinculados y con exigencia de que existiera culpa del empleador, para obtener las respectivas prestaciones por el seguro (6–8).

Posteriormente la Ley 44 de 1939 consagró el seguro obligatorio y las indemnizaciones por accidente de trabajo; la Ley 90 de 1946 creó el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales con el cual se adoptó el modelo bismarkiano de aseguramiento basado en la relación laboral. Esta Ley en su sección cuarta reguló lo relacionado con accidente de trabajo y enfermedad laboral, estableciendo los derechos del trabajador afiliado, la tabla de valuación de incapacidades, cotizaciones e indemnizaciones (9). Es de resaltar que sólo hasta el 1 de marzo de 1965 iniciaron oficialmente las actividades y cobertura por parte del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (6,8).

Con los Decretos 2663 y 3743 de 1950 se expidió el Código Sustantivo del Trabajo, en el que se definieron las medidas de higiene y seguridad en las empresas y las prestaciones laborales a cargo del empleador. Sin embargo los mecanismos para la inscripción y calificación de empresas para acceder al seguro de accidente de trabajo y enfermedad laboral fueron reglamentados mediante la expedición del Decreto 3169 de 1964 (6,8).

Con el Acuerdo 258 de 1967 se adoptó la tabla de valuación de incapacidades originadas por Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral (ATEL), determinando los porcentajes de

---

<sup>2</sup> La Ley 1562 de 2012 modificó el nombre del Sistema de Riesgos Profesionales a Sistema de Riesgos Laborales con el fin de dar una cobertura mayor, no solo a los trabajadores vinculados laboralmente, si no también a los trabajadores que tienen un tipo de vinculación diferente. La Ley también modificó el término Enfermedad Profesional por Enfermedad Laboral (6)

indemnización de acuerdo a la severidad de la lesión y distribución anatómica del área afectada, con primacía de un modelo de atención con énfasis en la reparación del daño, más que en la prevención. Se inició la expedición de la primera normatividad de Higiene y Seguridad Industrial con la Ley 9 de 1979 y la Resolución 2400 de 1979.

El Decreto 776 de 1987 modificó la tabla de valuación de incapacidades por accidente de trabajo; la Ley 82 de 1988 aprobó el Convenio 159 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas y el Decreto 2177 de 1989 desarrolló la anterior Ley (8). Cabe resaltar que a pesar de la incorporación de estas normas a la legislación colombiana, su implementación no ha sido como se esperaba y tampoco ha estado acorde con los avances en las concepciones y modelos mundiales sobre retorno al trabajo.

La etapa anteriormente descrita se caracterizó por la prestación de servicios mediante la figura de seguro público, la constitucionalización del derecho al trabajo y la transición hacia la responsabilidad objetiva, es decir que la cobertura era independiente de la existencia o demostración de la culpa del empleador o el trabajador (6–8). Es preciso aclarar que hasta esta fecha, el Seguro Social solo cubría a empresas del sector privado, mientras que el sector público poseía múltiples regímenes (1).

A partir de la promulgación de la Constitución Política de Colombia en 1991, se estableció el derecho constitucional a la Seguridad Social (1,6) y se inició una nueva etapa con la Ley 100 de 1993 y el Decreto 1295 de 1994 por medio del cual se unificó la reglamentación en la prevención y atención de los riesgos laborales, incluyendo tanto al sector público como al privado en el sistema. En este nuevo esquema se transita desde un modelo público hacia la gestión privada de las aseguradoras con regulación y vigilancia por parte del Estado por tratarse de un servicio público (1).

Posteriormente la Corte Constitucional mediante la sentencia C-454 de 2002, declaró inexecutable por razones de forma, algunos artículos del Decreto 1295 de 1994, que estaban relacionados con los derechos prestacionales, razón por la cual se expidió la Ley 776 de 2002. (1,10).

En esta ley continuó la preponderancia de un enfoque compensatorio. Lo cual se evidencia en que aunque en sus artículos 4º y 8º se retomó la obligación de los empleadores de hacer reincorporación y reubicación laboral posterior al accidente de trabajo o enfermedad laboral, en su artículo tercero se indicó que se debe realizar calificación de pérdida de capacidad si cumplidos 360 días no se ha logrado curación o rehabilitación. Es decir procedimentalmente precisa los detalles para la compensación, mas no para la reincorporación, así como tampoco define con claridad las responsabilidades y alcances en este reintegro ni cuáles serán los arreglos intersectoriales que vayan más allá del sector salud, que permitan lograr este objetivo.

Posteriormente, la Corte Constitucional declaró inexecutable la definición de accidente de trabajo incluida en el Decreto Ley 1295 de 1994, y solo hasta el año 2012 el Legislativo expidió la Ley 1562 de 2012, norma en la cual además de definir legamente el accidente de trabajo y la enfermedad laboral en Colombia, se hizo una transformación en cuanto la implementación de sistemas de gestión en salud y trabajo en nuestro país (6,11).

Fue llamativo como el Legislativo tardó cinco años en expedir la mencionada Ley, manteniendo en ella el enfoque indemnizatorio, al aclarar las responsabilidades en cuanto a incapacidades temporales a cargo de las administradoras de riesgos laborales – ARL-. Aunque esta Ley determina, que las ARL deben garantizar la existencia de programas de rehabilitación, readaptación y reubicación, nuevamente se omitió definir las responsabilidades de los demás actores del sistema.

A continuación se presenta el mapa de relaciones normativas del Sistema de Riesgos Laborales en Colombia, destacando los principales hitos.

Figura 1-1. Parte 1. Mapa de relaciones normativas en el Sistema de Riesgos Laborales Colombiano. (Ver figura ampliada en la siguiente página)

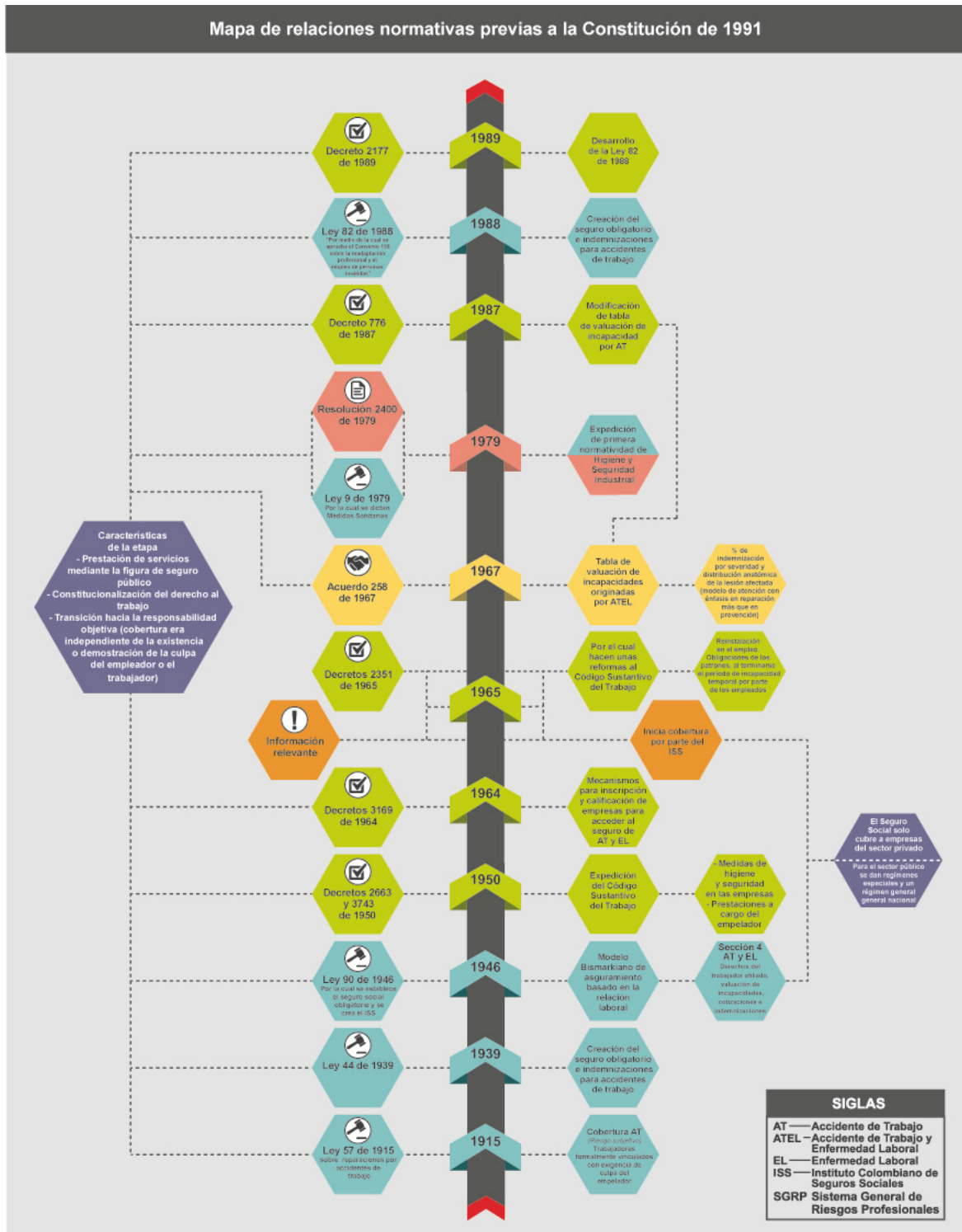
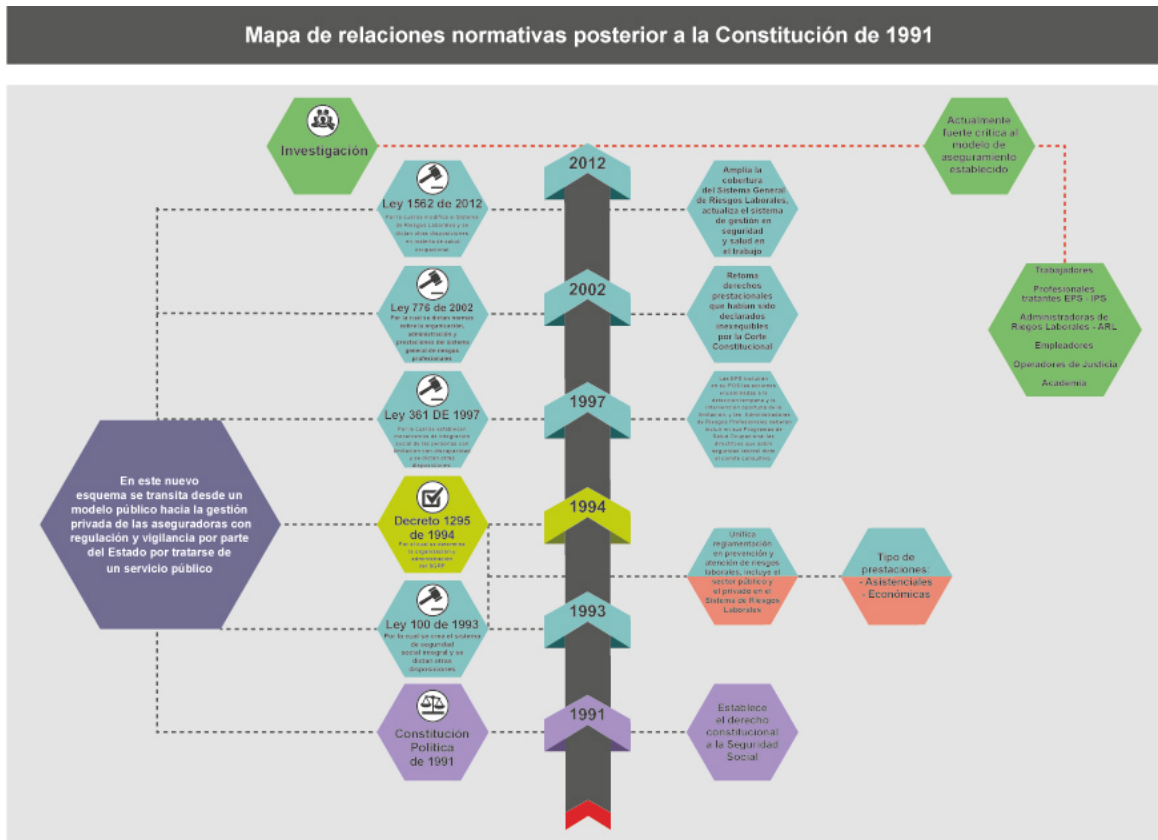


Figura 1-1. Parte 2. Mapa de relaciones normativas en el Sistema de Riesgos Laborales Colombiano.



Ahora, bien, es preciso aclarar que en el Sistema de Riesgos Laborales colombiano en la actualidad se contemplan dos tipos de prestaciones:

- Asistenciales: Hacen referencia a todos los servicios médicos, hospitalización suministro de medicamentos, prótesis, órtesis, servicios odontológicos y de rehabilitación<sup>3</sup>. Las Empresas Promotoras de Salud -EPS- fueron autorizadas a brindar los servicios asistenciales, mientras que las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL- prestan los servicios de rehabilitación y medicina ocupacional;

<sup>3</sup> El Manual Guía de rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema de Riesgos Profesionales, del Ministerio de Protección Social 2010 (18), que define:  
**Rehabilitación:** conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador, su entorno, que le permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida.”  
**Rehabilitación funcional:** proceso terapéutico que busca recuperar la función perdida, usando los principios de la biomecánica, fisiología, antropometría aplicada y neuropsicología, a través de los servicios de rehabilitación.”  
**Rehabilitación profesional:** proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral. Busca su ubicación o reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades”.



con el fin de lograr el bienestar y reincorporación de los trabajadores que sufren un evento laboral (1).

- Económicas (compensación): Incluyen incapacidad temporal en la que se reconoce el 100% del ingreso base de cotización, pago de incapacidad permanente parcial (indemnización por pérdida de capacidad laboral entre 5% y 49.9%), pensión de invalidez (pérdida de capacidad laboral mayor al 50%), pensión de sobrevivencia y auxilio funerario; las cuales están a cargo de las Administradoras de Riesgos Laborales (3,10,11).

En este escenario es donde se sitúa la problemática de la presente investigación. En la actualidad existe una fuerte crítica al modelo de aseguramiento establecido en el país (12–14); en la cual confluyen diversas perspectivas de la situación surgidas del análisis del rol y la situación que enfrenta cada uno de los actores que componen el Sistema de Riesgos Laborales en Colombia. Por un lado, los trabajadores manifiestan que si bien los servicios recibidos son de mejor calidad que los brindados por el sistema de salud, en los casos en los que hay secuelas definitivas, no siempre reciben el acompañamiento para lograr un reintegro efectivo, y en ocasiones son desvinculados de la empresa, como consecuencia de haber adquirido una condición de discapacidad (15–17). Parte de la información acerca de la percepción de los usuarios se derivó de un debate radial con la participación de usuarios del Sistema de Riesgos Laborales, abogados que representan los intereses de los pacientes, médicos de los fondos de pensiones y administradoras de riesgos y médico de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

En las Empresas Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) se encuentra que entre los profesionales tratantes existe desconocimiento acerca de los conceptos de discapacidad, rehabilitación y reintegro (5). Adicionalmente la falta regulación adecuada sobre el objetivo, la forma de expedición y seguimiento a la incapacidad temporal, favorece la prolongación y concepción errónea de esta como un “seguro de desempleo”, lo que desestimula la rehabilitación profesional y el reintegro laboral efectivo (4,18). Así mismo, debido al modelo de aseguramiento definido en la Ley 100 de 1993, se ha dado mayor preponderancia a la rehabilitación funcional, dejando débil la rehabilitación profesional (12). Adicionalmente existe fraccionamiento de los

servicios brindados dentro del sistema de seguridad social, que limita la eficiencia, equidad, integralidad, intersectorialidad y prevención, principios rectores, establecidos en la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud (19).

Con relación a las Administradoras de Riegos Laborales -ARL-, se encuentra que si bien han instaurado programas de Rehabilitación Integral (5,20), presentan oportunidades de mejora como la necesidad de fortalecimiento de sistemas de registro de información que permitan hacer seguimiento a los indicadores, estadísticas fiables, mejoramiento de la capacitación a los profesionales en temas de discapacidad y rehabilitación integral, fortalecimiento en la participación de los profesionales de salud en estrategias conjuntas a través de equipos interdisciplinarios de rehabilitación; y el desarrollo de investigaciones que permitan identificar e intervenir las causas internas y externas que impiden la reincorporación laboral exitosa (5). Adicionalmente las ARL una vez indemnizan al trabajador por concepto de incapacidad permanente parcial, suspenden los procesos de acompañamiento y seguimiento al reintegro, dejando al trabajador y empleador sin el apoyo necesario para garantizar un proceso exitoso (12,21).

Por su parte los empleadores manifiestan que existe un creciente número de trabajadores que en virtud de un evento laboral, presentan incapacidad laboral prolongada y dificultad para el reintegro. Por lo que los gremios empresariales demandan mayor asesoría por parte de las ARL y más claridad normativa (22,23).

Referente a los operadores de justicia, como parte de la problemática, se identifica que algunos jueces han otorgado a los trabajadores el fuero de estabilidad laboral reforzada, en virtud de poseer incapacidad laboral prolongada; existiendo poca claridad conceptual de los elementos técnicos o científicos que conllevaron a declarar tal condición. Adicionalmente existe un brecha entre el concepto de estabilidad laboral reforzada que ha sido definido por la Corte Constitucional y la posibilidad real del empleador de garantizar retorno al trabajo del empleado (16,17,21,24).

Desde la academia también se han identificado vacíos respecto a cuál es el papel que el Estado debe desempeñar para responder y proteger a las personas con discapacidad

que no pueden ser reincorporados a su trabajo, debido a la severidad de su condición (12,17).

Desde la perspectiva del Ministerio de Trabajo, si bien se ha realizado un gran avance con la actualización del Plan Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo 2013-2021, en el que se plantea como uno de los objetivos la implementación del Plan Nacional de Rehabilitación Integral, Readaptación y Reincorporación Laboral y Ocupacional de los Trabajadores; aún se encuentra en fase de implementación y seguimiento, siendo muy necesario que desde la academia se aporte a la discusión sobre cómo realizar un esfuerzo colaborativo y coordinando desde todos los sectores, no solo desde la prestación médica, que garantice la posibilidad de realizar un proceso de reincorporación laboral u orientación ocupacional (25,26). Con la actualización del Manual de Calificación de Invalidez, ahora Manual de calificación de Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (27) se reafirma la importancia de fortalecer la rehabilitación integral, dado que se dio mayor preponderancia dentro del baremo, al funcionamiento laboral u ocupacional, generando un reto a los actores del sistema (13).

Al analizar el contexto internacional se encuentra que la Organización Iberoamericana de Seguridad Social –OISS- lanzó en el año 2012 el programa para promover el empleo de las personas con discapacidad, iniciativa que fue acogida por catorce gobiernos, incluyendo el colombiano (28). Es así como nuestro país cuenta con algunas estrategias de inclusión laboral para personas con discapacidad, entre ellas Pacto de Productividad, iniciativa que agrupa a cajas de compensación familiar, empresarios, el SENA y el Ministerio del Trabajo; y que ha trabajado en la inclusión de personas con discapacidad en Colombia. Sin embargo, cabe resaltar que dicha intervención ha sido dirigida principalmente al grupo de personas que nacen con discapacidad o adquieren la discapacidad, por causas diferentes al trabajo, que en el marco de este documento se denominarán Personas con Discapacidad de Origen Común (PcD- OC).

Por otro lado, se encuentra el grupo de personas con discapacidad adquirida en el trabajo (PcD-ATEL), en donde existe un vacío respecto a la posibilidad real de reintegro laboral/permanencia en el ámbito laboral; por lo cual es importante realizar investigaciones que ayuden a generar reflexiones sobre como el principio de justicia se

manifiesta en los procedimientos para garantizar el reintegro laboral, analizando los aciertos y debilidades, con el fin de orientar la realización de ajustes estructurales, conceptuales, jurídicos y procedimentales que permitan mejorar la prevención y manejo de la discapacidad para trabajar en esta población (6,29).

Al revisar la literatura, se encontró que la problemática que motiva esta investigación ha sido debatida y estudiada en el mundo bajo el concepto de “Work Disability Prevention and Management” en español *Prevención y Manejo de la Discapacidad para Trabajar, entendiendo la discapacidad para trabajar* como la “situación en la cual un trabajador, por razones físicas, psicológicas, sociales, administrativas o culturales, no regresa al trabajo después de un accidente o una enfermedad. Existen varios determinantes que influyen que el trabajador permanezca fuera o retorne al trabajo” (29). Por lo anterior se encuentra que es importante analizar la problemática colombiana, desde un perspectiva amplia, y no solo desde el sector salud (30–50).

## **Pregunta de investigación**

¿Cuáles serían los ajustes estructurales, conceptuales, jurídicos y procedimentales que deberían hacerse en el Sistema de Riesgos Laborales en Colombia, para favorecer la prevención y manejo de la discapacidad para trabajar, con el fin de lograr una relación equilibrada entre la compensación económica y el reintegro o permanencia en el trabajo de personas con discapacidad permanente, secundaria a lesiones producidas por el trabajo, como forma de protección al trabajador?

## Objetivos

1. Analizar a partir de la revisión teórica de los conceptos para el manejo y prevención de la discapacidad para trabajar, cuáles serían los ajustes jurídicos, conceptuales, y procedimentales que podrían realizarse en el modelo de atención del Sistema de Riesgos Laborales en Colombia, para favorecer el reintegro o permanencia en el trabajo de personas que han sufrido accidente de trabajo o enfermedad laboral.
2. Brindar a los actores del Sistema, un referente conceptual sobre la relación compensación económica versus retorno al trabajo, como forma de protección al trabajador que ha sufrido accidente de trabajo o enfermedad laboral.

# Marco conceptual

Este capítulo se desarrolla en seis secciones: la primera explica en que consiste la discapacidad para trabajar; en la segunda se muestra cual ha sido la evolución conceptual de los modelos de reintegro al trabajo, dejando claridad que si bien fueron aplicados inicialmente a desordenes musculo esqueléticos, en la actualidad pueden aplicarse a cualquier condición de salud; en la tercera se analiza cómo está estructurado el sistema de compensación económica y reintegro laboral en el Sistema de Riesgos Laborales colombiano; en la cuarta se describe cuáles son las interacciones positivas y negativas entre el asegurador y el trabajador durante el proceso de compensación, que se han descrito la literatura; en la quinta se plantea cual ha sido la tendencia internacional respecto al balance compensación económica versus reintegro laboral y finalmente en la última sección se exponen los conceptos de justicia procesal y distributiva, que han sido uno de los principios orientadores de la tesis, para responder a la pregunta de investigación.

## 1.1 Prevención y Manejo de la Discapacidad para Trabajar

El trabajo se constituye en un importante determinante social de la salud, pues a través de él no solo se logra obtener ingresos para satisfacer las necesidades básicas y adquirir un rol y estatus dentro de la sociedad, sino que también genera vínculos, organiza agendas, establece redes sociales, genera bienestar y estímulos positivos para cumplir con las obligaciones cotidianas (51). Por otra parte, el ambiente laboral puede exponer al trabajador a riesgos físicos, químicos, ergonómicos o biológicos, que dependiendo como sean controlados pueden causar accidentes, enfermedades y hasta la muerte; es decir

que el trabajo puede convertirse en una fuente generadora de desigualdades en salud (52–54).

El acceso a la seguridad social como parte de la protección social no es solo un derecho establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos sino que también es una necesidad social y económica. La protección social es una inversión en un proyecto de sociedad saludable, productiva y equitativa. Sin embargo se establece que más del 50% de la población mundial no tiene ningún tipo de cobertura social (55).

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, anualmente más de 313 millones de trabajadores sufren accidente no mortales que generan daños y ausentismo, así como 160 millones de casos de enfermedades relacionadas con el trabajo. El análisis de las características de los accidentes, así como de los problemas de salud profesionales no mortales es fundamental para establecer prioridades y elaborar estrategias efectivas en materia de salud y seguridad en el trabajo (55,56).

Si se tienen presentes las cifras presentadas anteriormente, más de 400 millones de personas al año presentan un accidente de trabajo y/o una enfermedad laboral que puede convertirse en una de las principales causas para que el trabajador adquiera una discapacidad y no retorne de nuevo al trabajo, lo cual conlleva a una problemática de salud pública relacionada no solamente con las condiciones de salud del trabajador lesionado, sino con importantes repercusiones en el aumento significativo en las cifras de desempleo reflejadas específicamente en la disminución de las condiciones de vida tanto del trabajador como de su núcleo familiar.

Es por esto que en el campo de la salud en el trabajo, se han centrado esfuerzos en aquellos trabajadores sujetos de un accidente de trabajo y/o enfermedad laboral, que por dicho suceso pueden tener dificultad en el proceso para retornar al trabajo. Sin embargo la visión se ha ampliado, porque ha ido más allá de estar ligada a una condición de salud específica situada en la persona, teniendo una correlación con el entorno físico, social y económico que le rodean. Es así como en el mundo ha venido llamándose discapacidad para trabajar (DT) al hecho en el cual un trabajador no pueda retornar o mantener su trabajo, después de afrontar una condición de salud.



El concepto de Discapacidad para Trabajar (Work Disability en inglés) (DT), no es homogéneo ni unificado, depende del contexto en el que se esté trabajando: clínico, asegurador o académico; del propósito para el cual se va a utilizar: compensar, clasificar o cuantificar; del enfoque epistemológico: positivista, constructivista o teoría crítica y por último del significado del trabajo: como un derecho, un deber o un privilegio (57).

Esta es la comprensión que acompaña el presente estudio, por esta razón se desarrolla en detalle.

En el campo clínico y asegurador muy a menudo prima una visión biomédica en donde lo más importante es la lesión (impairment) y los tiempos de recuperación de la misma, con el fin de determinar los aspectos médico-jurídicos que permitan compensar. Sin embargo en los últimos años ha existido un creciente interés en hacer una abordaje holístico con un modelo ecológico, en el que si bien la discapacidad es un fenómeno individual que depende de la experiencia personal, se desarrolla en un contexto ambiental y social que no pueden ser desconocidos (50,57–61).

Existen muchas definiciones en la literatura, la mayoría de ellas involucran un modelo relacional en el que existen múltiples dimensiones, las cuales interactúan entre sí e influyen la posibilidad de trabajar (61). La DT es un proceso dinámico y la definición depende del énfasis que cada investigador otorgue a cada dimensión en cada uno de los niveles: individual (62–65), organizacional (66,67) o societario (59,68,69). Sin embargo, para esta investigación se toma la definición propuesta por Loisel y colaboradores, en donde la DT se define como: “situación cuando un trabajador no puede permanecer o retornar al trabajo, posterior a una lesión o enfermedad. Es el resultado de la decisión de un trabajador quien por razones físicas, psicológicas, sociales, administrativas o culturales no regresa al trabajo después del accidente o la enfermedad, existen varios determinantes que influyen que el trabajador retorne al trabajo o permanezca fuera en este” (10,35).

A continuación se explican brevemente los principales determinantes de la DT:

- Nivel Individual: En este se incluyen las condiciones y atributos relacionados con el trabajador, no solo desde el aspecto meramente clínico como el tipo de enfermedad o la

severidad de la misma, sino también aspectos como la edad, el sexo, la raza, los factores psicosociales individuales como actitudes, creencias, expectativas, temores; el nivel educativo; el apoyo financiero dado por el acceso a un salario u otra ayuda económica, entre otros (57,69–74).

- Nivel Organizacional: Entendido como los diferentes mesosistemas en los que está involucrado el trabajador, incluyen el equipo de salud encargado de la atención, el sistema asegurador en el que juegan un rol importante los médicos de seguros o administradores de casos. Se explica a continuación estos determinantes:

#### a. Determinantes Equipo de Salud

Tradicionalmente los profesionales que prestan los servicios a través de las Empresas Promotoras de Salud o las Administradoras de Riesgos Laborales tienen gran experiencia en diagnosticar y tratar las enfermedades, pero carecen de formación respecto a los factores que conllevan a la discapacidad para trabajar y de la forma de evaluar el funcionamiento (60,75,76) La literatura ha mostrado que los médicos generales, ocupacionales y los médicos de las aseguradoras no siempre trabajan de manera coordinada y falta cooperación entre estas tres disciplinas, para lograr un reintegro efectivo (77).

La incapacidad temporal prolongada está directamente relacionada con mal pronóstico de retorno al trabajo y es un indicador que predice el mayor riesgo de presentar discapacidad para trabajar (34,41,73,78–85). Esto se debe a que el permanecer fuera del ámbito laboral hace que se pierdan las relaciones, los patrones y algunas habilidades para desarrollar el trabajo habitual, así mismo el hecho de recibir una prestación económica sin tener que trabajar puede convertirse en un desestimulo para retornar al trabajo.

#### b. Determinantes Relacionados con el Sitio de Trabajo

En el sitio de trabajo intervienen varios actores: los trabajadores, los supervisores, los profesionales encargados de la salud y la seguridad en el trabajo, las directivas y empresarios (86,87); cada uno de ellos puede tener un interés particular que va desde la reducción de costos derivados de la discapacidad, la satisfacción y el bienestar de los

trabajadores, el mejoramiento de la productividad y las ganancias. Sin embargo en el proceso de cumplir cada uno su objetivo, puede convertirse en un facilitador o una barrera para el reintegro del trabajador (32,42,46,88–91). En el contexto colombiano no se encontraron estudios sobre herramientas para cuantificar el funcionamiento laboral, como tampoco mediciones sobre factores como carga física, mental o relaciones personales, que intervienen en la posibilidad de lograr un retorno efectivo de trabajadores que han sufrido accidente de trabajo o enfermedad laboral

#### c. Determinantes dados por el Sistema Asegurador

Existen múltiples esquemas de compensación y aseguramiento que van desde lo público, hasta esquemas mixtos. Al existir normas y clausulados sobre coberturas y elegibilidad para obtener beneficios, cada día existe más evidencia que el conflicto entre los pacientes y el asegurador se convierte en factor perjudicial que incluso empeora el pronóstico. Las disputas y la dilación en los tratamientos a menudo causa mayor discapacidad y aumento de la tensión y ansiedad en los trabajadores (92–94). De acuerdo a la evidencia actual, hay una relación directa entre la experiencia positiva o negativa en el relacionamiento con el asegurador y la percepción de justicia (57,72,95,96). Este aspecto es uno de los más novedosos y que se constituye en un elemento central del presente estudio, por el tipo de modelo de aseguramiento particular adoptado por Colombia.

- Nivel Societario: Incluye la dimensión político legal que se refiere al andamiaje normativo que posee cada país para garantizar los derechos y beneficios a sus ciudadanos como la salud, el trabajo, la educación, etc.; una dimensión macroeconómica como los tratados de libre comercio, la globalización, las formas de contratación y las tasas de desempleo; y por último una dimensión sociodemográfica que incluye las políticas para la atención al proceso de del envejecimiento, la promoción de la equidad de género y la atención a los procesos migratorios y las concepciones religiosas con relación al trabajo (57,81,97). No se encontraron estudios que analicen las implicaciones socio políticas de haber sido adoptado en Colombia, un modelo de aseguramiento con participación de particulares, bajo la vigilancia y control del Estado, como tampoco estudios sobre las estrategias para lograr reincorporación en trabajadores con diferentes modalidades de contratación diferentes a la tradicional.

En el campo de la prevención y manejo de la discapacidad para trabajar se ha conceptualizado un conjunto de teorías, metodologías, reflexiones e insumos que resultan muy atractivos para estudiar el caso de Colombia y en particular para observar y analizar cómo se comporta la prevención de la discapacidad para trabajar en el Sistema de Riesgos Laborales. A continuación desarrollaremos algunos de los modelos de la discapacidad para trabajar que han sido utilizados en sistemas de compensación.

## **1.2 Modelos de prevención y manejo de la discapacidad para trabajar**

La fase exploratoria para construir el presente trabajo de investigación, inicialmente se enfocó hacia la rehabilitación; sin embargo al avanzar en la construcción del marco teórico se determinó que existía una forma de abordar la problemática, desde una visión más amplia que contemplaba no solo el subsistema de salud, sino que tenía en cuenta sectores empresariales, aseguradores y actores legales, por lo cual se migró hacia el concepto o nuevo paradigma denominada manejo y prevención de la discapacidad para trabajar (retornar o permanecer en el trabajo) (29,31,47,86,98–104). Es decir con este abordaje se pasa de percibir la posibilidad de retorno o mantenimiento del trabajo después de un accidente o enfermedad; como un tema únicamente relacionado con la rehabilitación integral, para incluir otros aspectos del nivel organizacional y societario.

Es preciso retomar la definición de Earp y Ennett (105,106) en relación con los modelos conceptuales (los que describen mecanismos y variables direccionales y reciprocas entre sí) y los modelos operacionales (los que describen cuál es el funcionamiento óptimo, se enfocan en la toma de decisiones y en el manejo). Los modelos conceptuales sirven en la investigación en salud pública para integrar el conocimiento que se tiene, definir conceptos y aportar explicaciones causales que permiten generar hipótesis. Al desarrollar modelos conceptuales, se esquematizan varias teorías que ayudan a entender un problema específico en un contexto determinado. Usando un modelo conceptual u operacional previo, el investigador o planificador de intervenciones, puede desarrollar o reconstruir nuevos modelos en los que se especifiquen los puntos de interés. (60,106).

Esto es exactamente lo que se aspira a lograr en el presente estudio. Como resultado del mismo se pretende introducir la perspectiva de prevención de la discapacidad para trabajar en el contexto del Sistema de Riesgos Laborales colombiano.

En la literatura se encontró una serie de modelos que se han empleado para conceptualizar y abordar el retorno al trabajo (31,107). En la tabla No 1-1 se presenta una síntesis de dichos modelos

Tabla 1-1. Modelos de retorno al trabajo. Fuente: Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. J Occup Rehabil. 2007;17(2):327–52.(61)Modelos de retorno al trabajo. Fuente: Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein

<b>Modelos de Retorno al Trabajo</b>				
<b>Modelo Actual</b>	<b>Nombre que precedió</b>	<b>Disciplinas</b>	<b>Foco de la intervención</b>	<b>Principales determinantes</b>
Biomédico	Biomédico	Medicina	Individual	Manejo Médico de la lesión Física o Estructural "Impairment"
Psicosocial	Psiquiátrico	Salud y Rehabilitación Psicológica	Individual, evolucionando hacia la integración	Factores psicosociales: creencias, percepciones y percepciones de retorno al trabajo
Forense	Asegurador	Psicología Forense Medicina de Daño Corporal Medicina de Seguros	Individual, evolucionando hacia la integración	Ganancia secundaria. Evolucionando entre la interacción entre las ganancias y pérdidas primarias, secundarias y terciarias
Ecológico/ manejo de caso	Relaciones laborales	Sociología, antropología, organizacional, salud ocupacional, psicología ocupacional, salud terapia ocupacional	Sistema Interacción entre el individuo y el sistema	Sistema proactivo basado en el retorno al trabajo
Económico	N/A	Economía de la salud	Sistema	Incentivos económicos para construir macrosistema
Biopsicosocial	Biopsicosocial	Interdisciplinario/ transdisciplinario	Sistema e Interacción del individuo	La Interacción médica, psicológica en un sistema basado en factores para el retorno al trabajo. Holístico

A continuación se detalla cada uno de los modelos que nos ilustran los diferentes lentes de análisis de estas problemáticas

### Modelo Biomédico:

El principio fundamental de este modelo está en considerar que la enfermedad se debe a una patología de índole biológico, el ser humano es visto por partes y la enfermedad es un proceso lineal que parte de un agente causal, que lleva a una condición que se manifiesta a través de signos y síntomas. Desde este modelo, los síntomas y la discapacidad son directamente proporcionales a la patología física. La mente y el cuerpo están separados (108).

El diagnóstico y el tratamiento se basan en el descubrimiento de un agente causal, que debe ser manejado para lograr la cura o mejoría, se da prioridad a las modalidades de tratamiento físico como cirugía, fisioterapia y terapia ocupacional, dado que los factores psicológicos o ambientales están relegados a un segundo plano. En este modelo se considera que el responsable del tratamiento y control de los síntomas es el médico, y lo que no está basado en un método científico en el que se compruebe una causa biológica corporal, es visto como poco creíble (109).

En los casos que se usa para compensar, se tienen en cuenta únicamente impedimentos con causas médicas claramente identificables y objetivables (61,108). Se subestima al paciente en cuanto a ser el único capaz de cuantificar o manifestar los grados de dolor, síntomas o discapacidad; se buscan explicaciones etiológicas y fisiopatológicas para el dolor(110). Es útil cuando se está evaluando la efectividad de los tratamientos.

### Modelo Psicosocial

Anteriormente llamado modelo psiquiátrico en el que se consideraba que la causa del dolor era binaria, es decir que solo había dos opciones: o era debido a factores psiquiátricos o era debido a factores orgánicos, siendo igual de reduccionista que el modelo biomédico. Los pacientes debían tener un diagnóstico psiquiátrico para poder acceder a atención de salud mental (108).

Desde la concepción actual, los factores psicosociales desempeñan un papel predominante en la discapacidad y la disposición al retorno al trabajo. Se considera que los factores motivacionales median entre el deterioro y la discapacidad (61).

En este modelo se considera que los factores psicosociales deben ser evaluados en todos los estados de la discapacidad y que como preparación para lograr el retorno al trabajo deben evaluarse aspectos como la motivación, el autocontrol y las percepciones. Aunque muchos factores psicosociales no son indemnizables, en este modelo se considera que deben ser tenidos en cuenta en el tratamiento, como un medio para lograr mayor efectividad en el retorno al trabajo (61).

### Modelo Forense

Antes conocido como modelo asegurador, caracterizado porque se migró del modelo médico en el que la prioridad era objetivar lesiones físicas para compensar, a un modelo en donde se busca detectar personas deshonestas o con ganancias secundarias relacionadas con la manifestación de sus síntomas (61). Es conocido también como el modelo de incentivos perversos (111).

Se enfoca en tener prueba objetiva de la lesión y la discapacidad; se enfoca en la contención de costos, su implementación puede requerir la participación de profesionales de diferentes disciplinas, que buscan evidencias para llegar a la verdad científica. Tiende a causar discriminación y dividir en dos categorías de pacientes: los “honestos” a quienes se les brinda amplia gama de tratamientos y los que fingen la enfermedad, que son sometidos a múltiples pruebas e inclusive vigilancia por parte de detectives, pudiendo causar ineficiencias en el servicio, alto porcentaje de controversia, litigio y cronicidad de los casos por falta de atención oportuna. Este modelo tiende a aumentar a largo plazo los costos y causar sufrimiento y sensación de vulneración de los derechos de los trabajadores (61,108).

### Modelo Económico

Está enfocado en propiciar la participación de la fuerza laboral, contempla incentivos económicos en el retorno al trabajo, analiza aspectos como la repercusión económica que tienen los cambios de esquemas de contratación o los efectos de la discriminación a los trabajadores.

Hay gran interés en controlar los períodos de incapacidad temporal, dado que es considerada como predictor de discapacidad.

Los datos del costo de las intervenciones para retorno al trabajo son importantes, se privilegia la reducción de costos dada por mejoras del sistema, basado en la identificación e intervención de múltiples aspectos, no solo el clínico, (61).

#### Modelo Ecológico

La discapacidad para trabajar debe entenderse en un contexto sistémico, teniendo en cuenta la interacción entre el macrosistema, mesosistema, y microsistema (el individuo). La posibilidad de lograr retornar depende de múltiples actores sociales, incluyendo empleador, profesionales de la salud, el sistema de seguros y la familia (61).

Se basa en un modelo colaborativo entre empleado-empresario, en donde trabajan en conjunto para prevenir la ocurrencia de accidentes y enfermedades (108). Se enfoca en la participación laboral, los incentivos económicos y el análisis de los efectos de la discriminación de los trabajadores sobre los costos a largo plazo. Contempla el contexto socio-político del lugar de trabajo y de la legislación aplicable a cada país.

El manejo está centrado en la prevención, en donde una intervención temprana con posibilidad de retorno escalonado al sitio de trabajo garantiza evitar largos periodos de incapacidad que ponen en riesgo la empleabilidad del trabajador y favorecen la prevención de la discapacidad para trabajar. Las características del lugar de trabajo influyen significativamente en las secuelas de la lesión, la recuperación y la rehabilitación (108).

#### Modelo Biopsicosocial

Se enfoca en determinación del funcionamiento, más que en la condición de salud. La respuesta a las lesiones se considera multidimensional, el pronóstico médico de la condición de salud no predice el grado de discapacidad. Existen factores psicosociales que median la reacción a una lesión.

Una característica fundamental es que tiene un enfoque Interdisciplinario / transdisciplinario, contempla a la persona como un todo. Se centra en la auto-responsabilidad y la autogestión de los trabajadores, siendo este un participante activo



en el proceso y responsable del resultado. El tratamiento y retorno al trabajo es más importante que el mismo diagnóstico, se contempla el afrontamiento cuando la cura no es posible. La compensación se otorga principalmente para los tratamientos que fracasan y contrario a lo que ocurre en otros modelos, es utilizada como un incentivo para la rehabilitación y retorno al trabajo. Una crítica a este modelo es que le da demasiado énfasis a los factores psicológicos, dejando débil las interacciones sociales, y no contempla aspectos de empleabilidad (61).

La evolución de los modelos descritos, permite reafirmar que para lograr prevenir la discapacidad para trabajar en las PcD-ATEL, no se puede abordar el tema únicamente desde las concepciones clínicas y asistenciales, como hasta el momento se ha realizado en el país, sino que es necesario abordar la problemática de forma macro, con la participación de todos los actores e ir más allá de los protocolos clínicos o de la atención en una institución de rehabilitación. Así mismo es necesario migrar hacia el nuevo paradigma en el manejo de la discapacidad que se enfoca en el “enablement”, que podría traducirse como generación de capacidades o habilidades, dejando de lado la visión individualista y guiada por el modelo médico del “impairment” o deficiencia (114).

Por lo anterior, el modelo para el manejo del caso construido por Loisel y colaboradores (Arena de la discapacidad para trabajar por su figura en la que en el centro está el trabajador con discapacidad), que fue publicado en 2001 y posteriormente ha sido enriquecido por los resultados de otras investigaciones (29,31,47,50,60,86,87,98–104,112,113), se adaptó por la investigadora al contexto colombiano, para explicar cuáles son los determinantes y factores involucrados en el modelo de atención dentro del Sistema de Riesgos Laborales colombiano que podrían facilitar el retorno o permanencia en el trabajo, como desenlace positivo, o la discapacidad para trabajar, como resultado negativo de las interacciones entre los factores propios del trabajador y los características del Sistema.

De acuerdo con el modelo de Loisel, la participación en el trabajo es un proceso complejo que involucra múltiples actores, razón por la cual es importante empezar a ver el modelo de manera amplia enfocándose tanto en las características individuales, como en los aspectos ambientales que podrían actuar como barreras o facilitadores para el retorno al trabajo de quienes han sufrido un accidente o enfermedad.

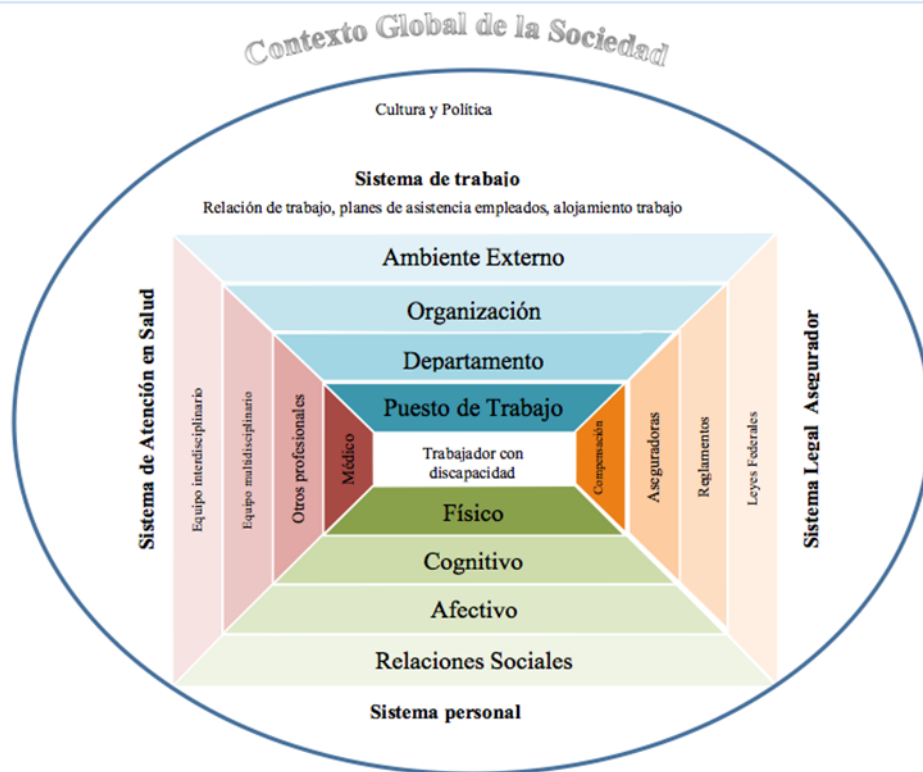
A continuación nos detendremos en el modelo ecológico, seleccionado para comprender nuestro sistema de riesgos laborales. Se escogió este modelo ya que privilegia las relaciones laborales, la participación de varios sectores, tiene como fin el lograr mantener la empleabilidad del trabajador como una forma de garantizar el derecho al trabajo e incluir el contexto sociopolítico que permite responder de mejor forma a la pregunta de investigación del presente estudio.

Primero se explicará el modelo original y posteriormente la adaptación realizada acorde al contexto colombiano.

El modelo ecológico de atención de casos, es un ejemplo de cómo analizar el panorama incluyendo todos los actores sociales; es un modelo operacional en el que no se pretende explicar los factores que llevan a la discapacidad, pretende guiar el modelo operativo de manejo de casos, detectando las influencias de los sistemas en los procesos de discapacidad. Fue desarrollado para el manejo de dolor lumbar, pero posteriormente se extendió para la atención en general de otras patologías.

Incluye la disposición social alrededor de la persona con discapacidad e ilustra estructuras sociales de cuatro sistemas: personal, sitio de trabajo, servicios de salud y sistemas de compensación. Muestra al trabajador en el centro y los cuatro sistemas alrededor, por lo cual es conocido como la “arena en la prevención de la discapacidad para trabajar”.

Figura 2-1. Modelo Ecológico para el manejo de caso. Prevención de la discapacidad para trabajar. P. Loisel (111)



1. Dimensiones personales
2. Sistema de salud: actores desde el médico y tratantes, equipos inter y tras disciplinarios
3. Sitio de trabajo con las estructuras socio- técnicas
4. Sistemas de compensación con cada una de las regulaciones locales

El proceso de adaptación, se hizo en el marco de entrenamiento Work Disability Strategic Training Program en Toronto Canadá, del cual fue becaria la investigadora Diana Cuervo-Díaz, en el año 2014-2015. En el módulo de introducción a work disability, cada alumno debió presentar su propio esquema que correspondía una adaptación a los modelos de prevención de la discapacidad, de acuerdo a lecturas, discusiones y el propio contexto de cada investigador.

En el diagrama ajustado para servir de lente, se incluyó en el centro al trabajador, pero mostrando el desenlace positivo del proceso, es decir lograr que el trabajador retorne o se mantenga en el trabajo.

Alrededor se tomaron cuatro subsistemas que se interrelacionan entre sí. En cada uno se incluyeron variables que la investigadora de acuerdo a su experiencia consideró eran importantes en el contexto colombiano.

En el sector salud se incluyó la necesidad de que los profesionales de salud tengan formación y capacitación orientada a lograr el retorno al trabajo. El trabajo debe ser inter o transdisciplinario con el concurso de varias disciplinas, para orientar el manejo desde diferentes perspectivas.

En el sector laboral se incluyeron determinantes micro, meso y macro del ambiente de trabajo, incluyendo factores de riesgo físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales, como también el balance entre la carga laboral y el funcionamiento laboral.

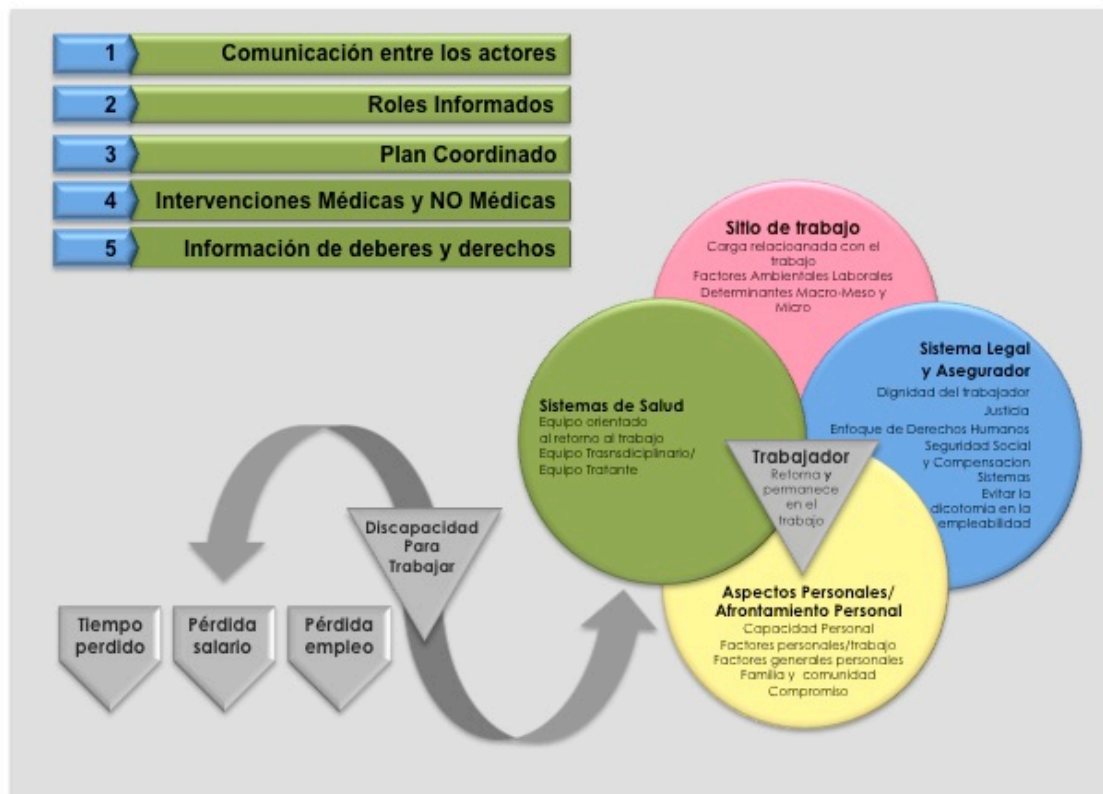
Específicamente en el sistema legal y asegurador se incluyeron temas como la justicia, la dignidad del trabajador, el enfoque de derechos, los sistemas de seguridad social y compensación y la dicotomía entre la compensación y el retorno al trabajo, por considerarse el contexto colombiano altamente litigioso y basado en un modelo de aseguramiento con coberturas dependientes de la comprobación de la relación de causalidad con el trabajo.

Dentro de los factores personales se contemplaron el balance que debe existir entre el trabajo y la vida personal, la capacidad personal para acoplarse al trabajo, los factores personales como edad, sexo, escolaridad y el compromiso y afrontamiento personal.

También se incluyeron 5 premisas que ayudan a prevenir la discapacidad para trabajar, de acuerdo a lo reportado en la literatura. (31,60): comunicación entre los actores, roles informados, plan coordinado, intervenciones médicas y no médicas, e información de deberes y derechos, que están directamente relacionados con la percepción de justicia procesal.

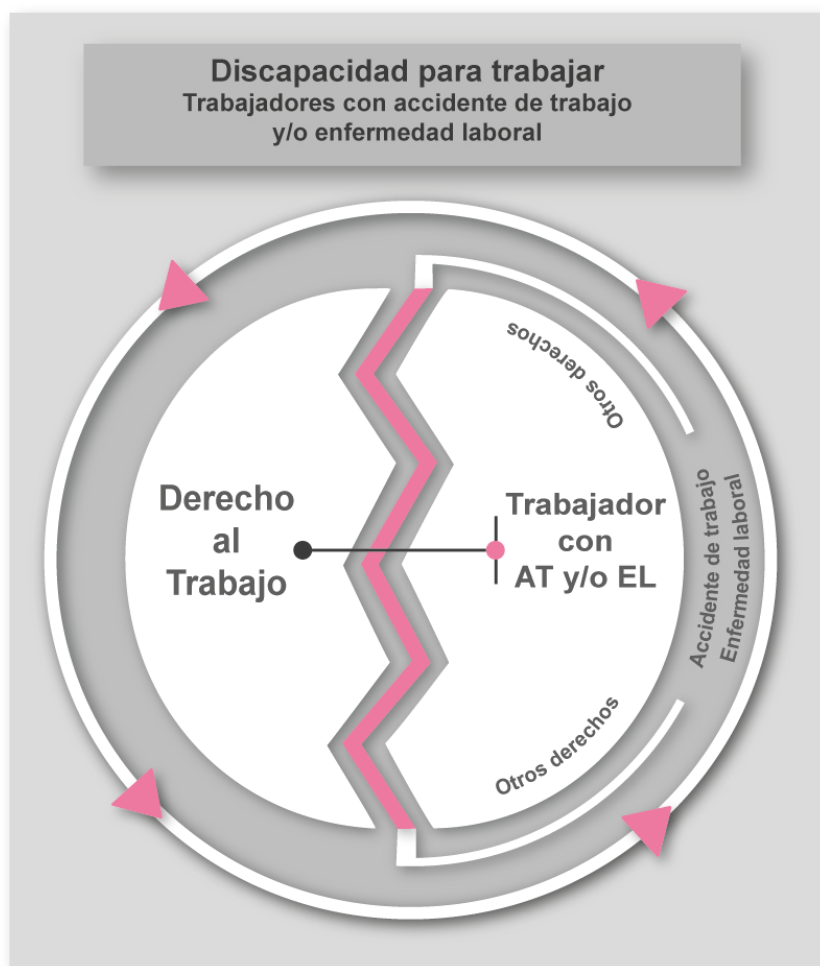
Finalmente se muestra que cuando no funciona el modelo, el desenlace negativo es la discapacidad para trabajar, que puede verse reflejado en pérdida del empleo, del salario o pérdida de tiempo.

Figura 3-1. Modelo ecológico de Loisel adaptado al contexto colombiano por Cuervo-Díaz 2014, Fuente: Elaboración propia Cuervo-Díaz D, 2014



Otro análisis que se hizo durante el entrenamiento, es que las personas que sufren un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, pueden hacer exigibles varios derechos, dentro de los cuales está el trabajo. Cuando por alguna razón no es posible que se mantenga el trabajo, aparece la discapacidad para trabajar, lo que se quiso esquematizar de la siguiente manera.

Figura 4-1. Discapacidad para trabajar – Fuente: Construcción propia



Ahora bien, pasaremos a explicar las características del sistema de riesgos laborales colombiano, para entender el contexto en el cual se desarrolla la presente estudio.

### **1.3 Sistemas de Compensación económica y reintegro en el Sistema de riesgos laborales Colombiano**

El Sistema de Riesgos Laborales colombiano está estructurado como un sistema de compensación de responsabilidad objetiva (no culpa), en el cual las aseguradoras de riesgos laborales subrogan el riesgo del empleador y asumen la atención del accidente de trabajo o la enfermedad laboral, una vez se haya comprobado la relación de causalidad entre el trabajo y el evento, sin importar de quien sea la culpa del siniestro.(1)

Dentro de este esquema se contemplan dentro de los beneficios económicos:

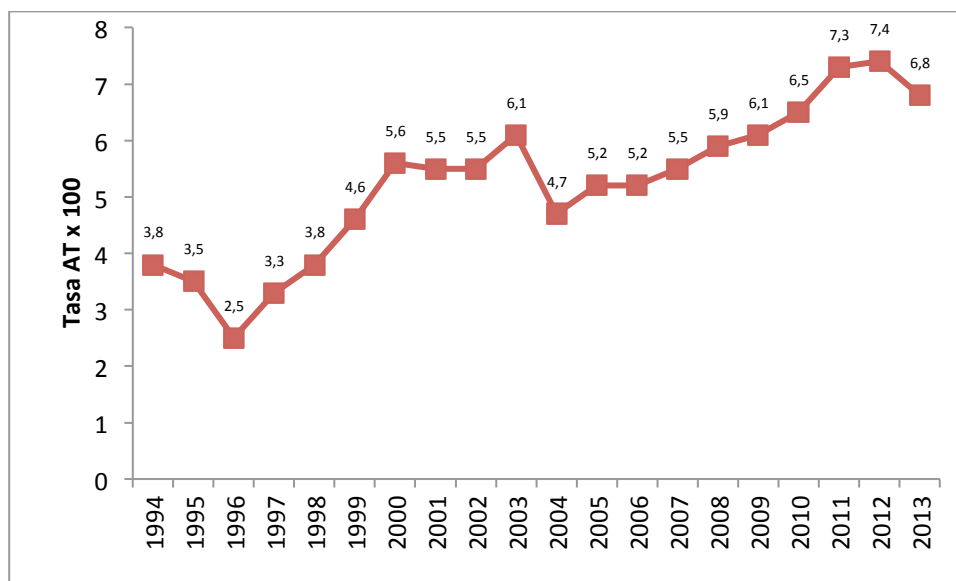
- La incapacidad temporal definida en el artículo 3° de la Ley 776 de 2002 como “el subsidio equivalente al 100% del salario base de cotización calculado desde el día siguiente al que ocurrió el accidente o se inició la incapacidad hasta el momento de la rehabilitación integral o curación, o de la declaración de la incapacidad permanente parcial, la invalidez o la muerte” (10). La prestación se extiende hasta un máximo de 540 días de incapacidad temporal (11,114).
- La incapacidad permanente parcial (IPP) definida en los artículos 7° y 8° de la Ley 776 de 2002, corresponde a una indemnización en proporción al daño sufrido, en suma no inferior a dos salarios base de liquidación, ni superior a 24 veces el salario base de liquidación. Se aplica la tabla única para indemnizaciones por incapacidad permanente parcial (Decreto 2644 de 1994) (6,10).
- La pensión por invalidez, definida como una pérdida de capacidad laboral igual o superior al 50%. En los casos en que el porcentaje es mayor al 50% y menor del 66%, la mesada corresponde al 66% ingreso base de liquidación; cuando la pérdida de capacidad laboral es mayor al 66%, el ingreso base de liquidación es del 75% (6,10).

De otra parte, se considera que dentro de las prestaciones asistenciales se encuentra incluida la rehabilitación integral, que contempla el derecho a la asesoría y

acompañamiento para el reintegro laboral con acomodaciones por parte del empleador (7,10,18,20). Lo que significa que si bien está contemplada dentro de la norma, existen oportunidades para desarrollar políticas de retorno al trabajo que sean efectivas y que contemplen no solo el sector salud.

Con el propósito de entender el comportamiento de los accidentes y enfermedades laborales en Colombia y las prestaciones económicas consecuentes, se analizó la información suministrada por la Federación Colombiana de Aseguradores (FASECOLDA) que agrupa a las Aseguradoras del Sistema de Riesgos Laborales en Colombia<sup>4</sup>. Con corte a marzo de 2014 se publicaron las siguientes estadísticas.

Figura 5-1. Tasa de Accidente de Trabajo en Sistema de Riesgos Laborales AT x 100. Federación Colombiana de Aseguradores FASECOLDA lo publicado a corte Marzo 2016.



Se analizó la tasa de accidentalidad 1998 y 2013 encontrándose que si bien ha aumentado, el aumento no ha sido exponencial como ha sucedido con la enfermedad

<sup>4</sup> Fasecolda antes de 2009 agrupó exclusivamente las aseguradoras privadas razón por la cual no se cuenta con las estadísticas de Protección Laboral del Seguro Social. Tras la consolidación de la aseguradora POSITIVA como empresa de capital mixto: - público y privado - y gracias a su vinculación a Fasecolda es posible contar con estadísticas acumuladas de todo el sector asegurador a partir de dicha fecha



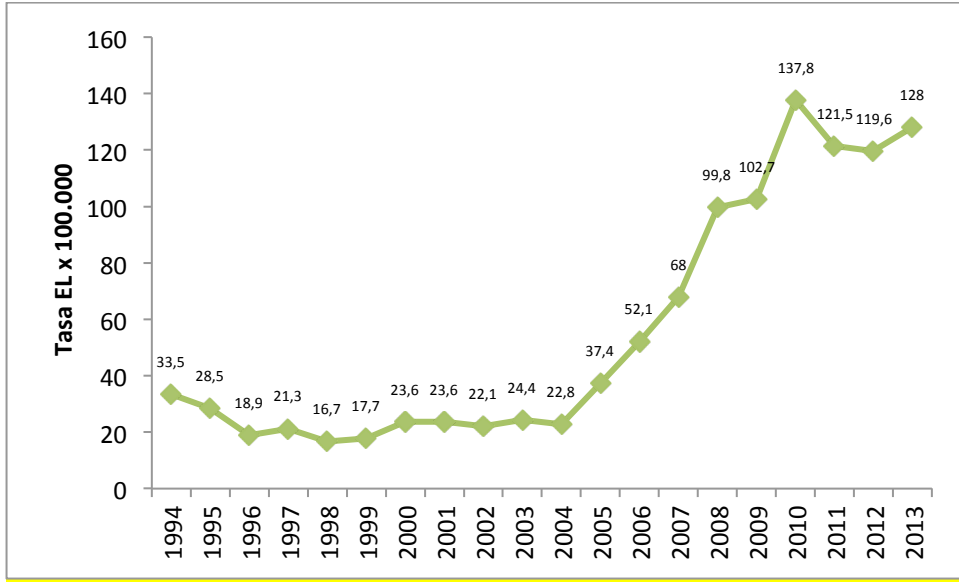
laboral. Lo anterior puede deberse a que desde el inicio del sistema, la identificación y calificación como accidente de trabajo ha sido más fácil para los trabajadores y los empleadores, lo que ha facilitado el reporte ante las aseguradoras de riesgos laborales (25). Ver Figura 5-1

Tabla 2-1. Estadísticas presidenciales, información enviada por las Compañías. Cálculos cámara técnica de Riesgos Laborales - Fasesolda. Junio 2016

<b>Estadísticas Sistema General de Riesgos Laborales</b>								
<b>Tasas a Nivel Nacional 2008 - 2015</b>								
	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
<b>Tasas de A.T por cada 100.000 trabajadores</b>	27,94	6,02	6,61	7,41	7,82	7,53	7,71	7,50
<b>Tasas de E.L por cada 100.000 trabajadores</b>	95,66	89,69	130,65	110,37	119,24	114,64	108,65	99,24
<b>Tasas de muerte por A.T por cada 100.000 trabajadores</b>	9,25	8,75	10,11	9,23	8,02	8,53	6,31	5,83
<b>Tasas de muerte por E.L por cada 100.000 trabajadores</b>	0,02	0,00	0,03	0,01	0,02	0,02	0,06	0,03
<b>Tasas de indemnización por IPP por A.T por cada 100.000 trabajadores</b>	95,25	90,39	129,27	105,03	116,98	108,09	117,20	110,95
<b>Tasas de indemnización por IPP por E.L por cada 100.000 trabajadores</b>	16,77	17,76	33,68	29,96	35,94	34,84	39,53	43,91

Fuente: Fasesolda. Junio 15 de 2016

Figura 6. Tasa de Enfermedad Laboral en Sistema de Riesgos Laborales EL x 100.000 Federación Colombiana de Aseguradores FASECOLDA lo publicado a corte Marzo 2014 (113)



Al analizar el periodo 1994 - 2013, para comparar el comportamiento de la tasa de Enfermedad Laboral y Accidente de Trabajo, desde el inicio del Sistema de Riesgos Laborales; se encontró que la tasa de enfermedad laboral se incrementó de 33.5/100.000 trabajadores para 1994 a 128/100.000 en el año 2013; lo anterior se explica porque al inicio del Sistema de Riesgos Laborales, existía poco reporte de enfermedad laboral por el subdiagnóstico y el subregistro de enfermedad laboral, que si bien aún continúa, ha disminuido debido al mayor conocimiento de los trabajadores, empleadores, médicos de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Empresas Promotoras de Salud (115,116). Ver Figura 6-1..

Posterior al año 2005, fecha en la cual el Ministerio de la Protección Social capacitó en diagnóstico de enfermedad profesional a 650 médicos de todo el país, se ve un claro aumento en la tasa de enfermedad laboral (13,115).

Al comparar el último quinquenio, se encontró que existió un aumento creciente del número de enfermedades laborales calificadas, esto se puede comprender como resultante de diversos factores: mayor empoderamiento de los líderes de los programas de salud y seguridad en el trabajo, mayor conocimiento de parte de los trabajadores,

sindicatos, y empresas promotoras de salud. Existe también aumento en el número de casos de invalidez e incapacidad permanente parcial por enfermedad laboral, lo que deja un panorama desalentador en cuanto a la prevención y la rehabilitación.

Tabla 3-1. Análisis de siniestralidad en el sistema de riesgos laborales período 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Total Trabajadores</b>	6.700.837	6.813.597	7.499.380	8.431.782	8.269.951
<b>Enfermedades Laborales (EL) Calificadas</b>	6.068	8.293	7.826	9.524	10.189
<b>Accidentes de Trabajo (AT) Calificados</b>	404.552	437.218	540.597	609.881	542.406
<b>Muertes Calificadas AT<sup>†</sup></b>	588	497	378	530	750
<b>Muertes Calificadas EL</b>	0	2	1	2	2
<b>Total Muertes Calificadas</b>	588	499	379	532	752
<b>Pensiones de invalidez AT</b>	250	210	163	217	214
<b>Pensiones de invalidez EL</b>	17	20	17	33	34
<b>Total Pensiones de invalidez</b>	267	230	180	250	248
<b>Indemnizaciones por IPP<sup>‡</sup> pagadas AT</b>	6.070	7.559	7.804	9.672	8.748
<b>Indemnizaciones por IPP pagadas EL</b>	1.201	2.093	2.187	2.987	2.836
<b>Total Indemnizaciones IPP pagadas</b>	7.271	9.552	9.991	12.659	11.584

Hasta 2012, el número de personas con Incapacidad Permanente Parcial por accidente de trabajo fue creciente, con una caída en las cifras para el año 2013, lo cual coincidió con la disminución de trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales durante este último año (116).

Respecto al número de personas a quienes se les dictaminó invalidez secundaria a Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral, se encontró que han aumentado de manera proporcional al aumento de la tasa de ocurrencia, lo cual es un indicador que permite

cuestionar a los actores del sistema acerca del impacto de los programas de rehabilitación sobre la prevención de la discapacidad. Estos datos se convierten en evidencia que da un mayor sustento a la necesidad de enfocar los esfuerzos investigativos hacia esta población (116).

Se aclara que al consultar las cifras de FASECOLDA a Febrero de 2016, con el fin de actualizar los datos, se encontró que se realizaron cambios en las estadísticas, que si bien en número no son considerables, dejan un interrogante sobre la confiabilidad de las cifras que maneja el país, lo que es congruente con lo reportado por la Organización Iberoamericana de Salud en su informe de 2012 sobre siniestralidad de los países miembros, en el que menciona que falta mayor disgregación de las estadísticas y presentar en tasas los indicadores (117). Por lo cual se tomó la información inicial con la que se construyó el presente proyecto.

Cuando se indagó a través de investigaciones realizadas en el país, respecto al éxito de la rehabilitación profesional y la posibilidad de garantizar la inclusión laboral de personas que han sufrido eventos laborales, se encontró que hay poca literatura (12). Existe un estudio reciente sobre estadísticas y reflexiones sobre la rehabilitación integral en el Sistema de Riesgos Laborales en Colombia (5), cuyas conclusiones expresamente manifiestan que falta mayor conceptualización en este tema, implementación de lineamientos y políticas por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y del Ministerio del Trabajo, y una mayor claridad metodológica que permita precisar los indicadores y construir sistemas de información del Sistema de Riesgos Laborales. Después de analizar estos hechos y al discutir en los diferentes paneles de expertos en rehabilitación integral (4) y con actores del Sistema de Seguridad Social en Colombia (15), se identificó que existe un problema real que consiste en que el trabajador que sufre un evento laboral, no necesariamente retorna a su trabajo.

Una vez se analizó brevemente la siniestralidad en el Sistema de Riesgos Laborales, es preciso aclarar que de acuerdo a la experiencia de la investigadora, las personas con discapacidad adquirida en el trabajo (PcD- ATEL), pueden tener los siguientes tipos de desenlaces en cuanto al retorno o mantenimiento del trabajo:

- a. Personas que adquieren la discapacidad como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, reciben las prestaciones de la Administradora de Riesgos Laborales, incluyendo la indemnización (compensación económica) en virtud de su discapacidad permanente y que se encuentran vinculadas laboralmente. Se denominaran (PcD-A TEL Reintegradas).
- b. Personas que adquieren su discapacidad como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, reciben las prestaciones de la Administradora de Riesgos Laborales, incluyendo la indemnización (compensación económica) en virtud de su discapacidad permanente, pero han sido desvinculadas del trabajo (PcD-A TEL Desvinculadas).
- c. Personas que adquieren su discapacidad como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral, reciben las prestaciones de la Administradora de Riesgos Laborales, incluyendo la indemnización (compensación económica) en virtud de su discapacidad permanente, no ha sido posible el reintegro laboral, pero permanece el vínculo laboral activo. (PcD-A TEL Vinculadas no reintegradas).

Si bien en algunas aseguradoras se han implementado procedimientos de atención acordes al Manual Guía de Rehabilitación y reincorporación en el sistema de riesgos profesionales (18,118), no se encontraron investigaciones sobre el seguimiento a los procesos de reintegro y existencia real de inclusión laboral después de la intervención inicial e indemnización económica.

Por otra parte, en el sistema de riesgos laborales no se cuenta con estadísticas generales respecto al número de trabajadores que se encuentran en cada una de las condiciones anteriormente mencionadas, dado que los datos reportados por cada aseguradora a FASECOLDA no incluyen este detalle. El Ministerio de Protección Social con la expedición de la Resolución 1570 de 2005 pretendió recolectar las estadísticas de los resultados en los procesos de rehabilitación realizada por la aseguradoras de riesgos laborales, pero finalmente no se cumplió con el objetivo y no se cuenta en la actualidad con el detalle de cifras nacionales sobre el tipo de retorno al trabajo y el éxito real en la prevención de la discapacidad para trabajar (119).

El análisis anterior demostró indirectamente que en el esquema existente en el sistema de riesgos laborales, se privilegia la compensación económica para quienes sufren un accidente de trabajo o enfermedad laboral y aunque hay esfuerzos de los actores para lograr el reintegro de los trabajadores y el mantenimiento del trabajo, no son cuantificados, ni evaluados los desenlaces de los procesos de rehabilitación integral de una manera sistemática y unificada como país; como tampoco se ha estudiado el impacto que tiene cada uno de los diferentes determinantes para permitir que el trabajador retorne o permanezca en su trabajo, después de la ocurrencia del siniestro.

Finalmente, a través de la revisión de literatura se consideró importante contemplar las interacciones entre el trabajador y el asegurador; esto teniendo en cuenta que en el contexto colombiano el sector asegurador es un pilar fundamental en los procesos de determinación de origen, de porcentaje de pérdida de capacidad laboral y en la prestación de servicios asistenciales, incluido el asesoramiento para el retorno al trabajo.

## **1.4 Las interacciones entre los aseguradores de los sistemas de compensación laboral y los trabajadores**

La literatura existente ha demostrado que el proceso para adquirir la compensación en accidentes de tránsito tiene efectos negativos sobre el bienestar de la persona, haciendo que exista sensación de ansiedad y angustia por parte de los reclamantes (120). Se ha podido establecer dentro de los factores negativos, el tiempo de duración del reclamo, la participación en los conflictos legales, el compromiso con el abogado, entre otros (121,122). Adicionalmente, dicho proceso es encontrado como acusatorio y estresante debido a la falta de comunicación, la problemática para la aprobación de tratamientos (que toma semanas para aprobar las solicitudes de tratamiento y en ocasiones se convierte en una lucha para su obtención) y la agotadora búsqueda de solución a la negociación (la cual se posterga tanto tiempo como sea posible para aumentar las

dificultades financieras presionando al reclamante a que se conforme con una cantidad menor a la que le corresponde (123).

También existen estudios epidemiológicos que han analizado la relación entre la posibilidad de una compensación económica y la existencia de un peor pronóstico de recuperación (124–127).

Kilgour y colaboradores (92) publicaron en el año 2014 una revisión sistemática de estudios cualitativos enfocada específicamente en estudiar las interacciones de los trabajadores con lesiones laborales y los aseguradores dentro de los sistemas de compensación por riesgos laborales (worker's compensation systems). Dicha revisión mostró, entre otros, los siguientes hallazgos:

#### Acciones contraproducentes

Los trabajadores consideran que los profesionales que manejan los casos en las aseguradoras no siempre los escuchan ni entienden el impacto de las lesiones sobre sus vidas (128,129); perciben que son enviados a múltiples evaluaciones sin fines terapéuticos pues que solo buscan aclarar la relación de causalidad entre el trabajo y la lesión para aceptar o negar el siniestro, aumentando el conflicto (130). Los aseguradores manifiestan sus sospechas sobre la legalidad de las reclamaciones de los trabajadores, teniendo estos que justificar y probar la existencia de sus lesiones. (129,131). Los trabajadores sienten que su privacidad es invadida y que son tratados como “criminales”, pues consideran que los profesionales de las aseguradoras, actúan de acuerdo a estereotipos según los cuales los trabajadores fingen sus lesiones (129,132).

#### Desorganización del sistema:

Existen barreras administrativas o culturales dentro de la atención que van desde trato irrespetuoso (131,132), comunicación no efectiva y errada en los procesos de aprobación y pago de los siniestros (133), dificultad para contactar al gestor del caso, la comunicación escrita más que verbal (cartas) y no personalizada (132), demora en la referencia a tratamientos incentivada por la contención de costos o falta de experiencia en el manejo de las reclamaciones (134) y desconocimiento de los pacientes de las reglas del sistema que los pone en desventaja (129,135,136).

#### Percepción de que existe manipulación en el siniestro:

Los pacientes han relatado sentirse presionados por los aseguradores para seguir tratamientos, realizarse exámenes o retornar prematuramente al trabajo, sin que se sientan cómodos o preparados (129,134). Acceden debido a que de estas acciones puede depender que se paguen o no incapacidades (134,137). Existe rotación de personal en las aseguradoras que hace que los nuevos gestores de caso puedan negar la aprobación del siniestro (129,135).

#### Acceso al tratamiento

En este aspecto se han reportado efectos tanto positivos como negativos. Debido a que para acceder a tratamientos y medicamentos debe haber una aprobación del asegurador, la dilación o la negación es una barrera que hace que exista peor pronóstico de recuperación y necesidad de asumir el tratamiento con recursos propios (132,134). En ocasiones ante la negación de los siniestros, se debe asistir a procesos de apelación y asesoría legal que causan demoras en el tratamiento, imposibilidad de acceder a una rehabilitación oportuna, ansiedad y stress (134).

Por el contrario, esta reportado que cuando el paciente es atendido por los sistemas de compensación accede a servicios médicos y cirugías de calidad, que de otra forma no hubiera obtenido. Los trabajadores han reportado también que cuando el gestor de casos de las aseguradoras brinda un trato respetuoso, y una adecuada y ágil coordinación de los tratamientos médicos, se garantiza proceso un exitoso y fácil (129).

#### Relaciones cooperativas

La comunicación respetuosa, clara, personalizada y continua entre el paciente y el gestor de caso, ha sido considerada como un facilitador (129,132). El pago oportuno de las incapacidades al trabajador y de los servicios a los prestadores de salud es mencionada como otra interacción positiva; cuando los gestores de caso adoptan una posición de soporte con un enfoque resolutivo, es visto como un aliado por los trabajadores y la empresa (132).



### Consecuencias psicológicas

Dentro de las consecuencias psicosociales individuales que impactan la salud mental de los trabajadores, los estudios han reportado la sensación de miedo e inseguridad al estar involucrados dentro de un sistema de compensación (129,135–137). Existen sentimientos de ira, frustración (135,136) y angustia (129,132) relacionados con la imposibilidad de contactarse con el gestor de casos, demoras en la aprobación de siniestros o cambios en las condiciones de los beneficios recibidos. La mayoría de estudios reportó que se experimenta baja autoestima (89,129,133,137), y muchos trabajadores presentan episodios de ansiedad y depresión (89,132,138).

### Consecuencias sociales y vocacionales

Los estudios han mostrado que la demora en la aprobación de siniestros, o la objeción por parte de las aseguradoras, trae consecuencias financieras negativas y pobreza (132,134). También se ha demostrado la existencia de pérdidas económicas debido a que no se reembolsan con oportunidad los pagos asumidos por el trabajador debido a que se le niegan medicinas o servicios. Esta reducción de recursos económicos, motiva un cambio en las actividades sociales, parentales y de uso de tiempo libre, con relación a las que tenían antes de la ocurrencia del siniestro (129,135,136). Haber realizado una reclamación previa, hace que se dificulte obtener un nuevo trabajo con modificación de tareas o en otro campo laboral, acorde a sus habilidades; existe un sesgo en los empleadores referente a querer mantener vinculados los trabajadores de mayor edad o que han permanecido un largo periodo fuera del trabajo (89,134).

En el contexto colombiano, si bien existe un estudio de la Federación de Aseguradores - FASECOLDA que reportó que hay mayor satisfacción y calidad en los servicios de rehabilitación brindados a los pacientes que sufren accidente de trabajo o enfermedad laboral, según reportó Velandia en el año 2009 (13) y existen reportes sobre análisis estadístico de las bases de datos de reincorporación exitosa asociada al acompañamiento de especialistas de ergonomía (139); no se encontraron investigaciones que involucren a los trabajadores usuarios del sistema de riesgos laborales y que indaguen por la interacción positiva o negativa con los demás actores del sistema. Tampoco se encuentra literatura nacional referente a la percepción de los actores sobre la justicia procesal o distributiva involucrada en los procesos de reintegro y compensación brindados por las administradoras de riesgos laborales. Por lo cual se

considera importante estudiar los aspectos que la literatura ha reportado, con el fin de conceptualizar como pueden impactar sobre el proceso de prevención de la discapacidad para trabajar en nuestro país.

## **1.5 Balance entre el esquema de compensación económica y el retorno al trabajo**

En la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) existe un gran interés en revisar las políticas de discapacidad, por lo cual ha realizado un análisis de los dos esquemas de atención a la discapacidad. El primero se basa en un modelo de beneficios, netamente compensatorio, en donde se otorgan pagos por incapacidad temporal (Short-Sickness Absence) o se pagan pensiones temporales o definitivas (Long Term Disability Insurance). El segundo se relaciona con un enfoque más activo de empleabilidad y medidas de integración, en donde se privilegia el retorno al trabajo (140–142). Cada país define cuál de los dos modelos privilegia de acuerdo a sus condiciones sociopolíticas y su modelo económico. Sin embargo, los países han tendido a fortalecer el enfoque de reincorporación laboral como un cambio en el modelo médico individual, centrado en la atención de las deficiencias corporales, evolucionando hacia un modelo social de la discapacidad (143–145). Así mismo, el tiempo y el mecanismo de transición de incapacidad temporal a beneficios por discapacidad varía de acuerdo a cada país (146–150).

En Colombia no existe reglamentación sobre la expedición de incapacidades que establezca la forma de coordinación entre los equipos de rehabilitación de las empresas promotoras de salud y las administradoras de riesgos laborales; si bien en algunas aseguradoras está contemplada la figura de manejador o gestor de caso, no siempre hay una comunicación correcta y efectiva con el trabajador y los demás actores involucrados, con lo que el trabajador se encuentra cada vez más aislado y excluido del entorno laboral.(13).

Respecto a los procesos de calificación de pérdida de la capacidad laboral y ocupacional para obtener una prestación económica por incapacidad permanente parcial o invalidez, se reporta que en Colombia, existen conflictos entre el trabajador y el asegurador, que limitan la reincorporación laboral. De acuerdo con Hernández “para el caso de la discapacidad y el uso del Decreto 917<sup>5</sup>, una persona que sufre una limitación entra en un proceso de desafiliación y exclusión, de dificultad para reincorporarse al mercado laboral y entonces ingresa a una condición de vulnerabilidad, donde el debate debe traspasar las fronteras de quién paga y hasta dónde paga” (13).

## **1.6 Justicia distributiva y procesal en los sistemas de compensación en riesgos laborales**

La justicia es un concepto subjetivo y de percepción individual, a través del cual se califican algunos hechos y sus consecuencias como correctos (151).

En la psicología organizacional los investigadores han considerado la justicia distributiva y procesal como elementos primordiales para lograr mayor compromiso, desempeño laboral de los trabajadores y menor grado de conflicto a nivel empresarial. (151–153)

Estos conceptos han sido llevados también al campo de los sistemas de protección social para los trabajadores que han experimentado una lesión como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad laboral. La percepción relacionada con la justicia en torno a las decisiones y los resultados obtenidos dentro del proceso para lograr una compensación (basado en un modelo de beneficios económicos o en uno de empleabilidad) ha sido una inquietud constante, no solo para los trabajadores sino para los distintos actores relacionados (95). Dicho interés está profundamente ligado al concepto de justicia distributiva, el cual hace referencia a aquella en que se contempla la imparcialidad con la que son juzgadas las decisiones y otros resultados (154). La respuesta de los trabajadores a lo que reciben (por ejemplo, pago, compensación), parte de la evaluación de los resultados por parte de los individuos (151,155).

---

<sup>5</sup> El Decreto 917 de 1999 fue derogado por el Decreto 1507 de 2014 por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional.

La justicia distributiva ocurre cuando los resultados se distribuyen con base en el reconocimiento de las reglas de asignación relativas a la equidad, igualdad, o necesidad. La regla de la equidad plantea que los individuos reciben una compensación de acuerdo al esfuerzo realizado. La regla de la igualdad pretende beneficiar a todos con asignaciones similares y pretende incentivar el trabajo en equipo y la cohesión más que la competencia individual. Mientras que a través de la regla de la necesidad se busca distribuir el recurso de acuerdo con la urgencia de cada caso (151).

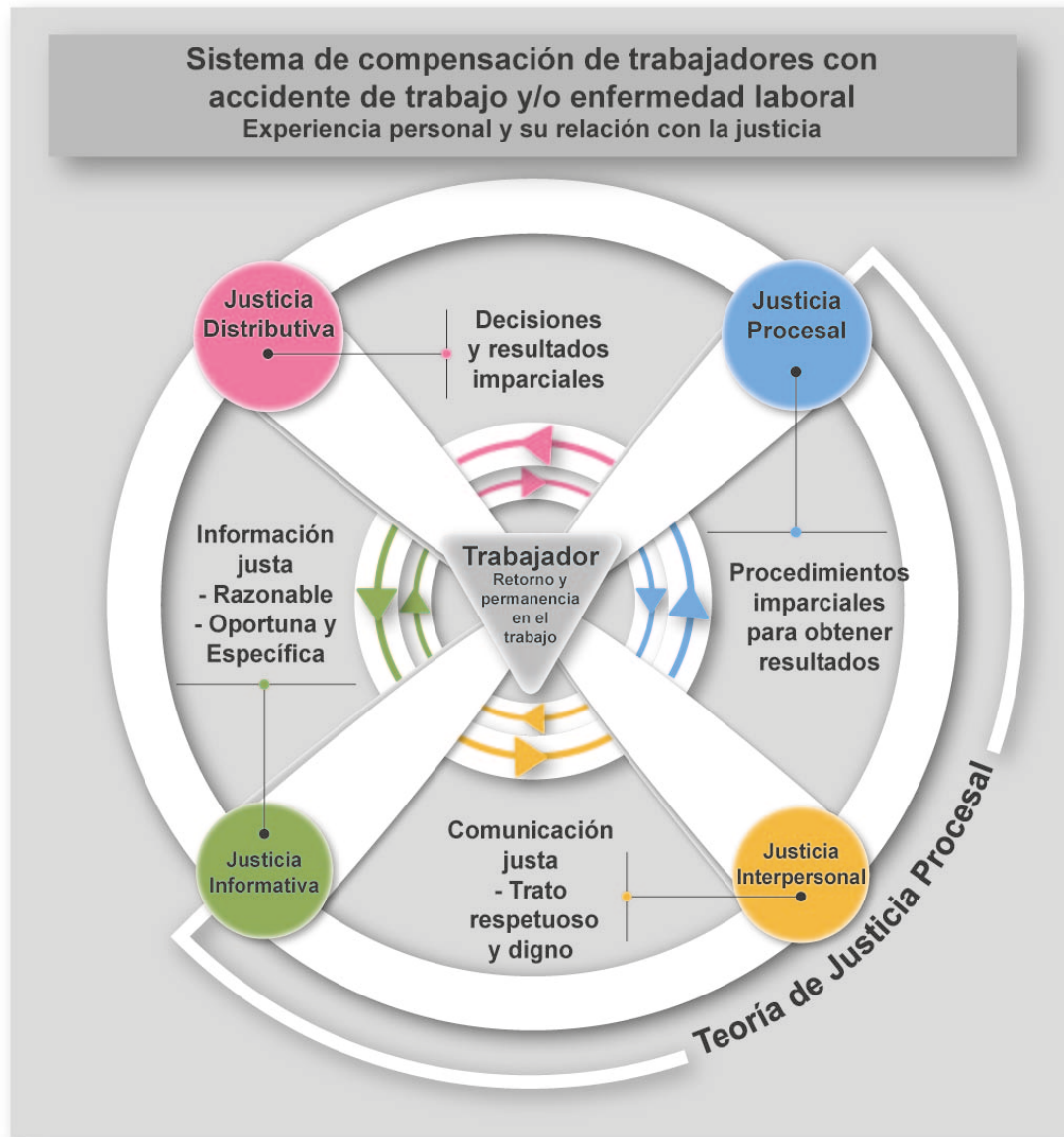
Pero más allá de centrarse en la mirada reiterativa sobre el resultado o producto obtenido, es importante enfocarse en la percepción de justicia ligada a los procesos en el contexto de compensación de los trabajadores, lo que está contemplado bajo el concepto de justicia procesal (156).

La justicia procesal, que se refiere a la imparcialidad con que son juzgados los procesos (154) y con la que se utilizan los medios por los cuales se obtienen los resultados, es decir, los procedimientos(155), puede ser contrastada con la justicia distributiva. De esta manera, en el marco de la justicia procesal puede que, con independencia de los resultados, las personas se sienten más satisfechas con estos cuando son incluidas dentro del proceso de toma de decisiones (157). Vale la pena destacar que esta justicia ha sido reconocida como un determinante potente de la reacción afectiva de un individuo hacia las decisiones que se toman y de las actitudes que se desarrollan hacia las autoridades e instituciones (158).

Dentro de la teoría de la justicia procesal se distinguen tres factores relacionados con los aspectos procesales, interaccionales e informativos de la justicia (154). De esta manera la justicia interaccional o interpersonal, es en la cual el trato respetuoso y digno influye la percepción del individuo sobre una comunicación justa; y la justicia informativa se refiere a la información que el individuo recibe y que es más probable que se considere justa, si es razonable, oportuna y específica (156).

Existen investigaciones que han evaluado la percepción de justicia de los trabajadores dentro de los sistemas de compensación y reintegro al trabajo posterior a accidentes de trabajo y enfermedades laborales, determinando que existe asociación entre la percepción de ser tratado de manera no justa por los aseguradores y la posibilidad de recuperar la salud y retornar a trabajo (95,156,159).

Figura 7-1. Esquema de interacciones de justicia procesal y distributiva aplicada a los sistemas de compensación para accidentes de trabajo o enfermedad laboral. Fuente Cuervo- Diaz. 2014. Construida a partir de los conceptos de Cropanzano, Greenberg y Kilgour



# Metodología

En este capítulo se explica el enfoque de la investigación, describiendo detalles metodológicos que se contemplaron, incluyendo los aspectos éticos.

## **Enfoque de la Investigación.**

Dada la naturaleza de la pregunta de investigación planteada, el diseño de investigación del estudio responde a estos requerimientos que comprometen itinerarios tanto cuantitativos como cualitativos. Por esto, el presente trabajo se circunscribió a lo que se denomina Métodos Mixtos, que se ha descrito como “una estrategia para abordar una problemática utilizando dos o más procedimientos en diferentes momentos: elaboración de la pregunta de investigación, elección del enfoque de investigación, levantamiento y análisis de información e interpretación de resultados” (160).

Es decir, la selección del diseño metodológico resulta de un análisis profundo de la naturaleza de aquello que el estudio busca y de los modos y las estrategias para conocer. Autores como Morgan, Morín y Ruiz han planteado una visión más pragmática en la cual puedan coexistir el uso de métodos cualitativos y cuantitativos, utilizando el trabajo multidisciplinario para responder los interrogantes planteados en la investigación, evitando la rigidez que impone la “inconmensurabilidad” y propiciando una comunicación y negociación entre las partes que conforman los equipos de investigación (160–163).

El presente proyecto se considera entonces, un estudio multimétodos de tipo predominantemente cualitativo, desarrollado mediante un diseño de *método mixto secuencial explicativo* según la clasificación de Tashakkori y Teddlie, Plano-Clark y Creswell (164,165), el cual fue elegido debido a que existe una preponderancia del abordaje cualitativo por el tipo de pregunta a responder y porque se espera que a partir de los resultados e interpretación cualitativa de cada fase puedan emerger nuevas categorías que fortalezcan las categorías iniciales y poder así explicar los ajustes

necesarios para lograr realizar prevención de la discapacidad para trabajar en el Sistema de Riesgos Laborales colombiano (166,167). Los resultados esperados se encuentran dentro del paradigma descrito por Green, Caracelli y Graham, en el que se hace una mezcla de elementos del post positivismo con el constructivismo (168).

### **Los métodos mixtos en la investigación**

Los métodos cualitativos son utilizados cada vez más en la investigación en salud aplicada en donde, adicionalmente, es posible encontrar la combinación de elementos cualitativos con otros enfoques como el cuantitativo, lo cual se conoce como métodos mixtos. Esta metodología ha generado nuevas oportunidades para hacer investigación en salud, debido a los desafíos metodológicos que implica la integración de hallazgos de diferentes disciplinas tradicionales (169).

Para el caso de esta investigación en donde se abordó el tema del manejo y la prevención de la discapacidad para trabajar relacionado con el análisis del Sistema de Riesgos Laborales en Colombia, habría sido suficiente con plantear un estudio mediante un enfoque cualitativo o bien sea cualitativo con la debida aplicación de una metodología que estuviera acorde tanto con el enfoque seleccionado como el cuestionamiento y el objetivo central del estudio. Sin embargo, por considerarse que en el país son aún muy recientes y a su vez pioneros los estudios relacionados con la concepción de discapacidad para trabajar, y porque al emprender una investigación que contemple dicha dinámica conlleva que tenga importantes implicaciones y repercusiones en el futuro de la temática en el país, se tomó la decisión de asumir un abordaje con un mayor énfasis cualitativo que permitiera que los hallazgos pudieran ser contrastados con otros productos de una fase previa de carácter netamente cuantitativo con datos que no han sido antes procesados y que se constituyen como un insumo de gran utilidad no solo para el país, sino como punto de partida para generar la discusión interna que se fundamenta en los distintos tipos de hallazgos relacionados entre sí (165).

De acuerdo con lo propuesto por Green y Thorogood (2014), el implementar métodos mixtos otorga no solo amplitud y profundidad a la investigación, sino que refuerza la validez de la misma. Es así como al abordar la temática del manejo y la prevención de la discapacidad para trabajar, se requiere del procesamiento de datos adicionales que

permitan obtener estadísticas que reflejen y permitan conocer la situación actual, lo cual se considera como añadir amplitud al estudio.

El contar con diferentes fuentes de datos en torno a una misma pregunta de investigación permite tener una mayor comprensión de la temática estudiada. Es así como para este trabajo se contó no solo con datos que provienen de la entidad que emite en últimas los dictámenes relacionados con la calificación de la capacidad para trabajar de personas con lesiones laborales, sino con las propias voces de los distintos actores relacionados con el tema, lo cual añade mayor profundidad y rigor analítico al ejercicio investigativo.

Por último en relación con los hallazgos producto de los diferentes métodos mixtos aplicados a la investigación, uno de los tipos de hallazgo puede ser usado como control sobre los otros. Al existir convergencia entre los diferentes tipos de resultado, es posible lograr una mayor credibilidad tanto para el estudio en sí como para las conclusiones y recomendaciones que se deriven de él.

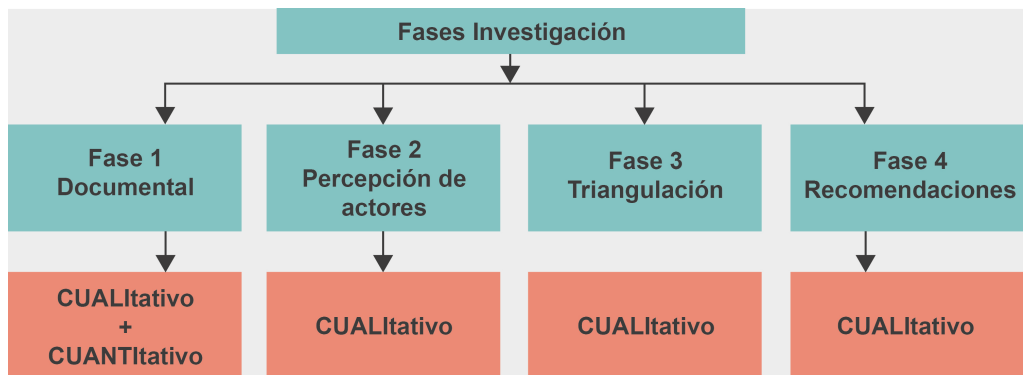
El diseño mixto secuencial explicativo comienza con una primera fase cuantitativa, para posteriormente realizar una segunda fase cualitativa para explicar los resultados de la primera fase y el fenómeno a estudiar. A continuación se detalla cada una de las fases del presente estudio.

### **Fases del proyecto**

El diseño investigativo se desarrolló mediante cuatro fases que operan entre sí de manera interactiva y dinámica, alimentándose mutuamente. Para facilitar la comprensión de la secuencia que se llevó a cabo entre las fases, métodos, categorías y tipos de análisis en cada fase se incluyen los siguientes gráficos:

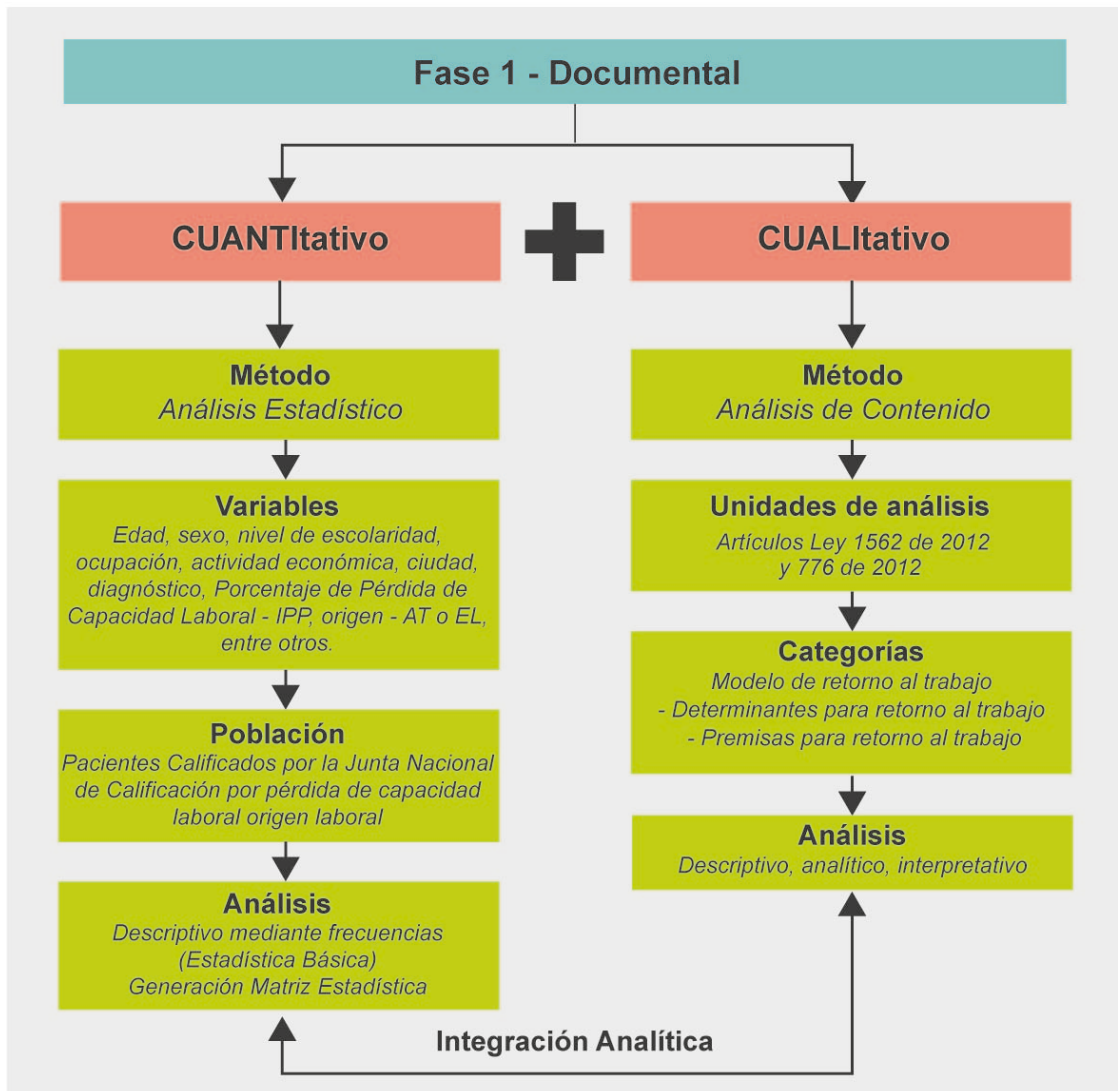


Figura 8-2. Fases de la investigación



## 1.7 Fase 1. Documental. (Cuantitativo más Cualitativo Convergente)

Figura 9-2. Fase 1 Documental



### **1.7.1 Diseño Cuantitativo de la Fase 1. Análisis de las estadísticas de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez**

Como se mencionó anteriormente, no existen estadísticas sobre las características sociodemográficas de las personas con discapacidad para trabajar, razón por la cual se acudió a estudiar las estadísticas de la Junta Nacional de Calificación debido a que es un ente de la seguridad social en el que definen las apelaciones respecto a calificaciones de pérdida de capacidad laboral y origen, de todas las aseguradoras del país, tanto las administradoras de riesgos laborales como las administradoras de fondos de pensiones. El análisis de esta información brindó la posibilidad de contar con una radiografía aproximada de cuál podría ser la población con discapacidad para trabajar en el sistema de riesgos laborales.

Adicionalmente al ser la investigadora miembro principal de la entidad, se facilitaba el acceso a la información. Dentro del proceso se recibió aprobación por todos los miembros de la Junta Nacional, para realizar la investigación y se firmó convenio con la dirección administrativa, para uso de la información acorde a los principios de la ética médica y de investigación.

El primer reto metodológico, consistió en que la información de las calificaciones realizadas por la Junta Nacional de Calificación, se encontraba almacenada en la base de datos (aplicativo diamante), sin ningún tipo de procesamiento, por lo cual era necesario contemplar una primera fase cuantitativa en donde además de extraer la información existente, se procesará la información.

#### **Diseño, población y periodos de información**

La Junta Nacional si bien fue creada con la Ley 100 de 1993, solo cuenta con estadísticas a partir de finales del año 2006, cuando el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio del Trabajo implementó la recolección de información y expedición de dictámenes de calificación con un aplicativo unificado. Por lo anterior se decidió procesar la información del periodo 2007 a 2014. Se dio énfasis en presentar los resultados de pacientes con eventos de salud de origen laboral, dado que el objeto del estudio se circunscribió al sistema de riesgos laborales.

Los datos obtenidos se contrastaron y sirvieron de base para planear la segunda fase del proyecto, en la cual se realizaron entrevistas a profundidad a los actores relacionados con el fenómeno de estudio.

### **Análisis Estadístico**

El análisis se hizo de acuerdo con el tipo de variable, utilizando el programa Microsoft Excel versión 15.0:

Cualitativas: Cálculo de frecuencias relativas individuales y combinaciones entre ellas.

Cuantitativas: Cálculo de principales medidas de resumen estadístico: de tendencia central (media aritmética y media geométrica, según el caso), de dispersión (mínimo, máximo y desviación estándar) y de posición (mediana y percentiles). Además, estas variables se agruparon luego por categorías para observar su distribución porcentual.

### **1.7.2 Diseño Cualitativo de la Fase 1 Documental**

El enfoque cualitativo y el rol dentro del diseño del estudio

Para el caso específico de esta investigación, que buscó establecer sugerencias en términos de ajustes de estructurales, conceptuales, jurídicos y procedimentales con el fin de favorecer el reintegro o permanencia en el trabajo de las personas que sufren accidente de trabajo o enfermedad laboral; se evidenció el papel fundamental que tuvo la comprensión del fenómeno de una manera más detallada gracias al desarrollo de fases adicionales en las que se contemplaron, además de las evidencias extraídas de documentos, las propias percepciones y realidades que experimentaron los diferentes actores relacionados con el tema, las cuales surgieron gracias al desarrollo de entrevistas a profundidad con la población.

Se tomó como problemática de estudio la prevención y el manejo de la discapacidad para trabajar en trabajadores que sufren enfermedad laboral y/o accidente de trabajo, dentro del Sistema de Riesgos Laborales en Colombia, se requirió un abordaje de los elementos históricos, sociales, políticos y económicos relacionados con la problemática, más allá del estudio particular de la evidencia médica puntual de las cuestiones de salud. Dicho

abordaje permitió una comprensión más detallada del objeto de estudio, en donde se evidenció la injerencia de diversos factores trascendiendo del estudio del cuerpo y los factores de salud o enfermedad que se residen en éste.

A su vez, el impacto de la investigación no se limitó al campo único y exclusivo de la salud, sino que al involucrar a diferentes actores relacionados con el objeto de estudio - además de los profesionales de la salud- se amplió el rango de comprensión y de repercusión de los resultados obtenidos, abarcando múltiples o dimensiones en donde la problemática de estudio se conjuga, se transforma, se interpela, se complementa, se compara, con el fin último de establecer sugerencias en términos de ajustes estructurales, conceptuales, jurídicos y procedimentales que puedan ser realizados en el Sistema de Riesgos Laborales en Colombia para establecer un equilibrio entre la compensación económica y el reintegro o permanencia en el trabajo de personas con discapacidad permanente – secundaria a una lesión de carácter laboral.

### **1.7.3 Diseño Cualitativo de la Fase 1 - Análisis de Contenido Ley 776 de 2002 y Ley 1562 de 2012**

A través de análisis de contenido de las leyes se analizó el tipo de modelo de reintegro y la presencia de factores facilitadores de reintegro laboral en las leyes que estructuran las prestaciones del sistema de riesgos laborales en Colombia y que se encuentran vigentes. Ver anexo de Instrumentos y unidades de análisis.

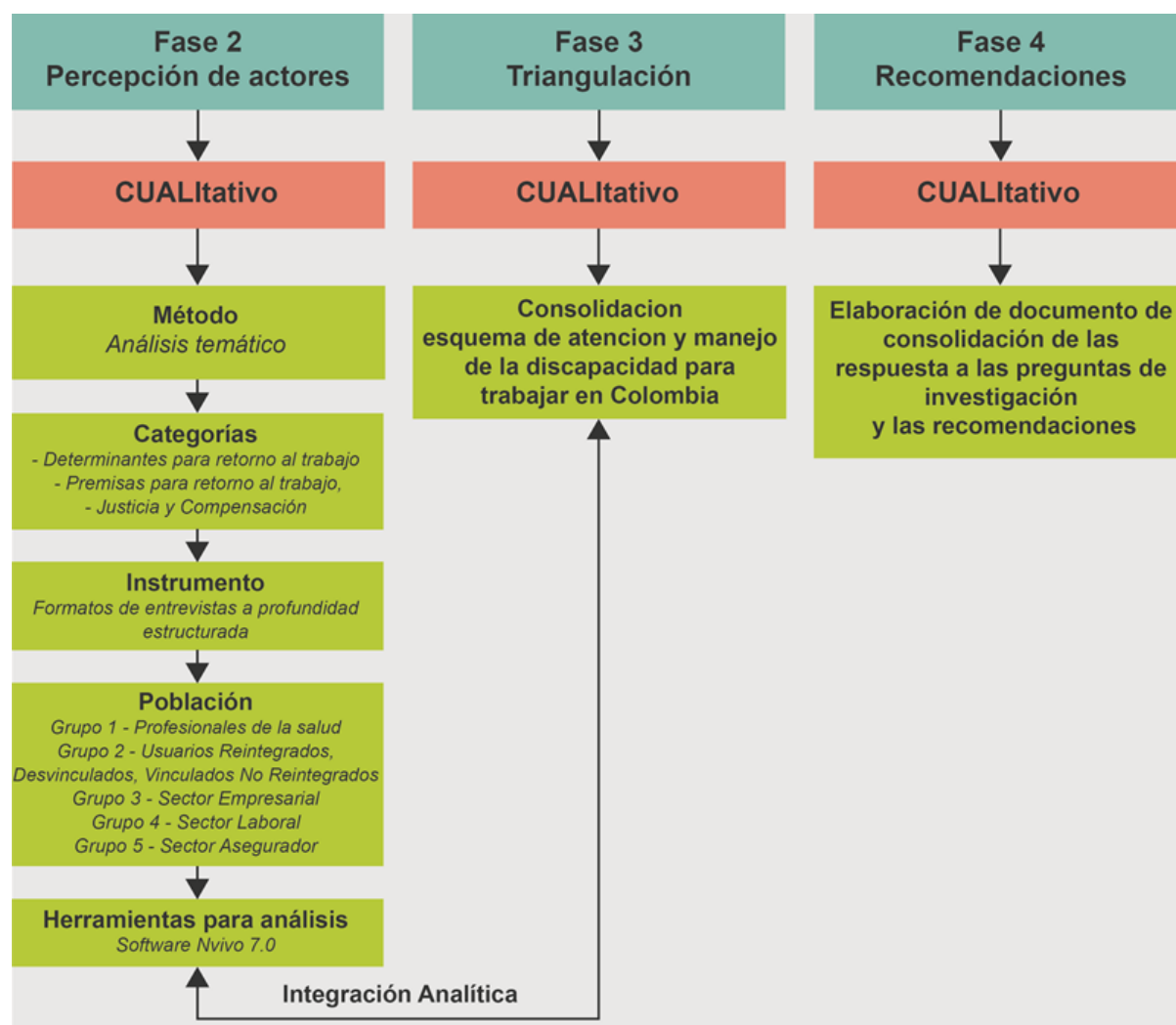
Primero se seleccionaron las unidades de análisis de cada una de las leyes, incluyendo aquellos artículos que se relacionaran con prevención, atención en salud, procesos de rehabilitación y compensación, por ser los temas objeto de la presente investigación

Las dos leyes vigentes en cuanto al tema de prestaciones asistenciales y económicas en el sistema de riesgos laborales, son la Ley 776 de 2002 y Ley 1562 de 2012 razón por la cual se eligieron para hacer el análisis. A partir del marco conceptual se diseñaron las categorías y subcategorías de análisis tomando como base el modelo para la prevención de la discapacidad adaptado e incluyendo como categorías de análisis cada uno de los modelos de retorno al trabajo que ha compilado Shultz (61). Lo anterior con el fin de determinar qué tipo de modelo de reintegro predominaba en nuestras leyes, y si se contemplaba o no en la normatividad la interacción o presencia de cada uno de los diferentes actores y premisas para reintegro exitoso, que fueron descritas en el modelo.

## 1.1 Fase 2 Percepción de los actores

El objetivo de estas fase fue añadir profundidad a los hallazgos cuantitativos, explicando el fenómeno de la discapacidad para trabajar en el sistema de riesgos laborales, a través de entrevistas a los diferentes actores del sistema de riesgos laborales, que se encuentran involucrados en el proceso para lograr el retorno o mantenimiento del trabajo de los trabajadores que sufren accidente de trabajo o enfermedad laboral.

Figura 10-2. Fases 2, 3 y 4: de Percepción de Actores, Triangulación, Recomendaciones



### 1.1.1 Tipo de estudio y muestreo

Se realizaron 33 entrevistas a profundidad (169) a los diferentes actores del sistema: 5 profesionales de la salud, 17 trabajadores, 3 empresarios, 5 abogados y asesores de trabajadores y 3 aseguradores.

Tabla 4-2. Características de los entrevistados en la Fase 2 Percepción de actores

<b>Actores entrevistados (33)</b>				
<b>Grupo 1 Profesionales de la Salud (5)</b>	<b>Grupo 2 Usuarios (17)</b>	<b>Grupo 3 Representantes de empresas (3)</b>	<b>Grupo 4 Sector Laboral (5)</b>	<b>Grupo 5 Sector Asegurador (3)</b>
Médicos fisiatras	Usuarios reintegrados	Abogado	Abogados que representan trabajadores	Médicos Fisiatras
Fisioterapeutas	Usuarios vinculados NO reintegrados	Ingeniero	Abogados que representan trabajadores y empresas	Terapeutas Ocupacionales
Terapeutas Ocupacionales	Usuarios Desvinculados	Terapeuta Ocupacional	Sindicalistas	
Psicólogos				

#### Grupo 1 Profesionales de la Salud

Se realizó invitación a participar a médicos laborales, psicólogas y terapeutas ocupacionales que tenían experiencia en atención de trabajadores que han sufrido accidente de trabajo y enfermedad laboral tanto en empresas promotoras de salud como en administradoras de riesgos, con cobertura a nivel nacional. Se incluyeron los participantes que se constituían en informantes clave, dada su larga trayectoria, gran experiencia y reconocimiento dentro del sistema de riesgos laborales.

En total se entrevistaron 1 médico fisiatra, 2 médicos laborales, 1 terapeuta ocupacional y 1 psicóloga

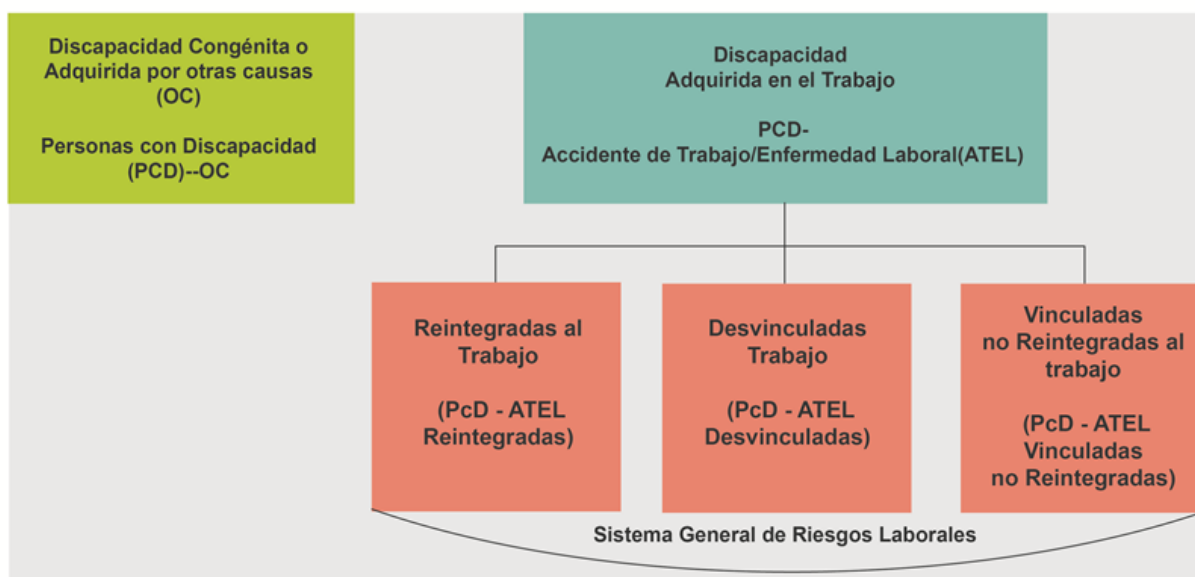
#### Grupo 2 Usuarios

Los trabajadores entrevistados fueron personas que asistieron a la Junta Nacional para resolver algún tipo de controversia sobre la calificación de pérdida de capacidad laboral por accidente de trabajo o enfermedad laboral, en el periodo de febrero a Mayo de 2015.

Se informó por los asistentes administrativos y miembros de la junta diferentes a la investigadora, sobre la existencia de la investigación y se entrevistó a los trabajadores que informaron tener interés en participar en el estudio.

En el caso de los trabajadores: La población sujeto del estudio contempló usuarios afiliados al Sistema de Riesgos Laborales que habían reportado accidente de trabajo y enfermedad laboral, a los cuales se les había calificado pérdida de Capacidad Laboral – PCL para determinar el monto de la indemnización por Incapacidad Permanente Parcial - IPP (PcD-ATEL Reintegrado; PcD-ATEL- Desvinculado; PcD-ATEL- Vinculado no Reintegrado).

Figura 11-2. Características de la población de trabajadores entrevistados



### Grupo 3 Representantes de Empresas

Se realizó invitación a participar en LinkedIn (Red social de profesionales). De los profesionales que aceptaron se entrevistaron a tres líderes del área de recursos humanos de empresas: una de gran empresa, dos de mediana empresa.



#### Grupo 4 Sector Laboral

Se contactó a líderes sindicales pertenecientes a diferentes ciudades del país, los cuales fueron referidos por investigadores del Doctorado de Salud Pública de la Universidad Nacional, que tenían dichos contactos. Dos de ellos fueron entrevistados.

Se entrevistaron 3 abogados laborales: uno con perfil empresarial, uno que representa trabajadores y uno que representa tanto intereses de empresas como de trabajadores, lo cuales fueron referidos por investigadores del Departamento de Derecho Laboral de las Universidad Javeriana y el Doctorado de Salud Pública de la Universidad Nacional.

#### Grupo 5 Sector Asegurador

Se invitó a participar a Directores de Medicina Laboral y Gerentes de Salud o Líderes de los procesos de rehabilitación de las aseguradoras de riesgos laborales que operan en el país en la actualidad. Se entrevistó a 2 médicos y una terapeuta ocupacional.

### **2.2.2. Procedimientos para realización de entrevistas y aspectos éticos**

Se aplicaron las mismas preguntas de la entrevista a profundidad a los diferentes grupos de actores involucrados con la problemática, utilizando los formatos referidos en el Anexo 1; con el fin de poder encontrar convergencias y divergencias entre las percepciones sobre el proceso de atención y rehabilitación brindado por las administradoras de riesgos laborales, tendientes a lograr la reincorporación de los trabajadores

Para el caso de esta investigación se contó un mismo formato de consentimiento informado para los diferentes actores (Ver Anexo 2), especificando que para mayor confidencialidad se cambiarían los nombres, y se contó con dos copias de formato para ser firmadas por el investigador encargado de realizar la entrevista a profundidad y el entrevistado; una copia se entregó al participante y la otra se guardó dentro de la documentación de la investigación. Todas las entrevistas fueron voluntarias y sin ningún tipo de retribución económica.

Las entrevistas a profundidad realizadas a los diferentes actores convocados se hicieron de manera presencial, en espacios concertados entre el entrevistado y el entrevistador, los cuales permitieron cumplir con requerimientos de privacidad “uno a uno”, de manera que pudieran ser grabados el audio y/o el video con una buena calidad de sonido que posteriormente facilitara la transcripción del contenido por parte de los investigadores. Sin embargo para poder contar con participación de distintos actores de todo el territorio colombiano, se contó con el recurso de entrevista a profundidad vía internet en 2 casos.

Como punto de partida se realizaron pruebas piloto en donde se evaluó la duración, el lenguaje utilizado, las preguntas realizadas y la dinámica en general. Las pruebas se realizaron con un representante de los profesionales y otra con un representante de los usuarios. Los resultados de dichas comprobaciones permitieron hacer ajustes para continuar con la fase de realización de entrevistas a profundidad con todos los actores contemplados dentro del plan trazado previamente. Al inicio de las entrevistas se explicó el objetivo de la investigación. La duración de cada entrevista fue en promedio de 1 hora para cada participante.

Dado que la investigadora principal es miembro activa de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, solo participaron pacientes de salas de decisión diferentes a la de la investigadora.

En el caso particular del grupo de usuarios, la locación para obtener la entrevista fue la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. A este lugar asisten distintos usuarios con enfermedad laboral y/ accidente de trabajo provenientes de todos los lugares del país, lo cual permitió que la investigación contara con voces de todas las regiones.

Con el fin de evitar inconvenientes éticos, dado el rol laboral de la autora del estudio, se contó con un asistente investigación que tiene perfil de investigador con maestría en discapacidad, quien realizó la totalidad de las entrevistas a los usuarios (trabajadores). Fue entrenada por un periodo de 6 meses.

Un aspecto que se tuvo en cuenta para que los participantes lograran sentirse en confianza para expresar sus puntos de vista, es que el entrevistador fuera considerado en cierta medida como un “par”, por lo cual fue una mujer profesional con discapacidad la

que realizó el proceso, logrando una dinámica apta para que se diera un diálogo respetuoso en el que existiera un espacio para escuchar el sentir del protagonista.

Se realizó transcripción completa de las entrevistas por el asistente de investigación que apoyo el proceso de realización de entrevistas y quien estuvo al tanto de supervisar las transcripciones realizadas por el segundo asistente de investigación. La investigadora principal conoció de primera mano el contenido de los audios porque realizó las entrevistas que no correspondían a trabajadores y realizó procesos de escucha de los audios de las entrevistas a las cuales no asistió.

### **2.2.3. Análisis e interpretación de Datos**

#### **Análisis temático**

Se escogió este método de codificación ya que se pretendía presentar los elementos clave referenciados por los participantes, reportando sus experiencias, significados y concepciones que tenían referente al tema objeto de la investigación, para obtener una comprensión detallada de la problemática en cuestión (170,171). Se seleccionó un enfoque deductivo (teórico) dado que se tenía un marco conceptual sólido, que permitió examinar los temas horizontalmente a través de los datos, así como –

verticalmente para cada caso (170).

Inicialmente se escucharon las entrevistas, se realizó transcripción completa, relectura de notas y transcripciones.

Se realizó una primera fase de codificación, en la que se construyó una tabla de códigos (171) que incluyó el listado con los nombres de cada código su respectivo significado, y sus criterios de inclusión y exclusión. Se aprovechó la experiencia de más de 15 años de la investigadora principal como médica laboral en el sistema de riesgos laborales, con el fin de identificar los temas claves (Pre codificación).

Debido al gran volumen de información se utilizó el software Nvivo 7.0 para realizar la codificación. Se usaron pseudónimos para cada entrevista, y se hizo un ingreso de información al aplicativo teniendo en cuenta ordenar por cada uno de los cinco grupos entrevistados; en el caso de usuarios (trabajadores) se agrupo también por reintegrados,

desvinculados, vinculados no reintegrados. Posteriormente se asignaron apartes de las entrevistas a cada código o nodo padre e hijo (como es llamado en Nvivo).

En una segunda fase de codificación se revisaron nuevamente los temas escogidos, haciendo validación entre la investigadora principal y dos asistentes de investigación que apoyaron la codificación, mediante la discusión de temas, y revisión de códigos en los que pudiera existir algún tipo de inquietud; se adicionaron nuevos temas y códigos que aparecieron después del primer ciclo.

La codificación fue realizada para todas las entrevistas de manera sistemática por dos investigadores, creándose dos proyectos en el software Nvivo, que posteriormente se combinaron y se les aplicó un análisis de compatibilidad en la codificación que fue superior al 90% (172,173).

Se realizaron memos, en los que se incluyó el análisis de cada uno de los temas, clasificándolos en fortalezas y debilidades dentro de los procesos de atención y reincorporación laboral en el sistema de riesgos laborales y se construyeron gráficas con ayuda del software Nvivo y otras con construcción propia, para explicar las convergencias y divergencias entre las opiniones de cada uno de los actores y las interacciones entre cada uno de ellos, con el fin de responder a la pregunta de investigación, en cuanto a los ajustes conceptuales, jurídicos y procedimentales para lograr una relación balanceada entre la compensación económica y el retorno al trabajo.

### **2.3. Fase 3 Triangulación**

Como una forma de validación de los hallazgos, se desarrolló la triangulación de datos, a través de la cual se compararon y contrastaron los resultados obtenidos de la fase documental (que incluyó tanto el análisis cuantitativo de los datos demográficos de pacientes de la Junta Nacional que contaban con calificación de pérdida de capacidad laboral de origen profesional, como los datos cualitativos en los que se establecieron las características de las leyes en cuanto a los modelos de reintegro laboral predominante, los actores involucrados en los procesos de atención y rehabilitación y el tipo de interacción, comunicación y trabajo colaborativo, deberes y derechos enunciados en las leyes) con los resultados de la fase dos de percepción de actores, (en la que se tuvo en cuenta no solo la percepción de los trabajadores (PcD-ATEL Reintegrado; PcD-ATEL-

Desvinculado; PcD-ATEL- Vinculado no Reintegrado) sobre los procesos de rehabilitación y reintegro sino que se comparó con los hallazgos obtenidos con los profesionales de la salud. En los temas de justicia procesal y distributiva, se compararon los cinco grupos: profesionales de la salud, usuarios, representantes de empresa, sector laboral y sector asegurador).

El análisis incluyó fortalezas y debilidades en el proceso de rehabilitación y reintegro en el sistema de riesgos laborales, así como también divergencias y convergencias entre cada grupo. Para validar la evidencia, se analizaron los resultados a partir de varias fuentes y varios individuos y se realizaron discusiones de los hallazgos con el grupo de investigación y la tutora del proyecto (174). Finalmente se hizo discusión de los hallazgos con los lentes del marco teórico.

## **2.4. Fase 4 Recomendaciones**

En esta fase se realizaron las conclusiones y recomendaciones para hacer ajustes estructurales, conceptuales, jurídicos, y procedimentales al sistema de riesgos laborales, para favorecer el reintegro o permanencia en el trabajo de personas que sufren accidente de trabajo o enfermedad laboral, incluyendo discusiones sobre la compensación económica, que servirán para futuras investigaciones y construcción de políticas por los tomadores de decisiones

# Resultados

## 1.2 Un acercamiento a la realidad desde lo cuantitativo

Como se comentó anteriormente el objetivo de esta fase era describir de manera indirecta cuáles eran las características sociodemográficas de los pacientes que pudiesen tener discapacidad para trabajar en el sistema de riesgos laborales, es decir personas que después de sufrir un accidente de trabajo o enfermedad laboral, no retornarán o mantuvieron su trabajo.

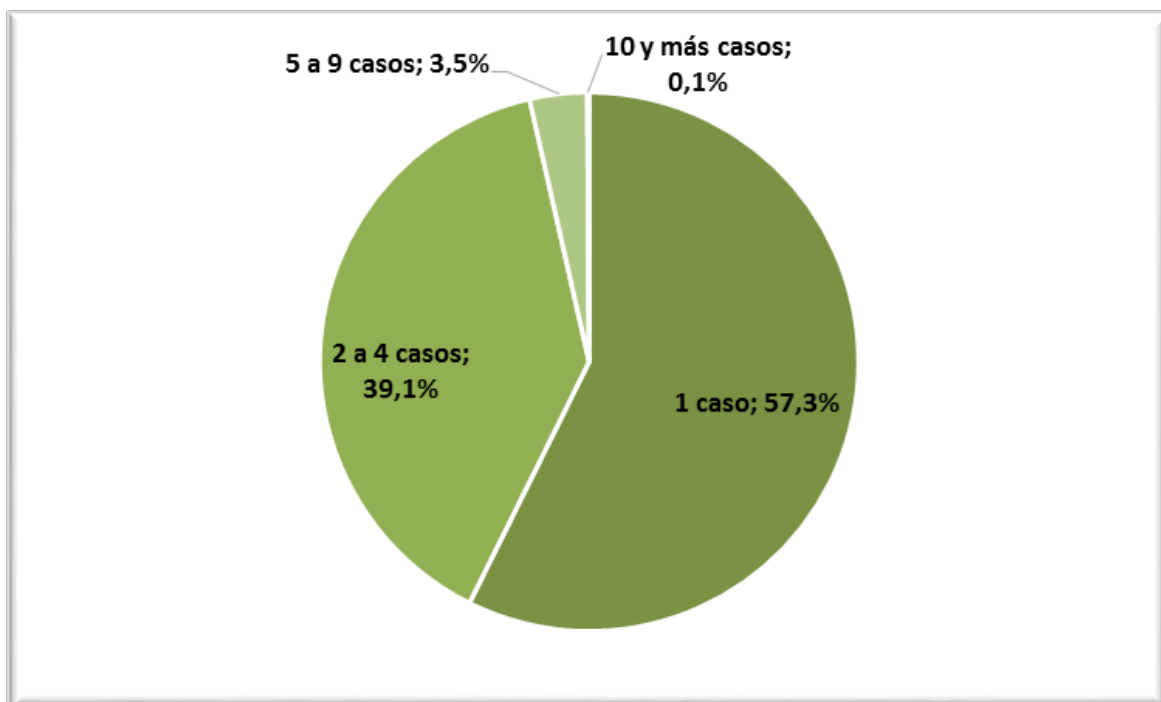
La medida es indirecta porque las personas a las que la Junta Nacional de Calificación de Invalidez califica la pérdida de capacidad laboral, pueden tener una de las tres condiciones: (PcD-ATEL Reintegrado; PcD-ATEL- Desvinculado; PcD-ATEL- Vinculado no Reintegrado), y como en el aplicativo diamante suministrado por el Ministerio del Trabajo, no se contempló en su diseño la posibilidad de recolectar información sobre el tipo de reintegro, no se podía hacer análisis estadísticos de cada población; Sin embargo se consideró que era una herramienta útil en la investigación, dado que aportaba una visión general de las personas con contingencias laborales que estaban en busca de probar que existía un porcentaje determinado de pérdida de capacidad laboral que les daba acceso a una compensación económica (indemnización).

### 1.2.1 Población reclamante

Del año 2.007 al 2.014 la Junta Nacional de Calificación de Invalidez recibió 78.920 reclamaciones, correspondientes a 44.954 personas a nivel nacional. De estos reclamantes, más de la mitad (57,3 %) presentaron un único caso. Esto quiere decir que el 43% de las personas acudió a la Junta Nacional en más de una ocasión.

Estos hallazgos se explican porque un trabajador puede acudir en una primera ocasión a que se defina el origen de la condición de salud, y en una segunda calificación se determina la pérdida de capacidad laboral; pero también es una medida indirecta que hay una población de trabajadores que busca revisión (recalificación) de la pérdida de capacidad laboral probablemente porque existe no solo deterioro clínico, sino imposibilidad de retornar al trabajo.

Figura 12-3. Distribución de número de casos por reclamante ante la JNC, 2007 a 2014.

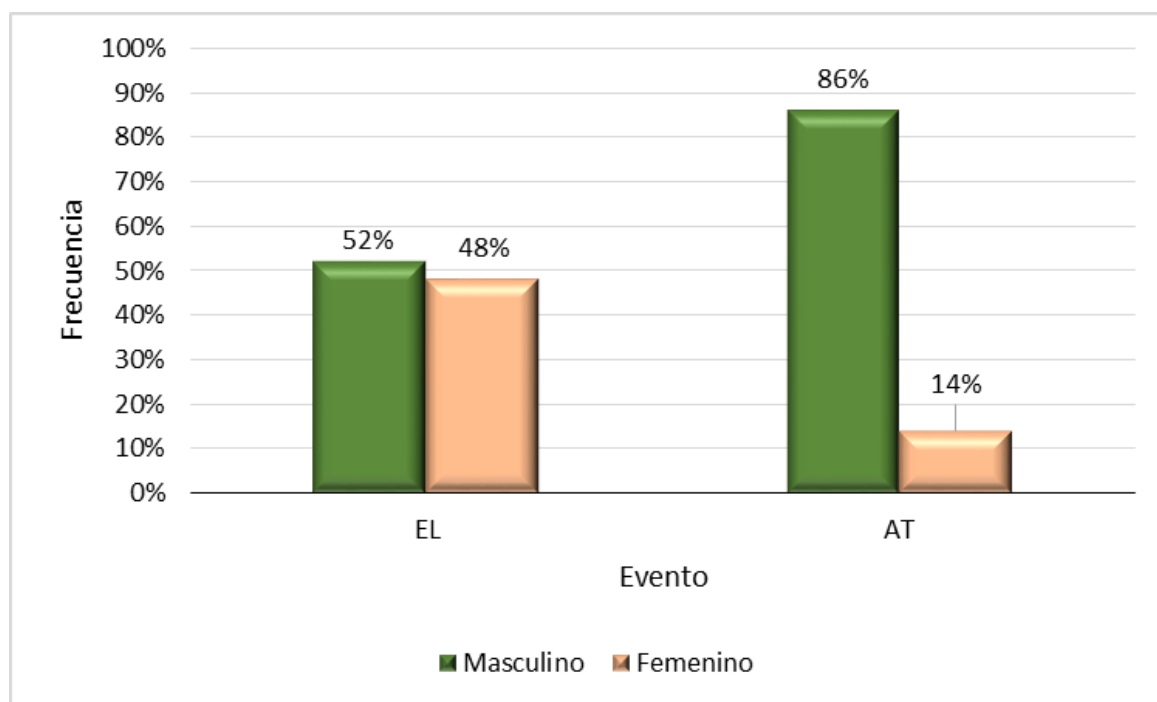


### 1.2.2 ¿Cuáles son las características de los casos laborales calificados por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez?

En el periodo de 2007 a 2014, de los trámites remitidos a la JNC, 22.655 casos con evento laboral (accidente de trabajo o enfermedad laboral), correspondientes a 13.890 personas fueron calificados con una pérdida de capacidad laboral mayor al 5% y menor al 49.9% incapacidad permanente parcial (IPP). Los perfiles que se describen a continuación hacen referencia a las personas, no a los casos.

En los casos de accidente de trabajo, 86% de los reclamantes fueron hombres, mientras que en las enfermedades laborales el mayor porcentaje corresponde a las mujeres (52 %) aunque en este caso la brecha entre los sexos es menor. Este hallazgo corrobora lo planteado por otros estudios según los cuales existe una mayor tasa de enfermedad laboral en el sexo femenino asociada con las actividades económicas en las que hay movimientos repetitivos, principalmente desempeñadas por mujeres (175).

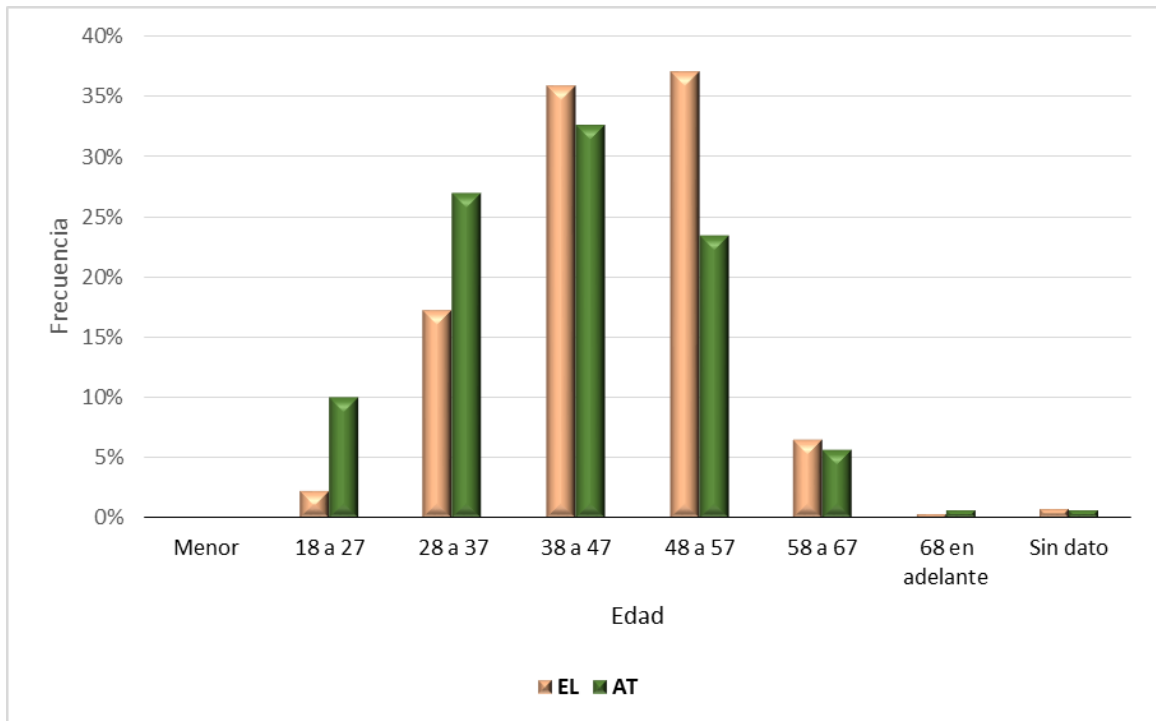
Figura 13-3. Distribución de eventos laborales según género del reclamante. JNC, 2007 a 2014.



Por grupo de edad, la proporción de accidentes es mayor a la de enfermedades en las personas de 18 a 37 años, mientras que las enfermedades superan a los accidentes en el colectivo de 38 a 57.



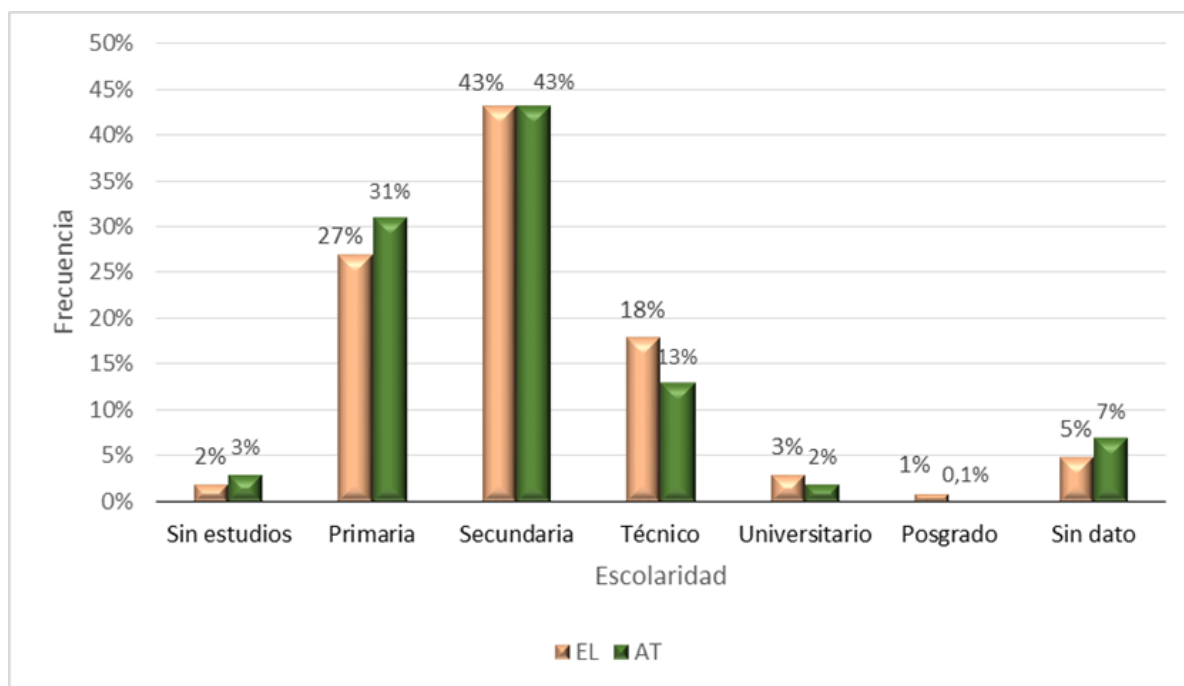
Figura 14-3. Distribución de eventos laborales según edad del reclamante. JNC, 2007 a 2014.



En los reclamantes con enfermedad laboral (EL) se observan mayores proporciones en niveles educativos superiores (técnicos, universitarios y posgrado) que en los que reclaman accidentes de trabajo.

Lo anterior orienta a que el modelo de rehabilitación integral que tiene previsto el plan nacional de seguridad y salud en el trabajo, tiene que tener un enfoque diferencial no solo en cuanto a factores de riesgo y condiciones de salud, sino también respecto a las opciones brindadas para la consecución de un nuevo empleo o la posibilidad de contar con orientación ocupacional, en los casos en los que no es factible que el trabajador continúe en la misma empresa en la que ocurrió el accidente o la enfermedad.

Figura 15-3. Distribución de casos de eventos laborales según nivel educativo del reclamante. JNC, 2007 a 2014.



Para las variables de tipo de cargo y clase de empresa, se grafican únicamente los grupos con más altas frecuencias.

Según la labor desempeñada, los cargos de ocupaciones elementales (G-9) presentan el mayor porcentaje de casos, siendo las proporciones de reclamantes por AT y por EL similares (36 y 37% respectivamente). Se aprecian mayores porcentajes de reclamantes por accidente de trabajo (AT) que enfermedad laboral (EL) en los grupos 7 (operativos calificados), 8 (conductores y operarios de maquinaria) y 5 (comercio, protección y seguridad).

De otro lado, los grupos 4 y 2 (personal administrativo, profesional e intelectual) presentan mayores proporciones de reclamantes por enfermedad laboral (EL) que por accidente de trabajo (AT). En los demás grupos de ocupaciones, los reclamantes por ambos tipos de eventos son similares y muestran proporciones menores a 1%.

Figura 16-3. Distribución de casos de eventos laborales según tipo de cargo del reclamante. JNC, 2007 a 2014.

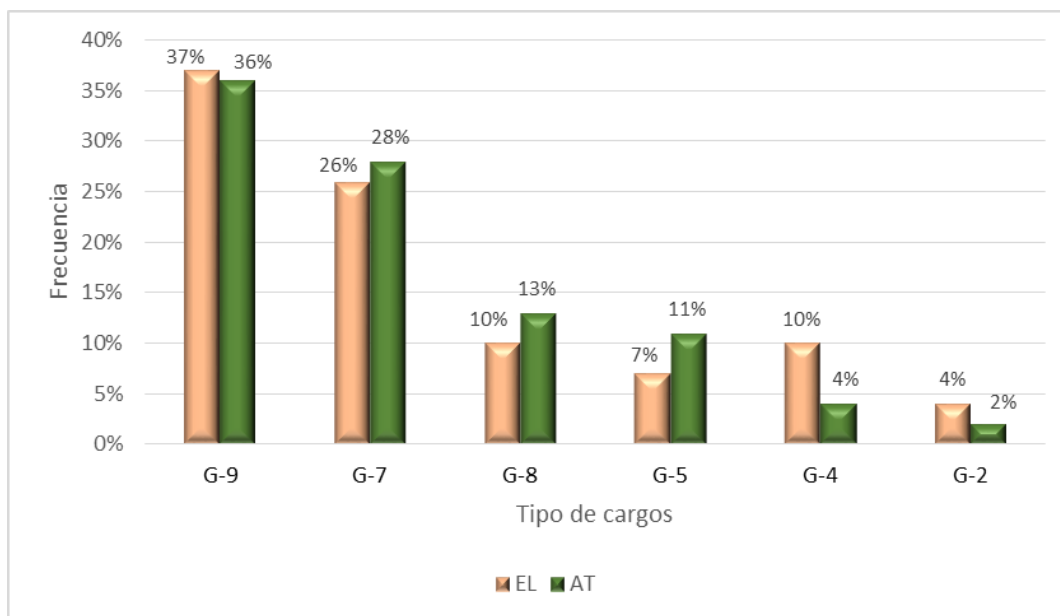


Tabla 5-3. Agrupación de cargos de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-08

- G-9** Ocupaciones elementales: limpiadores, peones (agrícolas, minería, construcción), ayudantes, recolectores de desechos, vendedores ambulantes y afines
- G-8** Operadores de maquinaria, ensambladores, conductores
- G-7** Oficiales y operarios de construcción y metalurgia, artes gráficas, electricidad, alimentos, confección
- G-6** Trabajadores agrícolas y forestales calificados
- G-5** Trabajadores de comercio, cuidados personales y protección y seguridad
- G-4** Personal de apoyo administrativo: oficinistas, analistas, trato directo con el público
- G-3** Profesionales y técnicos de nivel medio de la salud, financieros, jurídicos, comunicación y cultural
- G-2** Profesionales, científicos, intelectuales
- G-1** Personal directivo, administración pública, poder ejecutivo y legislativo,

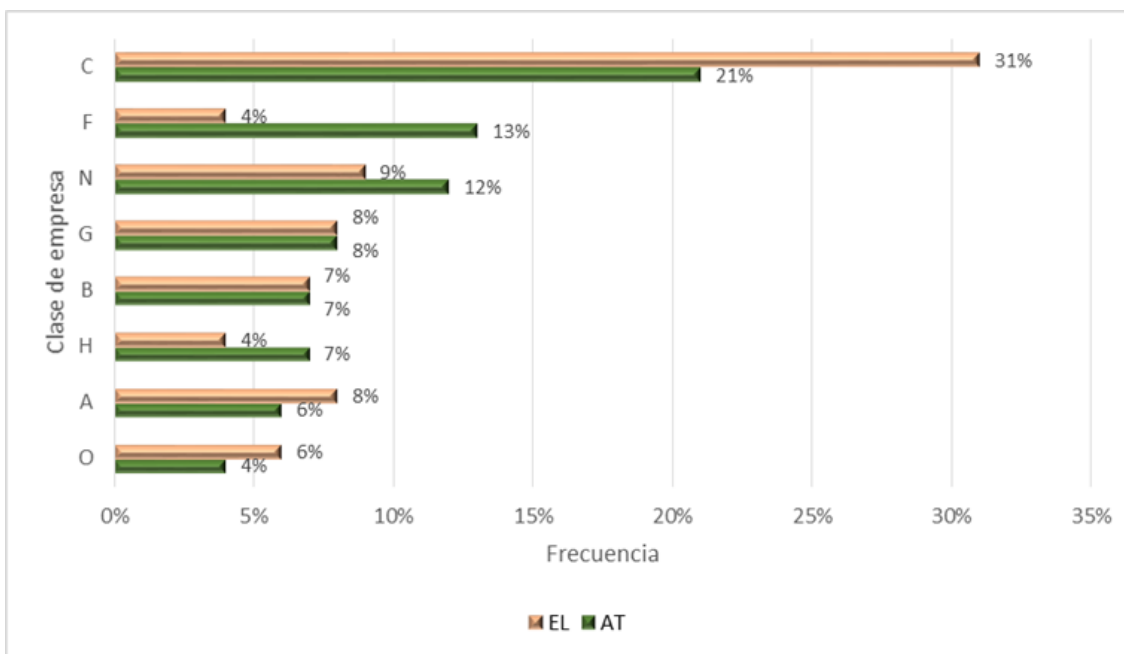
gerentes

### G-0 Oficiales, suboficiales y otros miembros de las fuerzas armadas

Respecto a la actividad económica desarrollada por la empresa, en las industrias manufactureras (C), las empresas de producción agrícola (A) y las entidades de administración pública y defensa (O), la proporción de reclamantes por EL, fue mayor que por AT.

Por otra parte, en las empresas de construcción (F), transporte y almacenamiento (H) y suministro de personal de apoyo (N), la proporción de reclamaciones por AT superó la de EL. En las empresas dedicadas al comercio y/o reparación de vehículos (G) y en las compañías de explotación minera, petroleras y canteras, las proporciones de reclamo por AT y EL son iguales.

Figura 17-3. Distribución de casos de eventos laborales según actividad económica de empresa. JNC, 2007 a 2014.



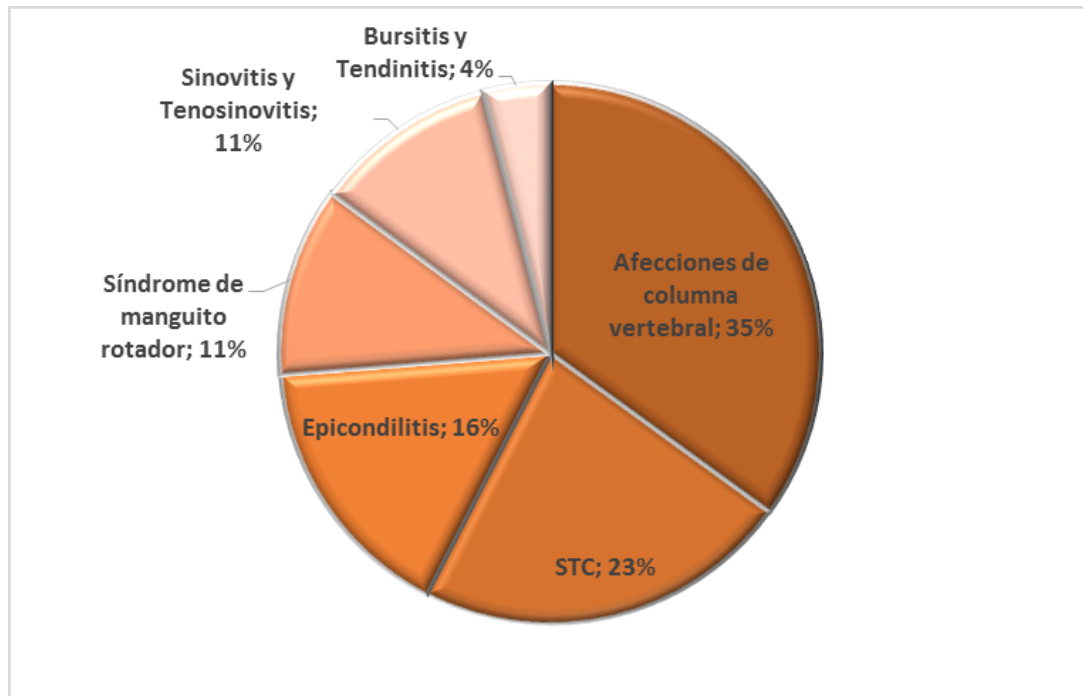
Convenciones: A: Empresas de producción agrícola; B: Compañías de explotación minera, petroleras y canteras; C: Industrias manufactureras; F: Empresas de construcción; G: Empresas dedicadas al comercio

y/o reparación de vehículos; H: Empresas de transporte y almacenamiento; N: Empresas de suministro de personal de apoyo; O: Entidades de administración pública y defensa

En las enfermedades laborales (EL), 90% de los casos corresponde a la categoría CIE-10 de enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, siendo representativas como diagnóstico general las afecciones de columna vertebral y dentro de éstas, la afectación a nivel lumbar (93%). Estadísticas que muestran los mismos patrones reportados por las aseguradoras de riesgos laborales en la segunda encuesta de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema de riesgos laborales para el periodo 2009-2012 (176).

Estos hallazgos orientan respecto a qué factores deben intervenir prioritariamente en las acciones de promoción de la seguridad y salud y prevención de los riesgos laborales que está contemplado en el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo ( 2013-2021) (25,26).

Figura 18-3. Distribución de casos de enfermedad laboral del sistema osteomuscular. JNC, 2007 a 2014.



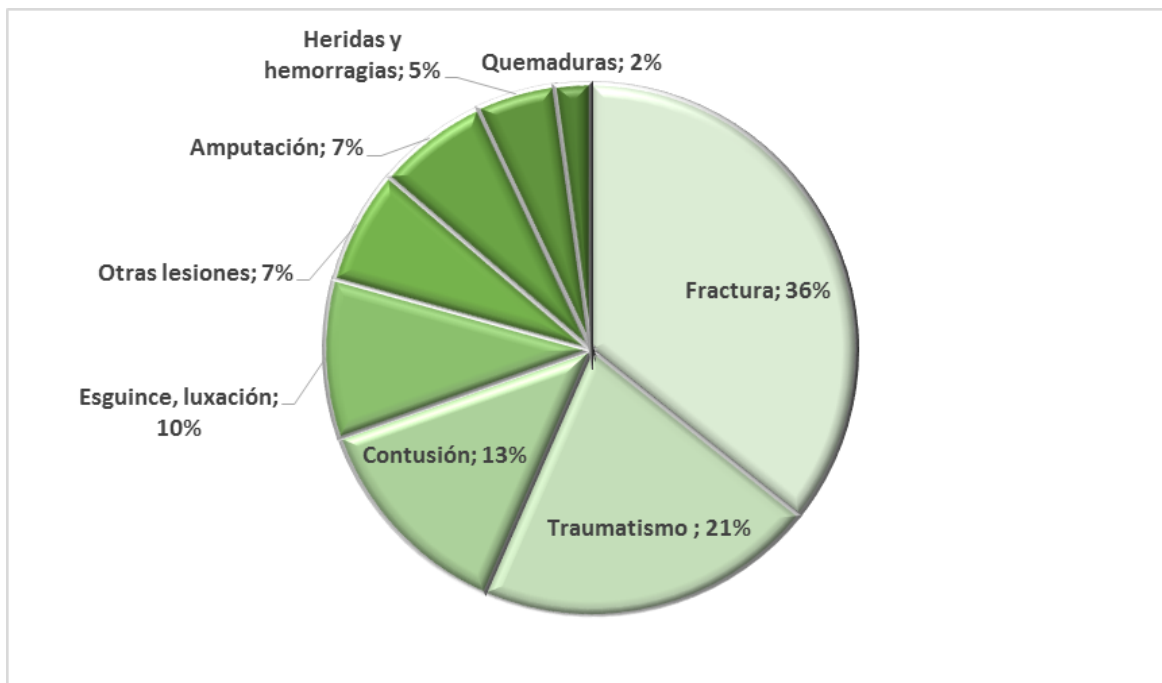
Otras categorías del CIE-10 que ocuparon el restante 10% de diagnósticos se referían a los trastornos mentales y del comportamiento (4%), donde se destacan los trastornos y episodios depresivos, en 47% de los reclamantes con esta categoría y los trastornos mixtos de ansiedad y depresión, en 26% de los casos. Esto es congruente con el aumento a nivel mundial de enfermedad mental, y que ha sido una de las preocupaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (177), lo que ha incentivado la investigación referente a cuáles deberían ser las estrategias para lograr mejorar el funcionamiento laboral de estos trabajadores, permitiendo retornar al trabajo o mantener su productividad y bienestar (178).

Colombia es uno de los países líderes en Iberoamérica en la prevención de enfermedad por riesgo psicosocial laboral, en parte esto ha motivado el aumento en el número de casos de enfermedad mental en el sistema de riesgos, debido a que ahora se cuenta con mayor conocimiento por parte de los actores, propiciando el reporte.

Las enfermedades del oído y la apófisis mastoides, figuran también con 4% de reclamantes, con hipoacusia de diferente clasificación en 90% de ellos. Las enfermedades del sistema respiratorio, aparecen como categoría CIE-10 en 2% de los casos de EL reclamados. Con porcentajes inferiores a 1% se reportan casos de enfermedades del sistema nervioso, del ojo y sus anexos, de la piel y neoplasias, entre otros. Aquí es importante aclarar que a pesar de los esfuerzos del Ministerio del Trabajo en asociación con el Instituto Nacional de Cancerología en actualizar el plan de prevención para cáncer ocupacional, aún existe subregistro y falta de capacitación en los profesionales de salud encargados de la calificación de origen en las entidades de seguridad social.

Revisando ahora los eventos de reclamación de accidente de trabajo remitidos, 86% de los casos presentan como categoría CIE-10 las lesiones, heridas, intoxicaciones y otros factores externos, siendo la lesión de mayor proporción, la fractura (36%).

Figura 19-3. Distribución de casos de lesiones por accidente de trabajo. JNC, 2007 a 2014.



Las alteraciones osteomusculares fueron catalogadas como diagnóstico del AT en 7% de los casos reclamados y en porcentajes menores a 3 y 2%, aparecen las alteraciones nerviosas y afecciones del ojo y sus anexos.

De acuerdo con los casos laborales recibidos en la JNC y los registros de Fasecolda (promedio de afiliados de los años 2.007 a 2.014), se presenta la proporción de eventos en la siguiente tabla.

Tabla 6. Proporción de casos de la JNC con relación a los casos registrados por Fasecolda, 2007 a 2014.

Evento	No. casos en Fasecolda	No. casos en JNC	Proporción
Enfermedad laboral	61.220	20.773	34%
Accidente de trabajo	4.033.189	20.935	1%

Evento	No. casos en Fasecolda	No. casos en JNC	Proporción
IPP	77.476	22.660	29%
Invalidez	2.919	1.422	49%
Muerte	4.645	155	3%

Llama la atención que sólo 1% de los casos de accidente de trabajo llegan a la JNC, mientras una de cada tres enfermedades laborales lo hacen. Esto se explica porque al ser el accidente de trabajo un evento súbito en el que es más fácil definir si cumple o no los criterios legales para ser calificado como tal, existe menos controversia; en cambio la enfermedad laboral, por su fisiopatología generalmente toma varios años en producirse y crea la necesidad de aclarar factores extralaborales asociados a la génesis, genera que haya mayor divergencia entre los conceptos de las empresas promotoras de salud y las administradoras de riesgos laborales, teniendo que acudir a las juntas de calificación, para determinar en última instancia el origen.

### **1.2.3 Características sociodemográficas de los casos laborales calificados con incapacidad permanente parcial por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez 2007 en 2014**

Finalmente se caracterizó al grupo de trabajadores a quienes la Junta Nacional de Calificación de Invalidez les otorgó una pérdida de capacidad laboral entre el 5 y 49.9 % (Incapacidad Permanente parcial-IPP), que se consideró es el grupo objeto del presente estudio, como se explicó en la metodología.

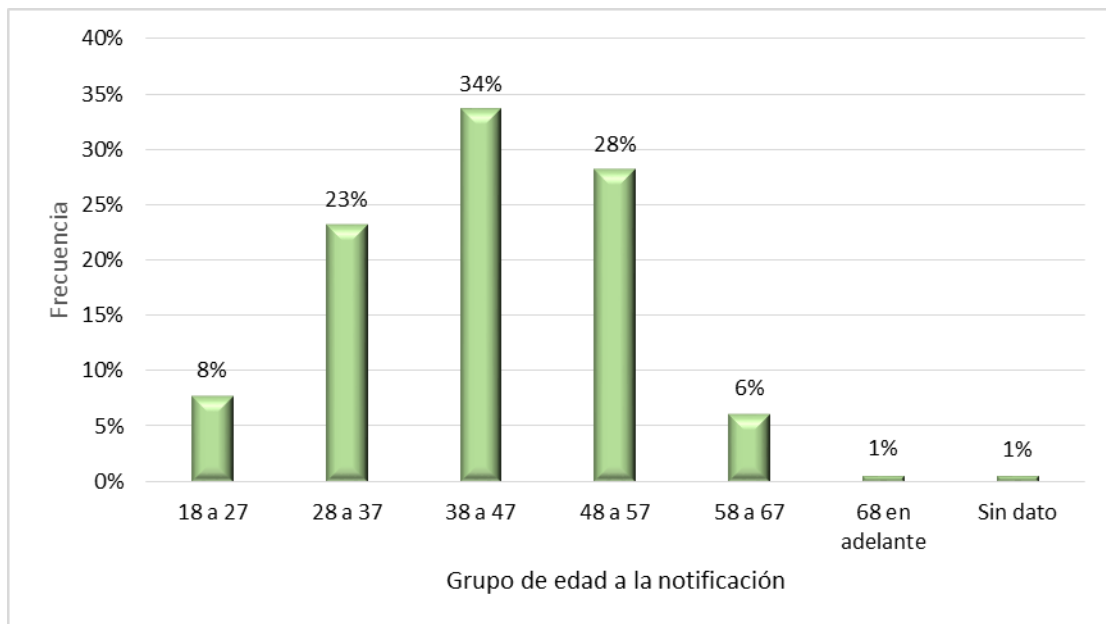
La segunda encuesta de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema de riesgos laborales para el periodo 2009-2012, no indagó sobre este aspecto, por lo cual esta información aportó al conocimiento de la población en mayor riesgo de presentar discapacidad para trabajar en el sistema de riesgos laborales (176).



**Perfil sociodemográfico:** 77% de las personas calificadas con IPP, correspondieron al género masculino.

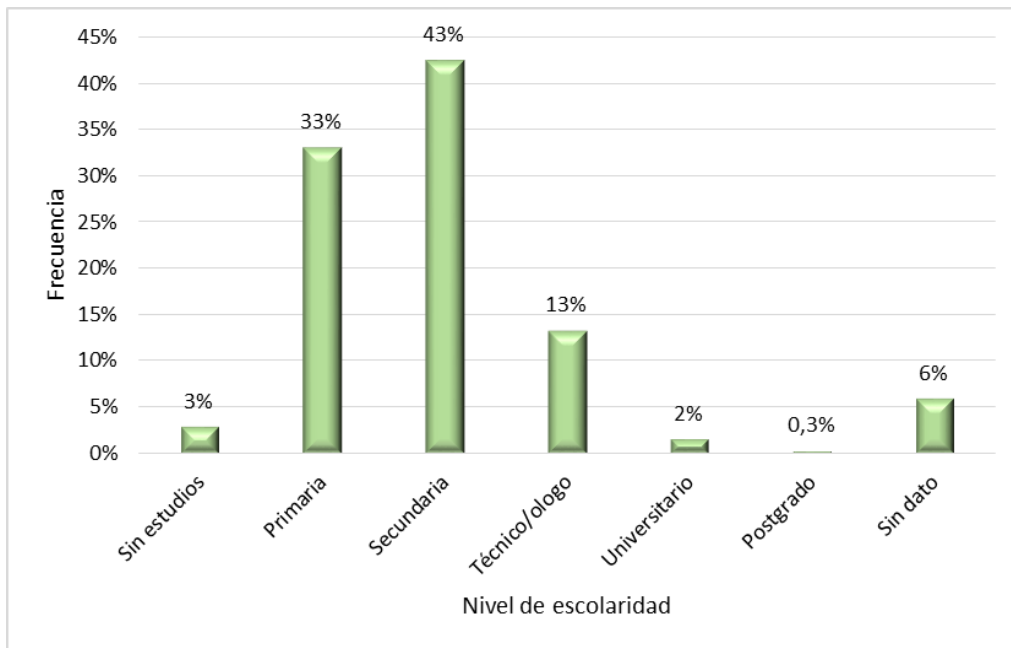
Por grupo de edad de notificación, las personas entre los 28 y los 57 años, representan 85% de los calificados con algún porcentaje de IPP por enfermedad laboral o accidente de trabajo.

Figura 20. Distribución de personas con IPP según edad al momento de la notificación. JNC, 2007 a 2014



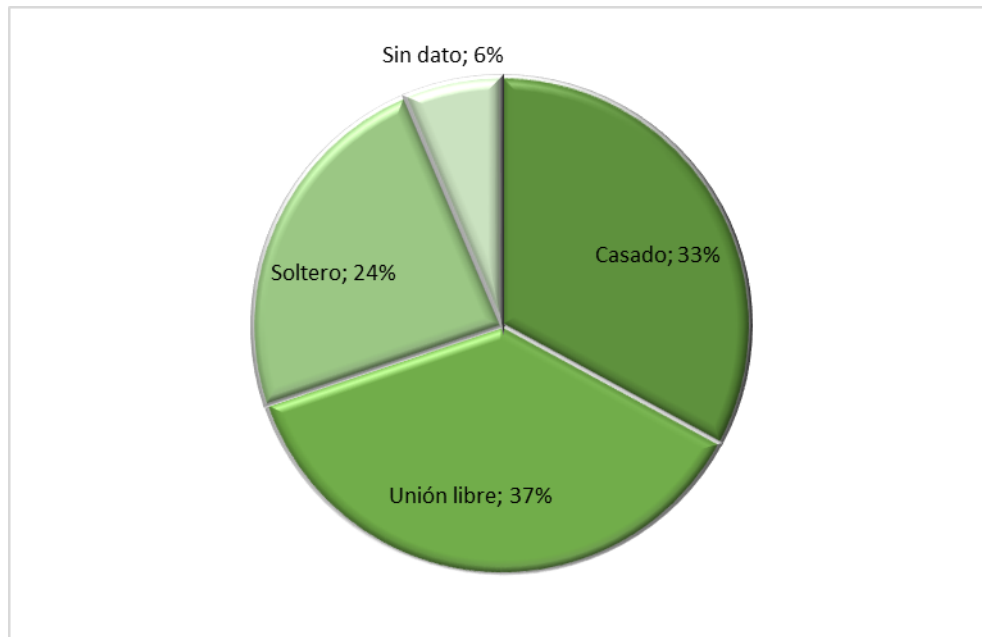
El porcentaje más alto de nivel educativo, corresponde al de secundaria, reportado por 43% de las personas que sufrieron evento laboral, y fueron calificadas con IPP, mientras el más bajo lo ocupa el de estudios de posgrado (0,3%).

Figura 21-3. Distribución de personas con IPP según nivel de escolaridad del reclamante. JNC, 2007 a 2014.



En dos de cada tres casos el reclamante calificado con IPP, vive en pareja, bien sea casado o en unión libre. Como se ha comentado anteriormente los factores personales incluida la familia, juegan un papel importante en la posibilidad de tener procesos de reincorporación exitosos, por lo que los lineamientos y programas de rehabilitación deben incluir el ámbito familiar, con el concurso de varios sectores, no solo las administradoras de riesgos laborales.

Figura 22-3. Distribución de personas calificadas con IPP según estado civil del reclamante. JNC, 2007 a 2014.



**Perfil ocupacional:** Para efectos de analizar de manera más objetiva el perfil ocupacional de quienes presentaron contingencia laboral (ATEL) y fueron calificados con IPP, se tomó como referencia la agrupación de cargos de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-08 y la Resolución 000139 de la DIAN, que adapta la Clasificación de Actividades Económicas CIIU.

En cerca de 4% de los calificados con IPP, no se identifica la ocupación del reclamante, bien sea por carecer del dato o por tratarse de una diligencia por sustitución pensional, pensionado o estudiante. Este hallazgo se explica por la ausencia de un sistema de información estandarizado.

En el resto de casos, los reclamantes calificados con IPP se distribuyeron en los siguientes cargos:

Figura 23-3. Distribución de personas con IPP según tipo de ocupación o cargo del reclamante. JNC, 2007 a 2014.

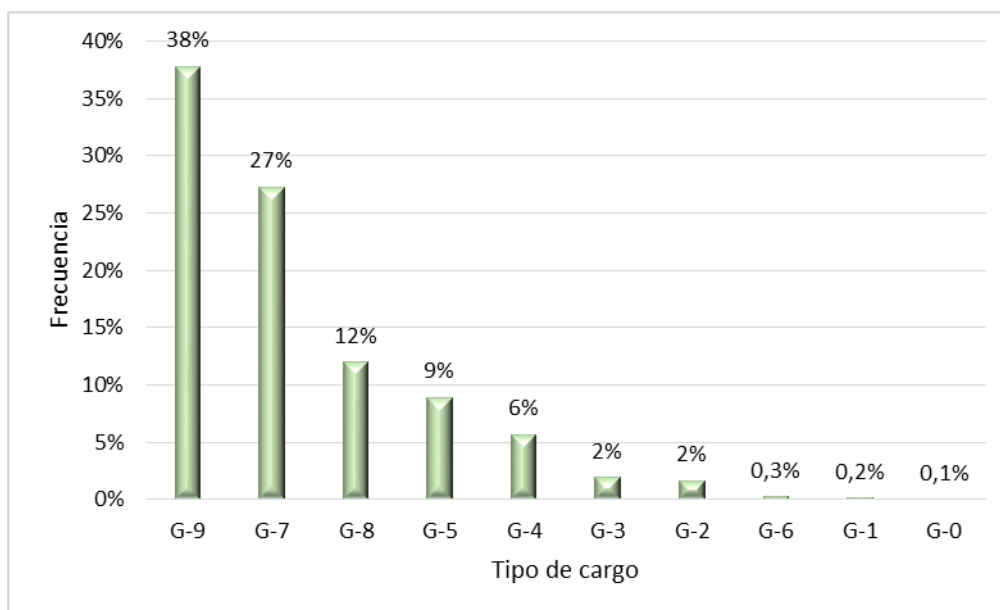


Tabla 7-3. Agrupación de cargos de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-08

- G-9** Ocupaciones elementales: limpiadores, peones (agrícolas, minería, construcción), ayudantes, recolectores de desechos, vendedores ambulantes y afines
- G-8** Operadores de maquinaria, ensambladores, conductores
- G-7** Oficiales y operarios de construcción y metalurgia, artes gráficas, electricidad, alimentos, confección
- G-6** Trabajadores agrícolas y forestales calificados
- G-5** Trabajadores de comercio, cuidados personales y protección y seguridad
- G-4** Personal de apoyo administrativo: oficinistas, analistas, trato directo con el público
- G-3** Profesionales y técnicos de nivel medio de la salud, financieros, jurídicos, comunicación y cultural
- G-2** Profesionales, científicos, intelectuales

- G-1** Personal directivo, administración pública, poder ejecutivo y legislativo, gerentes
- G-0** Oficiales, suboficiales y otros miembros de las fuerzas armadas

Tres cuartas partes de los casos registrados (77%) corresponden a personas que desempeñan labores no calificadas en la construcción, la minería, la agricultura, el transporte, la fabricación de productos, oficios de limpieza y recolección de desechos. Este hallazgo genera muchos interrogantes: ¿será que existe una inequidad en los procesos de rehabilitación brindados por las administradoras de riesgos laborales, en los que se brindan mejores servicios de rehabilitación a trabajadores de empresas con mayor cotización?; ¿será que por el tipo de labor desarrollada y la baja tecnificación existe mayor severidad de los accidentes en este tipo de empresas, lo que conlleva a mayor posibilidad de presenta incapacidad permanente parcial? ¿será que a pesar de que se presten adecuados servicios de rehabilitación funcional, hay debilidad en los procesos de reintegro o acomodación laboral en empresas con labores no calificadas?

Los más bajos valores corresponden a los grupos de cargos militares (G0), oficios agrícolas calificados (G6) y personal que ocupa cargos directivos y gerenciales (G1).

Figura 24-3. Distribución de calificados con IPP según actividad económica de la empresa a la que pertenece el reclamante. JNC, 2007 a 2014.

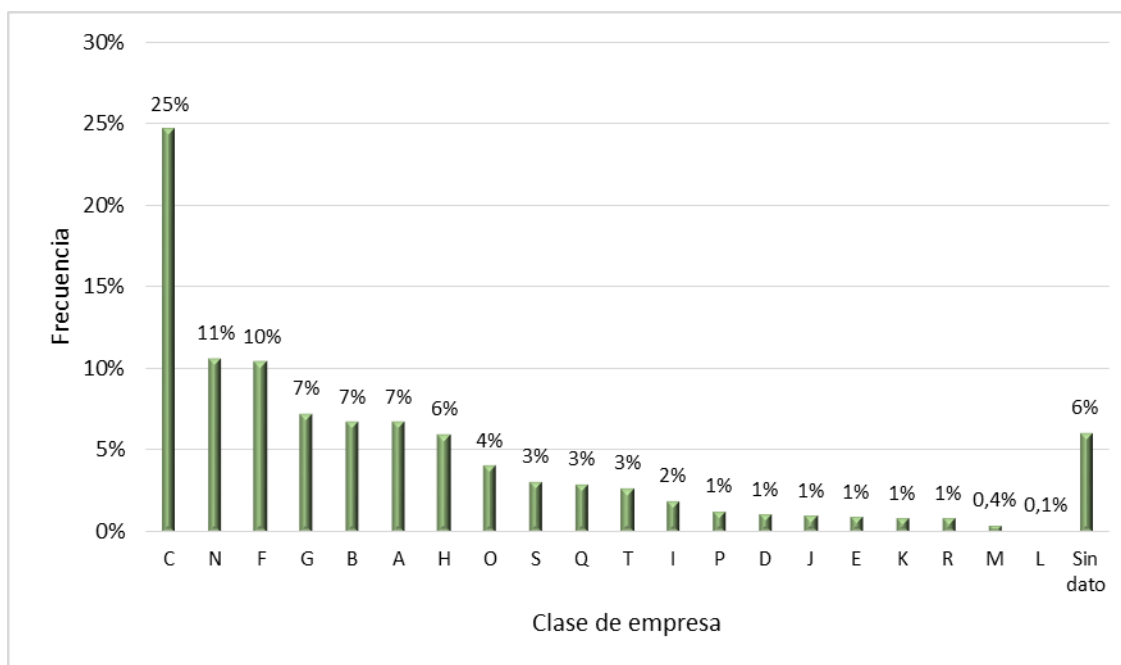


Tabla 8-3 Actividades económicas

<b>A:</b> Agricultura, ganadería, caza, silvicultura	<b>H:</b> Transporte y almacenamiento	<b>O:</b> Administración pública y defensa
<b>B:</b> Explotación de minas, canteras y petróleo	<b>I:</b> Servicios de alojamiento y comida	<b>P:</b> Educación
<b>C:</b> Industrias manufactureras	<b>J:</b> Información y comunicaciones	<b>Q:</b> Atención de salud humana y asistencia social
<b>D:</b> Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	<b>K:</b> Actividades financieras y de seguros	<b>R:</b> Actividades artísticas, entretenimiento y recreación
<b>E:</b> Distribución de agua, gestión de desechos y saneamiento	<b>L:</b> Actividades inmobiliarias	<b>S:</b> Otras actividades de servicios
<b>F:</b> Construcción	<b>M:</b> Actividades profesionales, científicas y técnicas	<b>T:</b> Hogares individuales en calidad de empleadores
<b>G:</b> Comercio, reparación de	<b>N:</b> Servicios administrativos y	<b>U:</b> Organizaciones y

vehículos

de apoyo

entidades extraterritoriales

Uno de cada cuatro reclamantes calificados con IPP (25%), corresponde al sector manufacturero (C). Las empresas de suministro de personal de apoyo (N), del sector comercial y de reparación mecánica (G) y de construcción (F) ocupan los siguientes lugares por proporción de personas calificados con IPP. Por ser Colombia un país en donde el sector manufacturero tiene una alta proporción de pequeña y mediana empresa, es posible que estos sectores tengan mayor dificultad para cumplir las recomendaciones laborales tendientes a reincorporar al trabajador, por lo que se requiere que las administradoras de riesgos laborales realicen un mayor acompañamiento y seguimiento a los procesos de rehabilitación integral, en este tipo de empresas.

### 1.2.4 Un acercamiento a la realidad desde lo cuantitativo - Resumen de hallazgos

Hallazgos Estructurales	Hallazgos Conceptuales	Hallazgos Juridicos	Hallazgos procedimentales
División del sistema por causa del evento, lo que genera controversias en la cobertura brindada a los pacientes	<p>Calificación de pérdida de capacidad laboral basado en un modelo económico. Diferencias en cuanto a género en la distribución de EP y AT-</p> <p>El 85% de las personas con IPP tienen escolaridad igual o inferior a secundaria</p> <p>Preponderancia de patologías de sistema</p>	Menor controversia en calificación de origen de AT, dado que la aplicación de la definición legal es más fácil	Los pacientes asisten varias oportunidades a las juntas de calificación, indicaría deterioro clínico o reintegro fallido?

Hallazgos Estructurales	Hallazgos Conceptuales	Hallazgos Jurídicos	Hallazgos procedimentales
	<p>ostemuscular (90%)</p> <p>Aumento de enfermedad mental en enfermedad laboral</p> <p>En accidente de trabajo, las fracturas son el principal diagnóstico que causa IPP</p> <p>77% de los casos de IPP se encuentran en sectores con labores poco calificadas</p>		

### 1.3 . ¿Cómo está reflejada la prevención de la discapacidad para trabajar en las leyes del sistema de riesgos laborales?

En la fase documental cualitativa se analizaron los artículos de las leyes marco del sistema de riesgos laborales que se encuentran vigentes y determinan las reglas de prestación de servicios y compensaciones. Se tomaron como lentes el modelo de Loisel ajustado por Cuervo y los modelos de reintegro definido por Shultz. El análisis contempló tres aspectos: definir cuáles características de cada uno de los modelo de reintegro se encontraba reflejado en las normas, establecer si contemplaban la participación de los actores que se encuentran en el modelo, y por último analizar si se incluían algunos factores que la literatura ha reportado son importantes para lograr prevenir la



discapacidad para trabajar: comunicación, plan coordinado, roles informados, conocimiento de deberes, derechos e intervenciones tanto médicas como no médicas.

### 1.3.1 Reflejo de los modelos de reintegro al trabajo en las Leyes del Sistema de Riesgos Laborales colombiano

Los métodos mixtos permiten que los datos cualitativos, sean analizados y presentados con métodos cuantitativos, por lo cual se decidió establecer en qué porcentaje estaba contemplado cada aspecto, lo cual facilitaba la comprensión de la realidad y visualmente permitía tener un panorama más claro.

Figura 25-3. Modelos de retorno al trabajo reflejados en la Ley 776 de 2002 Fuente: Construcción propia

Ley 776 de 2002 Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.							
Artículo	Unidad de Análisis	Modelos de Retorno al Trabajo					
		Modelo Biomédico	Modelo Psicosocial	Modelo Forense	Modelo Económico	Modelo Ecológico	Modelo Psicosocial
1	1						
2	2						
3	3						
4	4						
6	5						
8	6						
<b>TOTAL</b>		<b>50 %</b>	<b>0 %</b>	<b>0 %</b>	<b>50 %</b>	<b>33,2 %</b>	<b>0 %</b>

Al analizar la Ley 776 de 2002, se encontró que los modelos predominantes son el biomédico y económico; lo que se explica primero que todo porque la seguridad social de

nuestro país, si bien no tiene un esquema de seguro puro, en su creación tomó conceptos del aseguramiento que aplicó a la protección social; en segundo lugar al dividir la cobertura de acuerdo a la causa de la enfermedad o del accidente, le imprimió una fuerte carga médica a los requisitos de acceso y exigibilidad. Este hallazgo explica los resultados cuantitativos estructurales, relacionados con las controversias solucionadas por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez.

Un hallazgo importante es que la Ley 776 de 2002 retomó aspectos del modelo ecológico en donde se hizo mandatorio que los empleadores hicieran los ajustes necesarios para garantizar el reintegro acorde a la capacidad laboral, lo que indica que se adoptó una visión enfocada más en el “enablement” (capacidad o habilidad de las personas que han sufrido un accidente o enfermedad) empezando a cambiar el modelo médico del “impairment”.

Figura 26-3. Modelos de retorno al trabajo reflejados en la Ley 1562 de 2012. Fuente: Construcción propia.

Ley 1562 de 2012 Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.							
Artículo	Unidad de Análisis	Modelos de Retorno al Trabajo					
		Modelo Biomédico	Modelo Psicosocial	Modelo Forense	Modelo Económico	Modelo Ecológico	Modelo Psicosocial
5	1						
	2						
29	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
11	8						
<b>TOTAL</b>		12,5 %	0 %	0 %	87,5 %	12,5 %	0 %

La Ley 1562 de 2012 en los aspectos prestacionales tuvo como objetivo principal definir las coberturas legales de accidente de trabajo y enfermedad laboral, y reglamentar los aspectos procedimentales en cuanto a pago de incapacidades temporales, para evitar los conflictos que se venían presentando entre las empresas promotoras de salud y administradoras de riesgos en cuanto a la definición desde que fecha eran recobrables las incapacidades temporales; lo que explica el hecho que predomine el modelo económico en esta ley.

Como hecho relevante se encuentra que haya definido expresamente que un 10% de la cotización debía ser utilizada para el diseño y asesoría en la implementación de áreas,

puestos de trabajo, maquinarias, equipos y herramientas para los procesos de reinserción laboral, lo que se catalogó como una característica de un modelo ecológico.

En cuanto al modelo biomédico, se encuentra que designó al Instituto Nacional de Salud como autoridad científico-técnica que ejercería la dirección, coordinación y ejecución de las políticas de investigación científica en salud laboral, dando preponderancia a aspectos epidemiológicos. Así mismo, definió que las líneas prioritarias de investigación en salud laboral se establecerían con la sociedad científica en medicina del trabajo.

Como se ha comentado anteriormente el tema de prevención de la discapacidad para trabajar requiere la participación de varios actores, no solo el sector salud, por lo cual se considera que la Ley que nos ocupa omitió comprometer a otros sectores.

### 1.3.2 Determinantes para el retorno al trabajo en la Leyes del Sistema de Riesgos Laborales

Figura 27-3. Determinantes para el retorno al trabajo reflejados en la Ley 776 de 2002.  
Fuente: Construcción propia.

Ley 776 de 2002 Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.							
Artículo	Unidad de Análisis	Determinantes para el retorno al trabajo					
		Personal de la Salud PS	Sitio de trabajo ST	Factores personales del trabajador FPT	Entidad Promotora de Salud EPS	Aseguradora de Riesgos Profesionales	Sistema Legislativo SL
1	1						
2	2						
3	3						
4	4						
6	5						
8	6						
<b>TOTAL</b>		<b>83,3 %</b>	<b>33,2 %</b>	<b>16,6 %</b>	<b>0 %</b>	<b>33,2 %</b>	<b>0 %</b>

Al analizar los actores que incluyó la Ley 776 de 2002, se encontró que en su gran mayoría asignó responsabilidades a los profesionales de la salud en los temas de rehabilitación y reincorporación laboral y en menor proporción a los empleadores y a las administradoras de riesgos laborales. Lo llamativo es que no mencionó las interacciones con las empresas promotoras de salud, ni contempló factores personales como el entorno familiar.

Figura 28-3. Determinantes para el retorno al trabajo reflejados en la Ley 1562 de 2012.  
Fuente : Construcción propia.

Ley 1562 de 2012 Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.							
Artículo	Unidad de Análisis	Determinantes para el retorno al trabajo					
		Personal de la Salud PS	Sitio de trabajo ST	Factores personales del trabajador FPT	Entidad Promotora de Salud EPS	Aseguradora de Riesgos Profesionales	Sistema Legislativo SL
5	1						
	2						
29	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
11	8						
<b>TOTAL</b>		100 %	75 %	25 %	25 %	87,5 %	12,5 %

La Ley 1562 de 2012 al estar estructurada pensando en implementar un sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo, enfatizó en incluir acciones para los profesionales de la salud, incluyó a las empresas dándoles mayores responsabilidades, y estipuló el deber de asesoría por parte de las administradoras de riesgos laborales. Sin embargo, omitió incluir actores legales o encargados de la vigilancia, en los programas de reincorporación laboral, para garantizar el cumplimiento de los mismos.

### 1.3.3 Premisas para el éxito del retorno al trabajo en las leyes de riesgos laborales

Figura 29-3. Premisas para el éxito reflejadas en la Ley 776 de 2002 Fuente: Construcción propia

Ley 776 de 2002 Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.								
Artículo	Unidad de Análisis	Premisas para el éxito del retorno al trabajo						
		Comunicación entre los Actores CA	Roles Informados RI	Plan Coordinado PC	Intervenciones Médicas IM	Intervenciones NO Médicas INM	Información Deberes de los Actores IDA	Información Derechos de los Actores IDA
1	1							
2	2							
3	3							
4	4							
6	5							
8	6							
<b>TOTAL</b>		<b>83,3 %</b>	<b>83,3 %</b>	<b>83,3 %</b>	<b>66,4 %</b>	<b>16,6 %</b>	<b>49,8 %</b>	<b>66,4 %</b>

Figura 30-3. Premisas para el éxito reflejadas en la Ley 1562 de 2012. Fuente: Construcción propia

Ley 1562 de 2012								
Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.								
Artículo	Unidad de Análisis	Premisas para el éxito del retorno al trabajo						
		Comunicación entre los Actores CA	Roles Informados RI	Plan Coordinado PC	Intervenciones Médicas IM	Intervenciones NO Médicas INM	Información Deberes de los Actores IDA	Información Derechos de los Actores IDA
5	1							
	2							
29	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
11	8							
<b>TOTAL</b>		<b>87,5 %</b>	<b>37,5 %</b>	<b>100 %</b>	<b>75 %</b>	<b>12,5 %</b>	<b>87,5 %</b>	<b>12,5 %</b>

Al analizar si las leyes incluyeron factores como comunicación, plan coordinado, roles informados, conocimiento de deberes, derechos e intervenciones tanto médicas como no médicas, se encontró que en ambas normas se contempló la comunicación entre los actores y el trabajo coordinado de manera importante, siendo más evidente en la Ley 1562 de 2012, dada su estructuración bajo sistemas de gestión.

Debido a que la Ley 1562 de 2012 aclaró las interacciones entre los actores en temas prestacionales, tiene una mayor porcentaje de información de deberes, que la Ley 776 de 2002.

La Ley 776 de 2002 reguló los aspectos técnicos respecto al tiempo límite en que es procedente el pago de incapacidad temporal, incluyendo como requisito los conceptos de



rehabilitación para iniciar el proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral. Se encontró que esta ley tiene definidas varias características relacionadas con intervenciones médicas (clínicas), sin embargo se encontró un mayor porcentaje en la Ley 1562 de 2012 debido a que es más explícita en cuanto a la financiación y los deberes de las administradoras de riesgos en relación con la rehabilitación integral y la investigación de temas de salud laboral. Es llamativo que ambas normas tienen bajo porcentaje de características que vislumbren intervenciones no clínicas, es decir las actividades prestadas fuera del ámbito hospitalario o de consulta externa.

¿Cómo está reflejada la prevención de la discapacidad para trabajar en las leyes del sistema de riesgos laborales? Resumen de Hallazgos

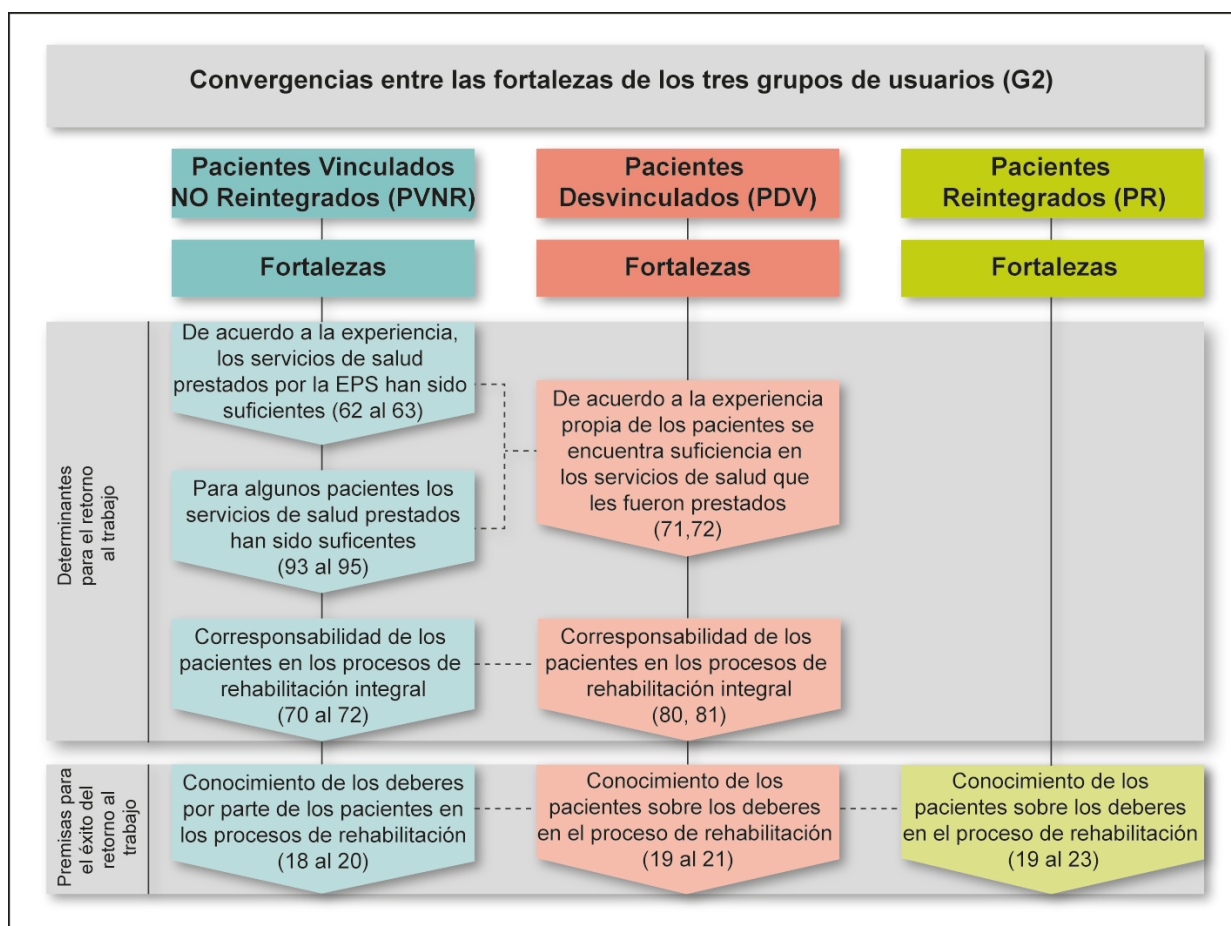
Hallazgos Estructurales	Hallazgos Conceptuales	Hallazgos Jurídicos	Hallazgos procedimentales
Segmentación de prestación de servicios por dos sistemas, con poca claridad sobre límites y deberes lo que genera una interacción conflictiva, en la que el paciente tiene dilación en las prestaciones tanto asistenciales como económicas	Preponderancia de los modelos económicos y biomédico en la Ley 776 de 2002, con la Ley 1562 de 2012 se pasó a un modelo económico y ecológico	Debilidad en la vigilancia y control en cuanto a programas de rehabilitación	Contempla comunicación entre actores, roles informados, deberes derechos de los actores.
No hay enfoque de determinantes sociales, claramente definido en las normas de riesgos laborales. Las empresas tienen deberes en reincorporación y reubicación, pero no se establece claramente como son las interacciones con otros sectores para lograrlo	Debilidad en enfoque intersectorial: incluyendo sectores diferentes a salud, ARL y empresas.	Ausencia de incentivos económicos para los empleadores que logren acomodaciones integrales	Hay predominio de intervenciones clínicas, dejando débiles las intervenciones no clínicas
		Explicitamente estipulada la obligación de reintegro y reubicación por parte del empleador, acorde a capacidades laborales residuales	Existe mayor detalle en procedimientos compensatorios económicos que de reintegro laboral

## 1.4 De las normas a la realidad contada por los actores del sistema de riesgos laborales

### 1.4.1 Las fortalezas percibidas por los usuarios

Como se comentó en la metodología, se entrevistaron tres tipos de usuarios: paciente vinculados no reintegrados, desvinculados y reintegrados para poder contar con la visión tanto de las personas que lograron un proceso exitoso, como también con trabajadores que fueron despedidos, o no se encuentran trabajando aunque tienen un vínculo contractual con la empresa. Se consolidaron las principales convergencias en cuanto a fortalezas percibidas en los tres grupos de usuarios (Ver Figura 31-3).

Figura 31-3. Convergencias entre las fortalezas de los tres grupos de usuarios (G2)



A continuación se presentan las principales fortalezas que se reportaron:

#### Suficiencia de los servicios de salud

Algunos usuarios encuentran que los servicios de salud brindados son suficientes, lo anterior se explica porque en el sistema de riesgos laborales, no hay límite en cuanto a medicamentos o servicios a ser brindados, y desde la estructuración del sistema se dio una amplia cobertura de servicios medico asistenciales, incluida la rehabilitación; sin embargo, sienten más cercanía con las empresas promotoras de salud -EPS- dado que en los casos de enfermedad laboral son estas entidades las que brindan inicialmente los servicios y en las zonas rurales en donde las administradoras de riesgos laborales no tienen contratados servicios, son la única opción de atención.

*“la EPS me colaboro bastante, sacaba con mucha facilidad las citas, las sacaba para cerca y los médicos que me atendieron me mandaban mis sesiones de terapia, las niñas me colaboraron bastante, mucho me ayudaron.”*

Adela

*“Muy buenos los proceso de atención de la ARL, para que, gracias a Dios. Con esa gente lo que uno necesite, a la hora que uno necesite, una cita o cualquier cosa que lo atienda un médico. Allá va uno y la secretaria, el doctor, que usted tiene que hacerse esto y esto, vaya a tal. No para que, a la hora que necesito una cita o algo, no he tenido problema.”*

Esteban

#### Conocimiento de los deberes por parte de los usuarios

Los pacientes encuentran que dentro de sus deberes está cumplir con las recomendaciones médicas para lograr su mejoría, lo cual fue una constante en todos los grupos de usuarios. Lo que es congruente con lo estipulado en las normas, en donde se menciona que una de las obligaciones de los pacientes es cumplir con los tratamientos, existiendo la posibilidad que las administradoras de riesgos laborales suspendan el pago

de prestaciones económicas en caso de que no sigan las indicaciones de los médicos tratantes.

*“Yo diciendo, mi deber como accidentado de una labor ante una ARL, es cumplir con todos los regímenes que ellos me mandan, con todas las pruebas, todos los exámenes, hacer mis terapias como manda la terapeuta, todo, ese es mi deber, ¿sí? Porque es mi salud”.*

*Jaime*

En los tres grupos de usuarios fue una constante la percepción de necesidad de corresponsabilidad de los pacientes en los procesos de rehabilitación.

*“Cumplir con los procedimientos, si usted no cumple con los procedimientos, es como cuando usted no cumple un horario, igual. Cumplir con todo, si usted pide es porque lo necesita sino para qué lo pide y no lo cumple”.*

*Manuel*

Dentro de los deberes mencionados se encontró el servir de ejemplo para otros compañeros, para que realicen actividades de prevención.

*“Para mí el deber es, es como por ejemplo ser un ejemplo para mis compañeros, que ellos vean que mira mi compañero xxxx, se cayó de ese camión y mira todo lo que ha pasado, todo lo que ha vivido, el sufrimiento que ha tenido, para que ellos más adelante tengan ellos en cuenta que hay que cuidarse, tener precauciones, sobre todo prevenciones”*

*Santiago*

#### Prestación de servicios acordes al diagnóstico y a la severidad

Tal como lo reportó la fase cuantitativa, al ser las patologías del sistema osteomuscular la principal causa de enfermedades laborales, los servicios prestados con mayor frecuencia incluyen cirujanos y terapeutas; algunos pacientes reportaron que los servicios brindados eran acordes a las necesidades y severidad de los casos.

*“Para mí lo más importante en este momento, en este caso, fueron los estudios médicos. Si, porque al principio la, la clínica no, no sabían qué era lo que yo tenía, fue un accidente de trabajo no saben qué fue lo que el daño que había causado la caída. Entonces me hicieron los estudios, después vino el estudio y nada, no sabían nada lo que había pasado. Entonces fue cuando me hicieron junta médica y terminaron haciendo otro nuevo estudio y ese fue el estudio que determinó que era lo que yo tenía”*

Santiago

*“Lo principal va dependiendo del accidente. En mi caso lo principal fue la cirugía. Partimos de una cirugía, después de la cirugía ya continuamos con un plan de rehabilitación con fisiatra. Ya la fisiatra manda cuántas sesiones de terapia, cómo se deben hacer las terapias físicas. Ya después ya entramos a unas terapias ocupacionales, laborales, donde una adaptación al trabajo.*

Jaime

#### **1.4.2 ¿Cuáles son otros determinantes que los trabajadores consideraron relevantes dentro de los procesos para lograr el retorno al trabajo?**

Como factores vitales en el desenlace positivo o negativo de los procesos de reintegro laboral, los pacientes mencionaron: la familia, los compañeros y los jefes. Ver Figura 32-3

Sin embargo en el entorno personal se relataron muchas más historias de apoyo, quizás explicadas por temas culturales predominantes en nuestro país en donde la familia es relevante.

*“La familia tiene que ver mucho en esas rehabilitaciones. Porque uno nunca ve la necesidad que así sea joven, uno necesita depender del otro. Para mí, mi familia fue el apoyo... Ellos por mis lesiones, eran los que me daban de comer porque yo no podía comer por mis propios medios, a bañar. La familia y los amigos, todo es un conjunto”.*

Daniel

*“Los más relevantes, el factor personal de todos de todos, la familia es el más relevante, porque uno lo hace es por tener su familia bien. El motor de uno es la familia.”*

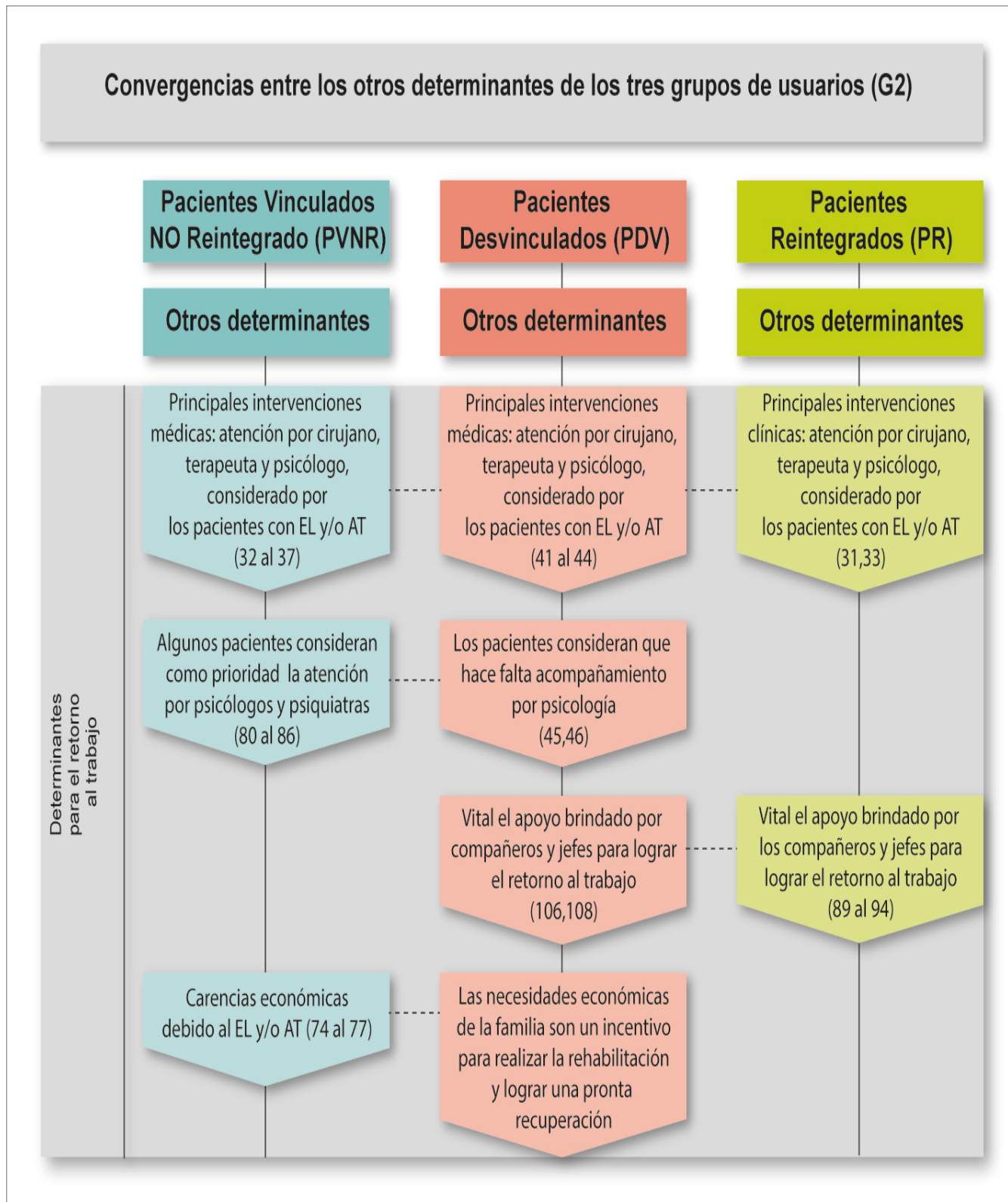
*Jaime*

En el contexto laboral, se encontró que la actitud de los compañeros y de los jefes puede convertirse en una barrera, ya que los pacientes llegan a sentir discriminación

*“si son importantes porque es que en mi caso y en otros casos de una niña que tiene una, un problema los compañeros le dicen pero a ustedes tuvieron que haberlas jubilado a qué vienen si ustedes no pueden hacer el trabajo como antes si ustedes ya no rinden, si ustedes tal cosa o sea como que los compañeros ustedes ya se fregaron entonces mire haber o, debieran jubilarlas, que no vengán acá a pedir que se les disminuya el trabajo que se les ponga auxiliar o que no haga, pero eso no depende de uno, eso depende de lo que dictamine el doctor, entonces el ambiente de trabajo es muy importante porque se siente uno se siente disminuido y se siente como renegado como cuando se va porque ya está enfermo ya no sirve.”*

*Clara*

Figura 32-3. Convergencias entre los determinantes de los tres grupos de usuarios (G2)



### **1.4.3 Los aspectos a mejorar en el sistema de riesgos laborales, según los trabajadores.**

Al hacer un comparativo entre los tres grupos de usuarios, se encontró que en los pacientes reintegrados se percibieron menor cantidad de debilidades en los procesos de rehabilitación integral encaminados al reintegro.

En el otro extremo los pacientes que no están reincorporados pero tienen aún un vínculo con la empresa, pudiendo estar incapacitados con o sin recepción de pago por el empleador o la aseguradora, o no permitiéndoseles el ingreso a la empresa y pagárseles únicamente las cotizaciones a la seguridad social, se experimentan mayor cantidad de barreras. Ver figura 33-3

#### Barreras en el acceso a la atención médica:

Como se mencionó anteriormente en el análisis legal, la controversia referente a si un evento tiene o no cobertura dentro del sistema de riesgos laborales, se convierte en una gran barrera. Si bien en la teoría las empresas promotoras de salud deberían prestar los servicios asistenciales mientras se resuelve la controversia, la realidad es otra.

Muchas veces las administradoras de riesgos laborales aceptan los accidentes de trabajo, pero en los procesos de estudio y manejo de los mismos, detecta patologías que en su concepto no son derivadas directamente del accidente, por lo que suspende abruptamente los tratamientos, sin la debida remisión a las empresas promotoras de salud. Ante este panorama de desprotección en la atención, el paciente debe recurrir a medidas legales como la tutela, para garantizar continuidad de los servicios.

Por otra parte la falta de oportunidad en la remisión a especialistas, la necesidad de recurrir a solicitar autorizaciones y la falta de coordinación entre los médicos tratantes clínicos y el personal administrativo de las administradoras de riesgos laborales o los profesionales encargados de coordinar los procesos de reintegro, se percibe por parte de los trabajadores, como una barrera



*“Yo no considero que ni los médicos ni las terapeutas hayan sido insuficientes, sino la gestión. Si me buscan la información, me buscan las citas, se gestiona rápido pues voy a ver también los resultados.”*

Miguel

Si bien no existe un listado de exclusiones en cuanto a procedimientos, o medicamentos, se detectó que varios servicios ordenados por el tratante, son negados por la administradora de riesgos laborales, basados en conceptos del manejador del caso quien consideran la no pertinencia de estos servicios.

*“Tener una atención oportuna, enfocada en la persona que sufrió el accidente. No comenzar a buscar requisitos de un lado al otro, poner la persona pa allá, pa acá, pa allá, pa acá y eso no, eso es, eso me gustaría que la ARP, la ARL se, se.”*

Santiago

#### Hacen falta intervenciones más allá de la atención clínica

Si bien se manifestó que los servicios de psicología eran brindados en unos casos. Un hallazgo significativo es que manifestaron la necesidad de contar con mayor acompañamiento por profesionales de salud mental. Encuentran debilidad en servicios no clínicos como deportes, orientación vocacional entre otros

*“Nunca fui tratado por un psicólogo. Es importante porque igualmente siempre es bueno que le diga a uno el psicólogo, bueno usted si se siente capacitado. Solamente a mí me lo dijo el doctor, usted se siente capacitado”*

*Esteban “La parte de la recuperación no es tanto física sino también emocional, porque inclusive es más grave la parte emocional que la física porque si usted no está emocionalmente bien, usted no da para recuperarse.”*

Manuel

*“Yo creo que vocacional, deportes también es importante. Yo practicaba mucho fútbol y bicicleta a toda ahora, ahora es solo caminar. Pero entonces esa parte si sería como gratificante, esa vaina es otro ambiente, otro estímulo, no sé, sería otro espacio, haría cambiar a la persona, se sentiría mejor, con más ganas de vivir”.*

Miguel

Las ARL hablan muy bonito, pero a la hora de la verdad se van desprendiendo...

Existe una constante queja por parte de los trabajadores, quienes afirman que una vez los se les califica la pérdida de capacidad laboral, las administradoras de riesgos laborales hacen un cierre administrativo del caso, y no vuelven a otorgar servicios; dejando al paciente sin control ni seguimiento tanto en aspectos asistenciales, como el seguimiento al reintegro.

Cuando las empresas presentan negativa a cumplir las recomendaciones tendientes a lograr el reintegro, las administradoras aluden que no poseen una función de vigilancia sobre las empresas. Los trabajadores son conocedores que la ley estipula la obligación por parte del empleador frente al reintegro y la reubicación; pero manifiestan que no siempre lo cumplen, realizando terminación del contrato en muchas ocasiones

*“Un acompañamiento más eficaz, más profundo. O sea, pues no serán todos los pacientes, o son todos pero entonces como hacer un estudio, un seguimiento como estar pendiente de ellos... A ellos les importa es que ya se aseguró cierta cantidad de gente, y en el momento el bum, que no sé qué, que tal, hablan muy bonito. Y después como que se van desprendiendo, se van desprendiendo, se van desprendiendo. Entonces ya queda uno ahí solo. Entonces chévere que le hagan a uno ese acompañamiento, cómo se ha sentido, qué le ha faltado... Eso sería un alivante también en una cuestión de éstas”*

Miguel

*“En mi caso la ARL xxxx, cuando mandaron el reintegro, a ellos les llega también su paquete mandado por el médico, y un paquete mandado a la empresa y un paquete que queda al paciente, o sea yo. Yo me presento con la orden del fisiatra, del reintegro laboral. La empresa dice que no. Yo llamo a la ARL y me dicen ellos que ellos no pueden coaccionar, que no pueden obligar a la empresa a que me reubique, que ellos no pueden hacer eso. En total para mi la ARL ha sido totalmente, para en mi caso, un abandono total porque nunca pasó, como te digo, nunca mandaron un control cada mes o cada 45 días o cada 2 meses, no. El último control que tuve fue ahorita el 19 de diciembre de de 2014 desde el día 24 de noviembre del 2013, prácticamente casi un año, más de un año”.*

*Jaime*

Si bien en algunos casos se mencionó que existió seguimiento al reintegro por parte de la ARL, en la gran mayoría de entrevistas se encontró que se emiten recomendaciones escritas a la empresa, sin realizar ningún tipo de seguimiento. No fue una constante, pero se mencionó que la asignación a cargos no acordes a las habilidades residuales, fue una barrera importante.

#### La comunicación y coordinación entre los actores es inadecuada

En general los trabajadores manifiestan que hay ausencia de comunicación y coordinación entre las EPS y las ARL. Si bien las ARL informan sobre los procesos, lo hacen en mayor medida a los empleadores, por ser considerados el cliente, sin que se explique en detalle los procesos al trabajador.

Existe una tendencia en general a la comunicación no verbal mediante cartas, y en algunas ocasiones no hay atención personalizada sino a través de call centers, lo que dificulta el proceso, lo dilata y es percibido como una fuerte barrera.

*“Yo digo que le falta un poquito más ¿por qué? Porque por eso vuelvo y le comento, yo llevo y lo llamo y les digo ehh, me dicen llame a la línea no sé qué, que ella le va a dar la razón, no conmigo no es con tal, no conmigo no es con tal. Entonces ayer le dije al último que me pasaron, yo le dije, venga hágame un favor ¿con quién hablo? hablo con tal, venga yo necesito los viáticos pa esto y esto, ahh mano conmigo no es ¿Ahh venga pero con quién yo hablo? ustedes parece que no fueran serios. Una señorita me dijo que hablara con la señorita no se quién, la señorita que no sé, entonces con quién yo me pongo de acuerdo, ninguno me da razón de nada, yo quedo... Y llamando larga distancia”*

*Alberto*

El derecho al trabajo no siempre es respetado.

Al indagar a los pacientes sobre el principal derecho ejercido, se manifestó el derecho al trabajo, a ser reincorporado y reubicado; sin embargo hay una brecha entre los derechos estipulados en la ley y la realidad vivida por los trabajadores, que han sido desvinculados por sus empleadores en virtud de la enfermedad o accidente laboral. La posibilidad volverse a emplear en una nueva empresa, posterior a ser despedido, es baja y no sienten que exista suficiente apoyo por parte del sistema de riesgos laborales y en general del Estado.

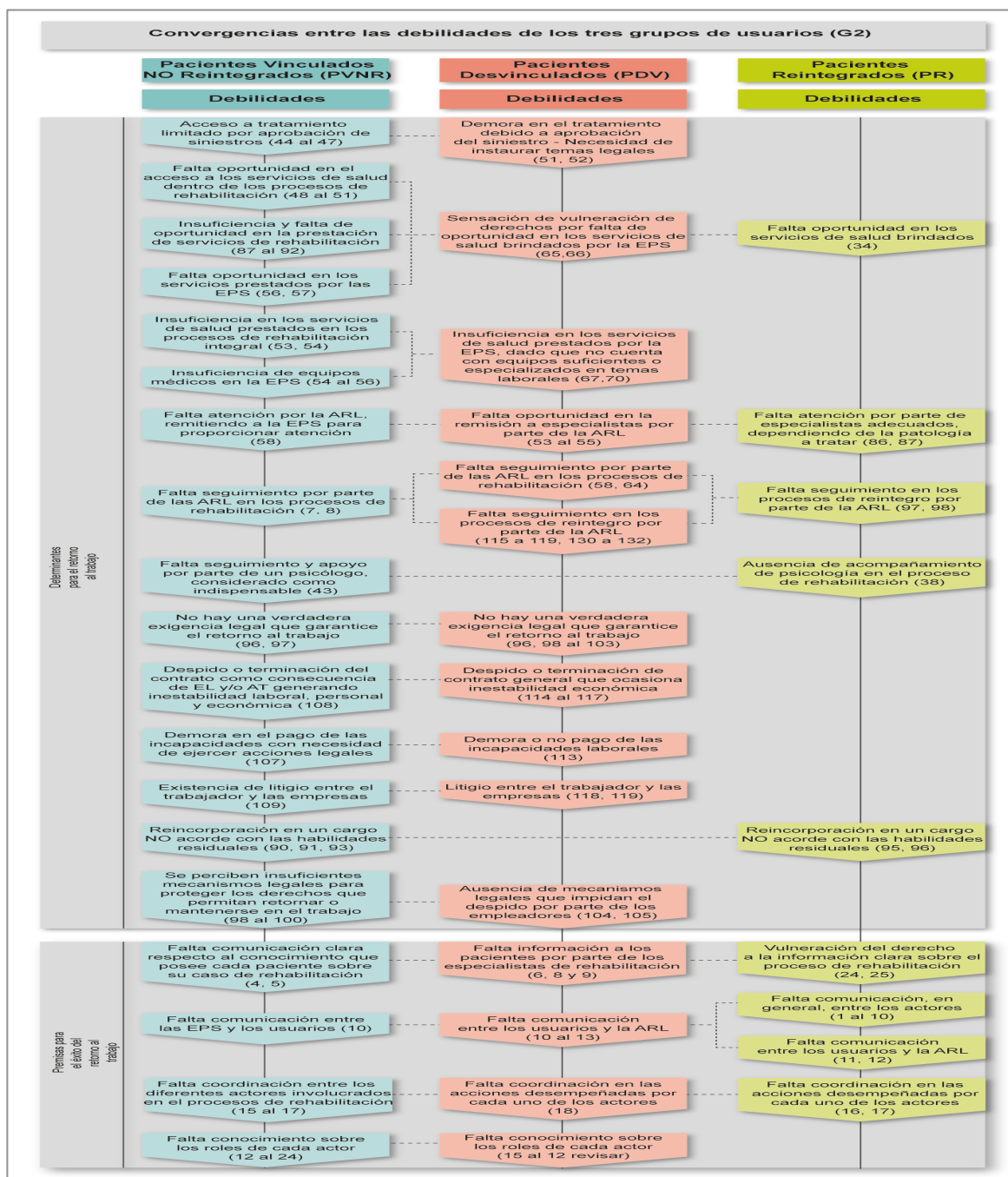
*“No hay una obligación, o sea usted es la dueña de su empresa y no tiene que necesariamente que decir, usted no lo contrata porque le falta un ojo. No, no lo contrata porque no cumple el perfil, sencillamente”*

*Alejandro*

*“No..... yo he intentado buscar trabajo y pasando una necesidad horrible, por medio de que nadie me da trabajo así. Nadie me recibe, la otra vez entre me dijeron no pero si usted está enfermo no puede laborar”*

*Camilo*

Figura 33-3. Convergencias entre las debilidades de los tres grupos de usuarios (G2)



Finalmente se decidió hacer un resumen esquemático de los hallazgos encontrados en las entrevistas realizadas a los usuarios. En la Figura 34-3 se tomó el procedimiento establecido en el Manual Guía de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales, que es

una herramienta que se encuentra diseñada como la ruta desde el sector salud para lograr el reintegro, pero desafortunadamente no se encuentra adoptada como de obligatoria referencia (18) analizando paso por paso y haciendo un vínculo con cada una de las debilidades y fortalezas y determinantes encontrados en cada etapa del proceso, incluyendo el número de citas encontradas en las entrevistas (evidencia cualitativa) que soportaban cada hallazgo y discriminado por el tipo de usuario: vinculado no reintegrado, desvinculado o reintegrado.

Se hace claridad que a pesar que este instrumento cuenta en la actualidad con una tercera versión y que ha sido construido de manera participativa por varios actores del sistema de riesgos laborales, no es de obligatoria referencia en la normatividad actual, por lo cual su uso y conocimiento por empleadores, sindicatos, trabajadores, profesionales de la salud y abogados, es escaso.

En la figura 35-3, se hizo un esquema del modelo de retorno al trabajo adaptado por Cuervo, que incluye no solamente el sector salud, sino también el sector asegurador, los aspectos legales, los factores personales y el sitio de trabajo, ligándolo también a fortalezas y debilidades encontradas en las entrevistas a trabajadores.

Figura 34-3. (G2) Manual guía de rehabilitación contrastado con los hallazgos en términos de fortalezas, debilidades y otras determinantes de los tres grupos de usuarios

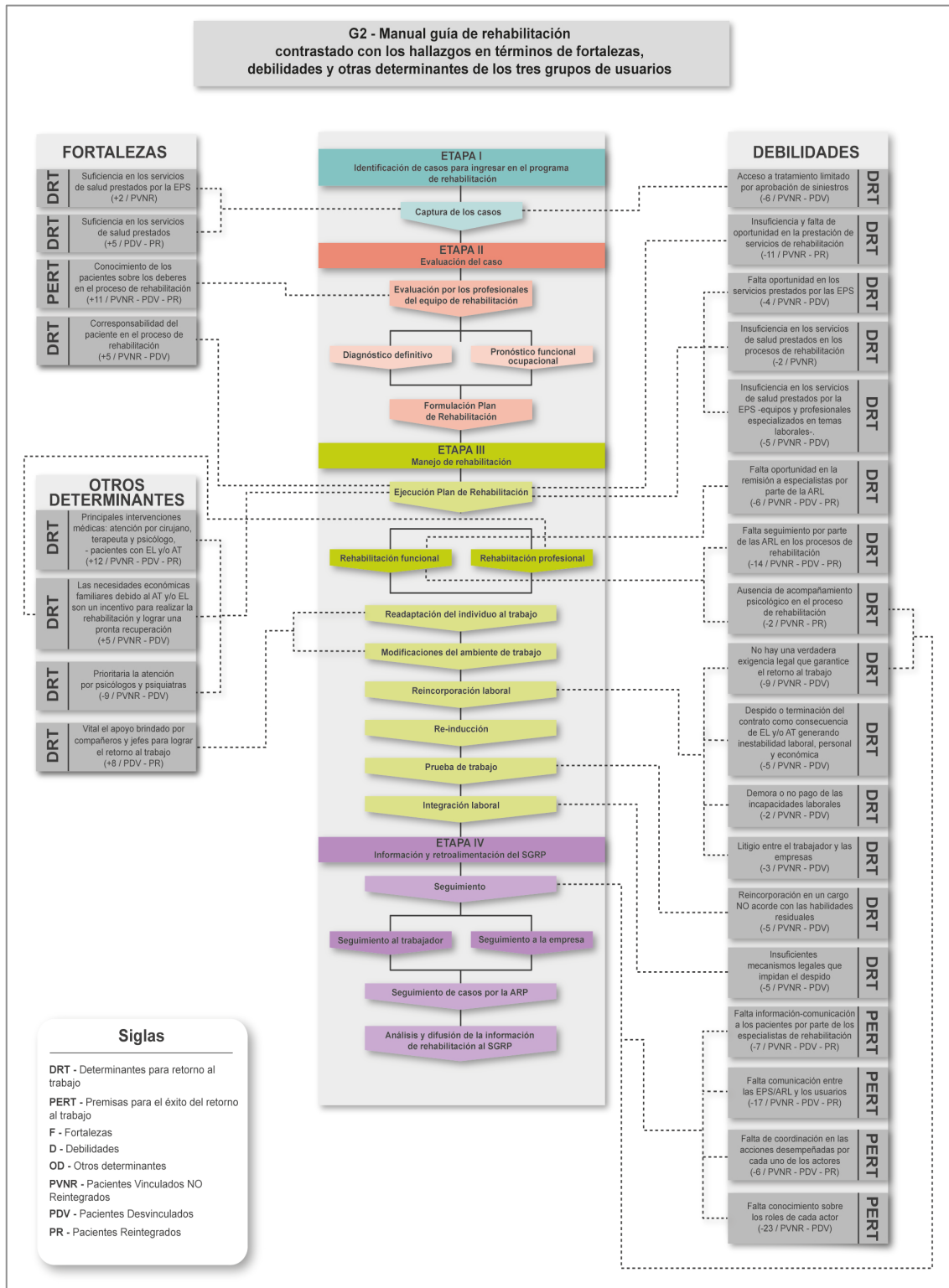
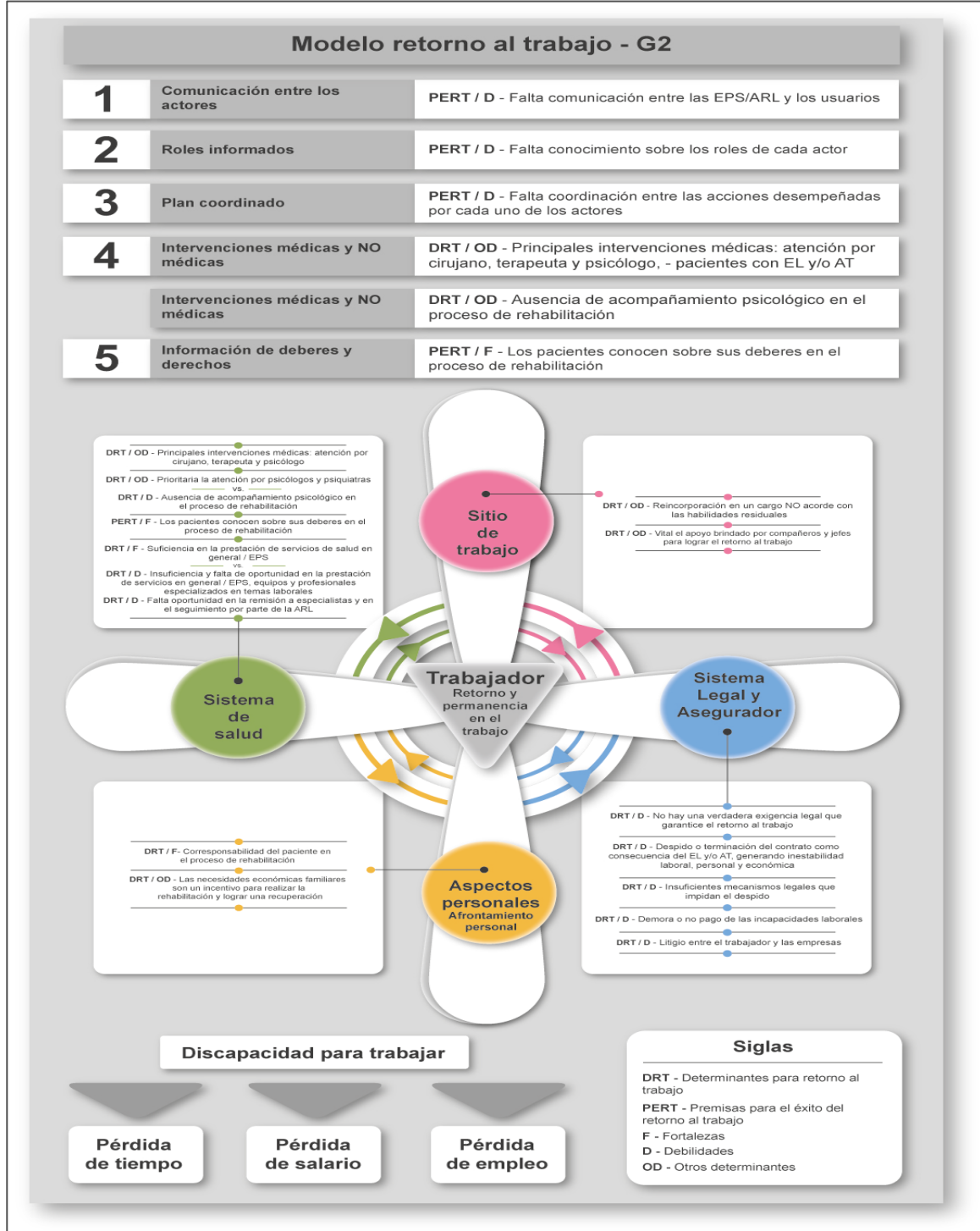


Figura 35-3. Modelo del retorno al trabajo adaptado por Cuervo, contrastado con los hallazgos en términos de fortalezas, debilidades y otras determinantes de los tres grupos de usuarios (G2) (Ver página ampliada en versión impresa)





#### 1.4.4 ¿Cómo se percibe la justicia procesal y distributiva en el Sistema de Riesgos Laborales?

##### Justicia Distributiva

Se hizo un análisis de los 5 grupos, en la figura 36-3 se muestran las convergencias

##### Grupo 1 Profesionales de la salud:

Consideraron que los tiempos de incapacidad que están estipulados en la reglamentación, son suficientes y acordes a estándares de acuerdo al tiempo de recuperación requerido para cada condición de salud.

En este grupo se expresó que también existe abuso del trabajador de la incapacidad, quienes asisten a la EPS para lograr que se les expidan incapacidades sin tener en cuenta los procesos de rehabilitación realizados por las ARL. Algunos consideraron que la compensación económica puede ir en contra de la rehabilitación, porque se incentiva el pago por secuelas.

*“yo creería que si pero también entra el lado perverso de los trabajadores ¿no? Y entra el lado perverso de los trabajadores porque, porque hay un tema que mueve, que se mueve mucho en ellos es el tema de lo económico entonces que pasa como yo sé que si me incapacitan por un tema laboral me dan el 100% del salario entonces yo me hago incapacitar, palabras expresadas por ellos y no trabajo y gano mi salario completo yo creo que eso, digamos que eso desde la idea de, desde la buena intención desde la concepción está bien pero en lo real hace que un trabajador se vuelva conchudo”*

Lorena

En su gran mayoría los profesionales de la salud consideraron que se debe privilegiar el retorno laboral o la orientación ocupacional cuando este no es posible, dado que la compensación económica no es la solución al problema y jamás compensará los impactos sociales que causa el hecho de no poder mantener un trabajo.

*“la compensación económica no va, no va digamos a compensar realmente la perdida sí, o sea que yo no puedo valorar con pesos digamos la perdida de una mano, la pérdida de un pie o lo que sea sí, en cambio en el trabajo yo tengo muchas posibilidades sí, digamos tengo posibilidades de promoverme, tengo posibilidades de con mi trabajo adquirir digamos bienes para el futuro para asegurar mi vejez, puedo seguir cotizando para, para una pensión de vejez o sea tengo una ventana abierta muy grande en cambio el tema de la compensación llegó, acabó y ya”*

Martha

Algunos mencionaron que el monto que se paga por la pérdida de capacidad laboral no es justo o injusto, simplemente está establecido en la ley. Mientras que para otros es injusto en la medida que una vez se paga por las aseguradoras, en los pacientes que no lograron mantener su vínculo laboral, quedan desamparados, sin ningún tipo de apoyo.

#### Grupo 2 Usuarios

Refieren que el pago por pérdida de capacidad laboral es justo en el momento que se paga porque contempla el salario que ganaba el trabajador, pero se vuelven injustos en la medida que no contemplan el deterioro que pueden llegar a sufrir el paciente, y el hecho que las ARL no vuelva a pagar incapacidades temporales, una vez indemnizan la incapacidad permanente parcial.

*“No, no porque esto desafortunadamente tiende a aumentar, hoy es de 9.25%, de aquí a unos 5 años puede ser más, llevo un año sin trabajo y en vez de mejorar mi estado de salud se ha deteriorado y peor aún, sin trabajo sin una fuente de ingreso “*

Adela

Algunos pacientes consideraron que prefieren compensaciones económicas incluidas pensiones que garanticen su estabilidad económica antes que el reintegro laboral, y otros manifestaron que prima el deseo de mantener el trabajo como una forma de sentirse útiles y activos económicamente.

*“El trabajo, porque el trabajo lo hace sentir a usted útil, el trabajo le da reconocimiento, lo valora, así sea pasando papeles, haciendo vueltas de mensajería, pero la persona está ocupada, es importante para alguien”*

Adela

Para algunos la cuantía que se paga por IPP no es justa porque es mínima comparada con el daño o secuelas con las que pudiese quedar el paciente

*“El salario que me aparece es un mínimo pero yo nunca me gane un mínimo, yo me ganaba dos mínimos, y de un momento a otro apareció que no, mire usted se liquida es con un mínimo. Entonces me dijeron, con el mínimo el pago si a usted le llegan a calificar entre 40 a 50 son como 12 millones, 13 millones, no es nada más. Entonces pues, para nada perdí un ojo y me dan 12 millones de pesos, o sea, ni cerquita y más cuando su profesión es esa, usted necesita dos ojos”*

Alejandro

### Grupo 3 Empresarios

Algunos consideran que si bien la cuantía de los beneficios por IPP está reglamentada, es injusta y no compensa de manera correcta al trabajador, porque no puede cubrir sus necesidades

*“No es justo porque de acuerdo a con que secuelas quede el trabajador se va a poder desempeñar o también se va a poder pues movilizar de algún momento quiera cambiar de trabajo el hecho que tenga ya esa disfuncionalidad o esa discapacidad, o ese, esa lesión o ese he le va generar al trabajador como una a ya no me puedo ir de acá porque en ninguna otra empresa me van a recibir y yo ya recibí esa plata y eso no me alcanzo para lo que yo necesitaba y bueno eso, ya empieza a jugar un, un papel importante, como a nivel familiar y del trabajador”*

Luisa

#### Grupo 4 Sector Laboral

Algunos ligaron la falta de oportunidad en los procesos de rehabilitación, con injusticia en la compensación. Algunos consideraron que la compensación económica es injusta, porque el fin último y el que debería guiar las actuaciones de las ARL, sería una correcta y oportuna rehabilitación.

*“Y desde el punto de vista ya de rehabilitación como tal si es muy injusto el sistema porque falta mucho por hacer en las personas los tratamientos son muy lentos la accesibilidad a todo el equipo es casi que imposible no hay una valoración integral del equipo como tal sino individualizada una vez va donde un medico otra vez va donde otro, otro va donde otro y así se la pasa sería muy bueno que eso se mejorara. “*

Carlos

Se mencionó que muchos trabajadores terminan invirtiendo el dinero que se paga por la IPP en servicios médicos que no son prestados por la ARL, una vez se cierra el caso, por eso se convierten en injustos.

*“Cuantía económica sí, pero hay algo que la plata que recibe del bono por su discapacidad que le da la ley hoy se lo gaste en médicos porque el equipo interdisciplinario no está funcionando entonces a pesar de que podría la plata, podría hacerle bien si medicamente fuera atendido con la ARL que no pagara resonancia que no pagara medicamento”*

Juan

#### Grupo 5 Sector Asegurador

Se mencionó que las incapacidades temporales prolongadas se vuelven en un incentivo para no trabajar, lo que va en contra de los procesos de rehabilitación.

*“Las incapacidades temporales por lo que te decía, las expectativas económicas de algunos trabajadores ven un beneficio por ese lado, sin tener que trabajar a mí me pagan el cien por ciento, hay un proceso de desadaptación al trabajo entonces pues ellos pueden acudir a sus EPS a que le sigan dando incapacidades prolongadas, en ese aspecto pues no, está desfasado el tema de las incapacidades, entonces se vuelve un medio para que las personas sigan amañando un pago a costa de una incapacidad”*

Paola

Algunos consideraron que el pago por IPP no es justo, dado que ningún pago justifica la pérdida de la salud. Unos consideraron que la reincorporación laboral es mejor que la compensación económica por IPP, porque esta última tiene un carácter temporal, sin embargo, para otros es igual de importante lograr el retorno al trabajo que obtener una compensación cuando existe una pérdida de capacidad laboral.

*“Yo preferiría mantener el trabajo porque si se define por una compensación económica está en el término de un tiempo prudencial mmm, se, se utiliza para otros efectos, para gastos de la vida diaria mientras que si usted tiene un trabajo y la permanecía en el mismo se le está garantizando el sustento económico el mínimo vital y la persona desde el punto de vista de autoestima se siente útil para la sociedad, para su núcleo familiar y para su empresa.*

Julio

Figura 36-3. Convergencias en Justicia Distributiva entre los 5 grupos



### Justicia Informativa

En esta sección se comentan los resultados obtenidos en cuanto a que tan oportuna, detallada y de calidad es la información que las ARL brindan a los usuarios sobre los procesos de rehabilitación integral. En la figura 52 se compilaron las convergencias entre los 5 grupos de entrevistados. Ver Figura 37-3

#### Grupo 1 Profesionales de la salud.

En este aspecto se encuentra que si bien algunos profesionales manifiestan que las ARL tienen diseñados procedimientos para informar a los pacientes, al profundizar sobre la eficacia y claridad de la información, se encuentra que la información no es detallada respecto al diagnóstico ni al pronóstico, existiendo una tendencia a atender la urgencia, sin explicarle a los paciente los procesos a seguir.

*“...yo lo que he observado es que le trata de solucionar su problema, obviamente, se orienta y todo eso, pero hay una omisión, hay una omisión en cuanto a la perspectiva de su patología, a las perspectivas que ya se saben correspondientes en cuanto al pronóstico que pueda venir”.*

Francisco

*“desde los mismos profesionales no lo tienen claro si no que se dedican atender el momento lo que hay en el momento y ya sueltan”.*

Lorena

#### Grupo 2 Usuarios

En su experiencia, la ARL no les ha proporcionado la información que ellos necesitan, se relata que para recibir la información deben hacer muchos trámites, la información es referida como no oportuna e incompleta

*“Me ha faltado información. No la he solicitado, pero tampoco me la han hecho saber, ¿cómo va su proceso? ¿Cómo va su caso? ¿Qué necesita? ¿se ha sentido bien?, probemos sobre este lado, hagamos esto de una capacitación, de deporte, esto qué hace. Hacer como un seguimiento, chévere sería un acompañamiento. Pero pues ahí va uno a la deriva”.*

Miguel

### Grupo 3 Empresarial

Manifiestan que la información brindada por las ARL es muy general y no tiene en cuenta el grado de escolaridad de los pacientes. Por lo cual puede ser que tengan diseñados procesos para informar, pero realmente no son eficaces.

*“De repente no tanto porque son asesorías muy genéricas con gente que no tiene conocimiento alguno. Si recibes asesoría muy genérica de algo de lo que no has escuchado entonces no se te queda la idea y la gente no sabe. Entonces debería ser más personalizada y de acuerdo con el cliente.”*

Julia

### Grupo 4 Laboral

Uno de los aspectos mencionados es que hay desarticulación entre los conceptos de cada uno de los profesionales tratantes, faltando coordinación por un líder del proceso.

*“Uno podría afirmar que si, la explicación la están dando desde cuando se ingresa el paciente, le están diciendo mire vamos a hacer este tratamiento. ¿Qué es lo que pasa? y conecto con lo anterior, pues hay una desarticulación, porque el médico inicial el que recibe al paciente le afirma algo, una especialista le afirma otra cosa y el otro le afirma otra cosa. Pero en últimas ¿quién es el responsable de ese paciente?”*

Martín

### Grupo 5 Asegurador:

Se menciona que están establecidos procedimientos de comunicación, pero muchas veces el suministro de la información está supeditado a que el paciente la solicite.



*“Si lo brinda, pues hay diferentes canales en diferentes medios de comunicación de acuerdo al protocolo de comunicaciones, si ustedes quieren puedo a través de la compañía suministrar esta información mucho más completa pero le podemos informar que a través de eh, medios virtuales, medios telefónicos medios eh, electrónicos y a nivel de televisión y de eh, y publicidad directa exterior”*

Julio

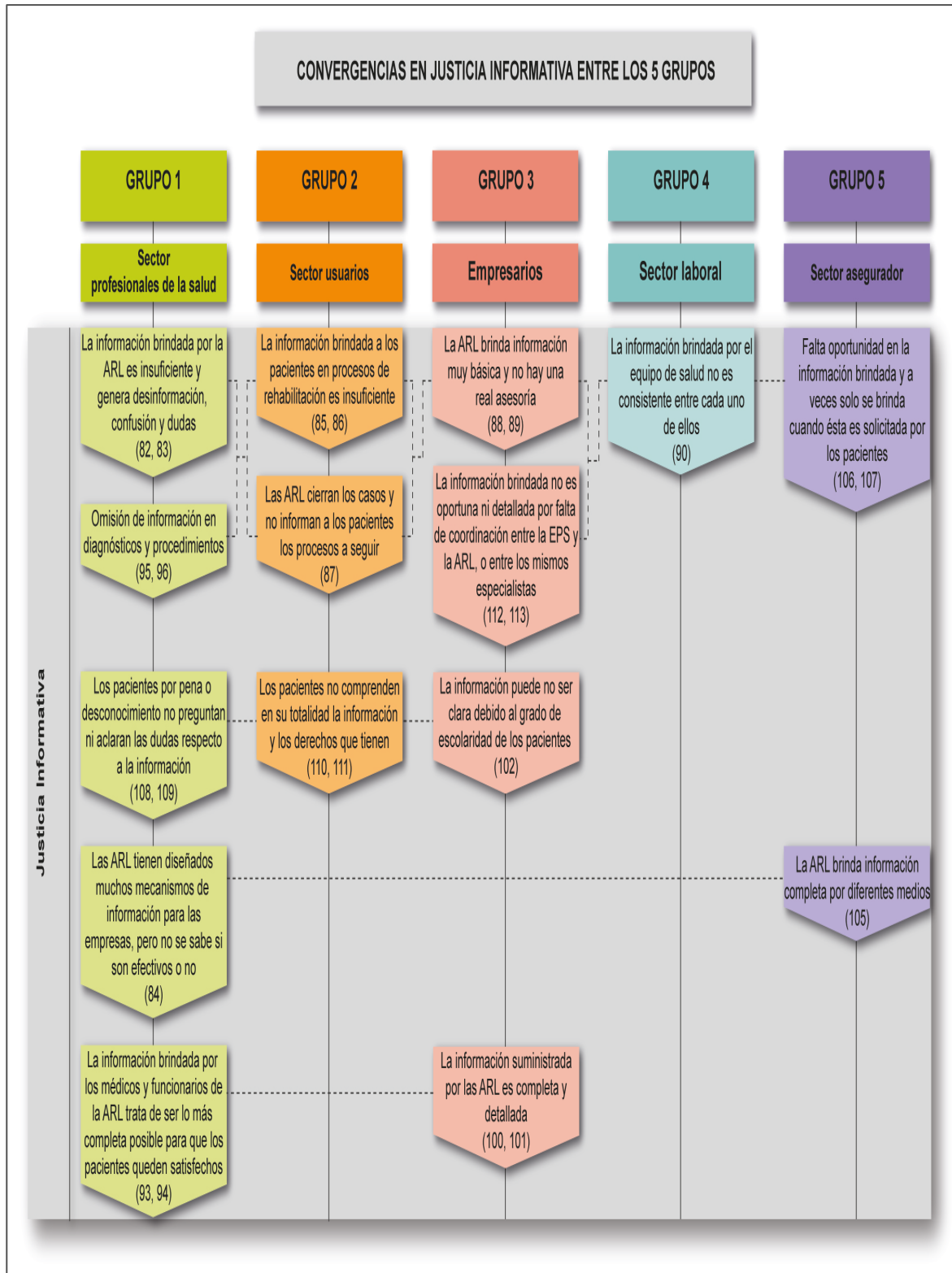
*“No. Si estamos hablando del 100% de la información, no, porque nosotros funcionamos más a quien me pregunte le doy información, pero el que no me pregunta no tengo por qué dársela.”*

Es importante resaltar que los mismos profesionales del sector asegurador reconocen que la información que brindan los tratantes puede ser inadecuados y generar desinformación

*“No, falta, falta más, porque lo digo desde los programas de rehabilitación, los procesos de rehabilitación son unos procesos orientadores desde principio a fin, todo el tiempo, los mismo médicos tratantes, a veces no tienen los términos más adecuados para orientar a esas personas, entonces se va generando mucha desinformación al interior de la población trabajadora”*

Paola

Figura 37-3. Convergencias en Justicia Informativa entre los 5 grupos.



### Justicia Interpersonal

En este aspecto, fue el que existió mayor convergencia entre los cinco grupos de entrevistados, en general se encontró la percepción respecto a que las administradoras de riesgos laborales dan un trato digno y respetuoso. Algunas aseguradoras refirieron que tienen implementados indicadores de servicio y que están reguladas por la superintendencia financiera, lo que se constituiría en una de las razones por las cuales se brinda un trato respetuoso.

*“Si lo trata con dignidad y respeto, y garantiza los deberes del trabajador y derechos desde luego eh, existen casos especiales pero que estos casos son es la mínimo, la mínima expresión y en el 99% de los casos pues tenemos en una encuesta de servicio, en los indicadores de súper salud, los indicadores de la súper intendencia bancaria que se trata con la forma más correcta y digna de cualquier usuario que haya tenido accidente de trabajo o una enfermedad.”*

Julio- Sector Asegurador

*“Si pues la ARL a nivel de tratar a la persona si son muy respetuosos y se manejan muy bien como los términos con los que le hablan a la persona para que no generar pues molestias ni nada”*

Luisa- Sector Empresarial

Un hecho relevante es que se mencionó por parte del sector asegurador que los médicos tratantes algunas veces son víctimas de agresiones verbales por parte de los pacientes, razón por la cual muchos optan por prestar un servicio muy limitado al tema médico, sin entrar en mayor relacionamiento con el paciente.

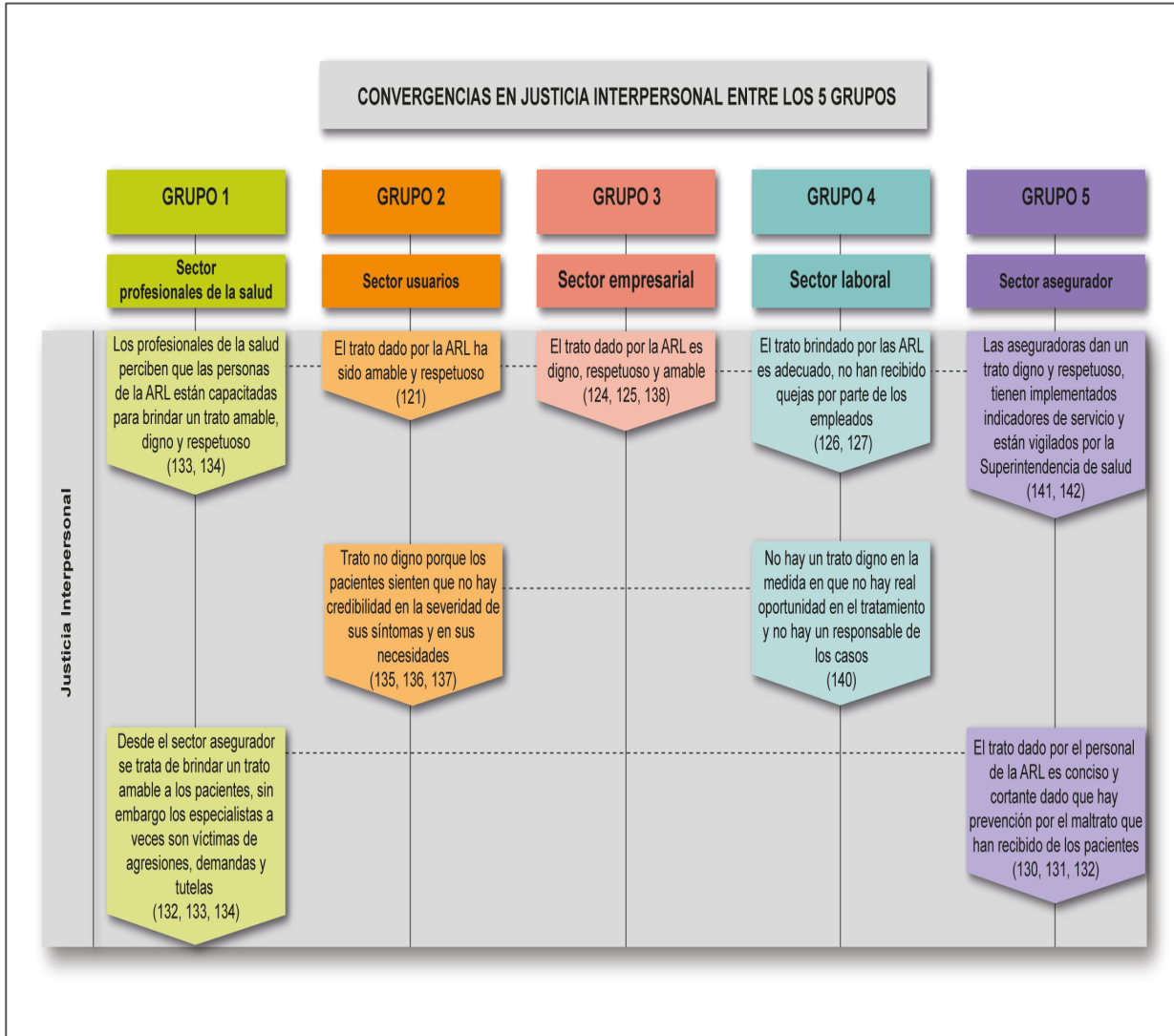
En cuanto a los pacientes cada uno expresó su opinión de acuerdo a la experiencia personal, orientada a valorar si la atención medica fue adecuada. En este marco consideraron que no es digno cuando los aseguradores no dan credibilidad a los síntomas o la severidad de las lesiones que ellos presentan.

*“Si pá que, eso si no puedo decir que no, son muy amables2*

Esteban- Sector Usuarios

En la figura 38-3 se presentan las convergencias en cuanto a justicia interpersonal entre los cinco grupos.

Figura 38-3. Convergencias en Justicia Interpersonal entre los 5 grupos



**Justicia Procesal**

Se encuentra que varios actores mencionan que las ARL tiene implementados procedimientos para recolectar la información para la toma de decisiones, sin embargo es percibido que omiten tener en cuenta otros determinantes como lo son el entorno laboral y la familia, que son vitales en los procesos.

*“Yo creería que si es correcta, pero les hace falta un poco más de profundización en cada uno de los casos. En muchas ocasiones se quedan con lo que ven por encima del caso y no van más al fondo. En muchas ocasiones dejan a las familias por fuera, a los compañeros de trabajo, a los jefes inmediatos que ellos son los que son los que están día a día con los trabajadores y son los efectivamente se van a dar cuenta de los temas.*

Margarita

Al indagar sobre si alguna decisión de la ARL suele ser perjudicial para el paciente se mencionó nuevamente como las entidades pueden negar la remisión a algún especialista, por considerarlo no pertinente o por considerar que la atención no está directamente ligada una secuela derivada del evento laboral

*“digamos que con la decisión que se tomó no digamos que no es la adecuada ehh en algunos casos inclusive en la misma calificación de pérdida de capacidad o en el caso por ejemplo de suspenderle a un trabajador una ehh, intervención con algún especialista en particular eh, siiii”*

Lorena

Si se contrasta con la opinión de los aseguradores, se encuentra que expresan que no hay limitación cuando el siniestro es reconocido como laboral, al hacer la salvedad “cuando se reconoce como profesional”. Este hallazgo permite sustentar la percepción de los miembros del sistema respecto a que hay desprotección en los casos en que las ARL consideran que la patología no es directamente derivada de accidente de trabajo o enfermedad laboral,

*“...cuando ya un evento se reconoce como profesional de cobertura para la ARL, la ARL sencillamente no escatima en remitir los casos que sean para rehabilitación, por ejemplo, todos los casos que se quedaron como criterio para ingreso a un proceso de rehabilitación, se hace, se cumple, esa oportunidad se ha estado muy juiciosa, y se ha afinado mucho el tema”.*

Paola

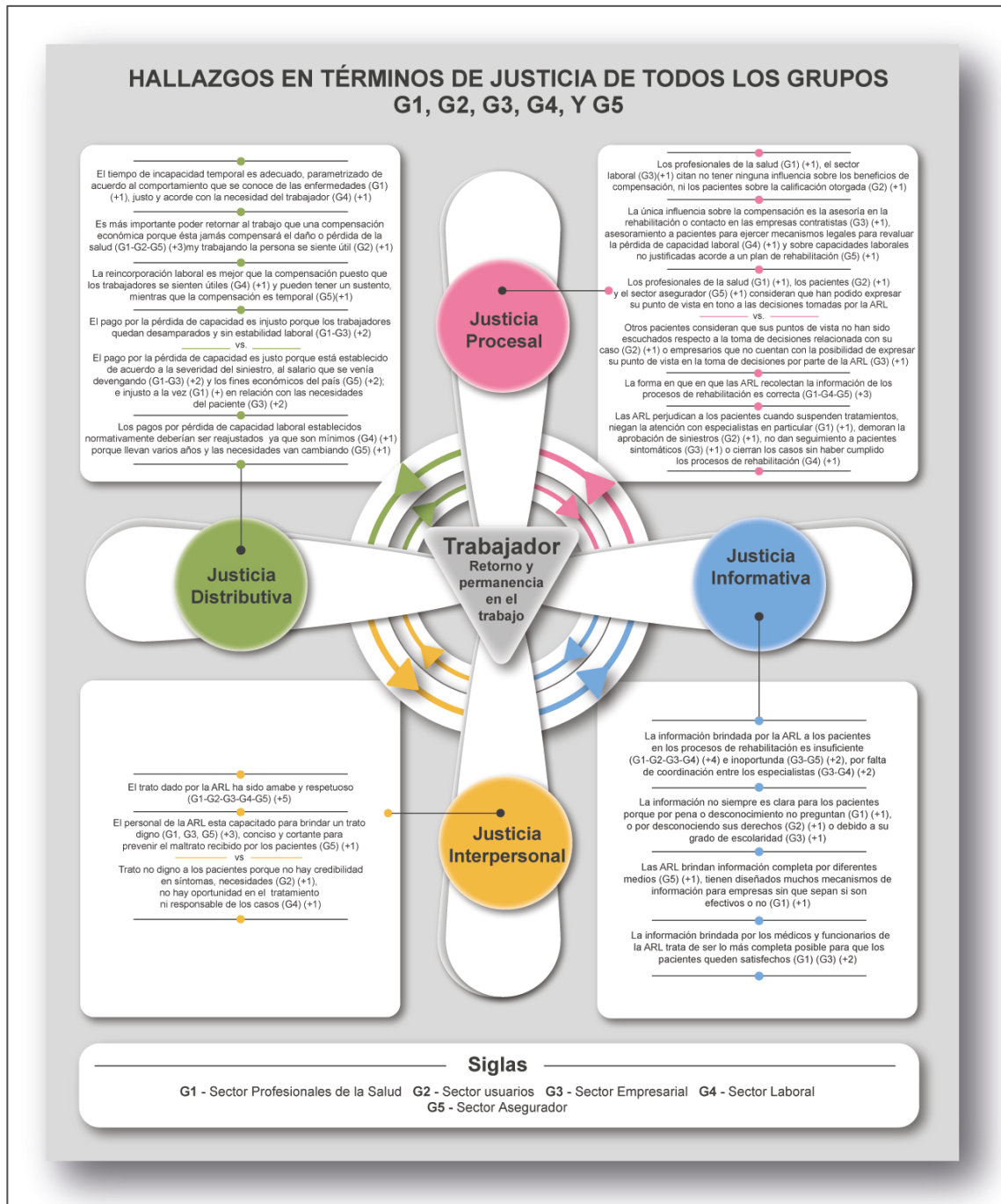
Es interesante el hecho que algunos pacientes y como profesionales de las aseguradoras, informaron que han tenido la oportunidad de manifestar su punto de vista sobre los procedimientos o decisiones tomadas en la rehabilitación.

En la figura 39-3 se ilustran las Convergencias en cuanto a justicia procesal entre los cinco grupos.

Figura 39-3. Convergencias en Justicia Procesal entre los 5 grupos



Figura 40-3. Hallazgos en términos de Justicia de todos los grupos G1, G2, G3, G4 y G5.



### 1.4.5 Resumen de Hallazgos Estructurales, Conceptuales, Jurídicos y Procedimentales de Fase 2 Percepción de actores

Hallazgos Estructurales	Hallazgos Conceptuales	Hallazgos Jurídicos	Hallazgos Procedimentales
<p>Segmentación de prestación de servicios por dos sistemas, con poca claridad sobre límites y deberes; lo que genera una interacción conflictiva, en la que el paciente tiene dilación en las prestaciones tanto asistenciales como económicas</p> <p>Si bien la seguridad social no es un seguro puro, la decisiones de las ARL respecto a coberturas, seguimiento a los procesos y reintegro, se percibe como un clausulado estricto con posibilidad de cierre administrativo o suspensión súbita de prestaciones asistenciales o económicas</p>	<p>El diseño del sistema de riesgos laborales, no es transectorial, y esta más enfocado atenciones en salud y algunos servicios de promoción y prevención brindados en el ámbito empresarial.</p> <p>Se da preponderancia a la calificación de pérdida de capacidad laboral para hacer un cierre administrativo del caso, más que a garantizar un seguimiento al retorno laboral efectivo.</p> <p>Priman las concepciones en las que se prefiere un retorno laboral exitoso sobre una compensación económica.</p>	<p>Debilidad en la vigilancia y control en cuanto a programas de rehabilitación integral.</p> <p>Se percibe una disociación entre los derechos enunciados en la Ley con respecto al derecho de retorno o mantenimiento del trabajo y la realidad.</p> <p>Se debe recurrir a tutelas y mecanismos legales para lograr prestación de servicios cuando existen controversias respecto al origen.</p>	<p>Se percibe trato digno y respetuoso por parte de las ARL</p> <p>Debilidad en el seguimiento realizado a los procesos de reintegro laboral por parte de las ARL</p> <p>Hay predominio de intervenciones clínicas, dejando débiles las intervenciones no clínicas.</p> <p>Falta oportunidad y claridad en la información brindada a los pacientes sobre los procesos de rehabilitación</p> <p>En la recolección de información para el proceso de rehabilitación, no siempre se tiene en cuenta a la empresa y a la familia</p> <p>Dilación en la atención por controversia en origen o tramites de autorización sujetos a evaluación de pertinencia médica por los manejadores de casos</p>



## **Discusión y conclusiones**

En la última fase se hace una triangulación de los hallazgos estructurales, conceptuales, jurídicos y procedimentales que arrojó cada momento investigativo, reflexionando a la luz tanto de la conceptualización que sustenta el estudio, como del contexto colombiano. Se realizó un dialogo de saberes y aportes desde distintos marcos referenciales, que confluyen para tratar de dar cuenta de nuestra preocupación.

El eje central del presente trabajo como se ha mencionado a lo largo del mismo, giró en torno a introducir la nueva forma de entender la prevención de la discapacidad para trabajar (retornar o mantenerse en el trabajo) como un tema en el que intervienen muchos actores y sectores, en permanente interacción, para lo cual se requiere un enfoque holístico, transdisciplinario, alejándose de la concepción tradicional de que es un tema únicamente de rehabilitación integral en el marco del sistema de salud.

La discusión pretende entonces, mostrar el diálogo que se dio a partir de la pregunta de investigación y de su posible respuesta. El diálogo se nutre de los hallazgos estructurales, conceptuales, jurídicos y procedimentales, donde todos son igualmente determinantes para comprender lo que está sucediendo en Colombia en el tema del retorno/mantenimiento al trabajo.

### **1.5 Hallazgos Estructurales**

En el momento en que el país decide con, la adopción de la Ley 100 de 1993, crear un sistema de seguridad social con división en dos subsistemas para la atención de contingencias de salud, basado en la distinción entre origen laboral y no laboral, abonó el terreno para que se generaran controversias respecto a la cobertura. (13)(179)

Estas controversias referentes a si un evento tiene relación de causalidad con el trabajo, no son un tema sencillo, dado que desde la misma concepción del proceso salud enfermedad, muy pocas enfermedades tienen una causa única, generando que la determinación del origen sea compleja. En los accidentes de trabajo, si bien es más fácil determinar las secuelas derivadas del mismo, también aparecen controversias cuando se considera que se superponen patologías que si bien se documentaron durante el proceso de atención del accidente, no son causadas por este. La gran consecuencia de las controversias, es que el acceso a los servicios de salud se ve dilatado, se detiene de manera súbita la realización de exámenes diagnósticos y los tratamientos tanto de índole clínico como los procesos de acompañamiento y asesoría para lograr un retorno a trabajo, hallazgos que son similares a lo reportado en otros países en lo que se han optado por modelos de atención basados en la causa de la condición de salud. (94)

Uno de los interrogantes que surgen a la luz de los hallazgos estructurales es si: ¿necesariamente el tener dividido el sistema, es incompatible con que se puedan lograr procesos exitosos de atención integral y retorno al trabajo para los pacientes que han sufrido accidente de trabajo y enfermedad laboral? Y la respuesta es que no. Si bien esta podría ser considerada una barrera estructural, cuya posible solución consistiría en plantear la unificación el sistema de salud, dicha acción traería consigo la reaparición de problemas como la falta de coordinación y comunicación entre los actores implicados. Es decir, en el retorno al trabajo, el problema no tiene su origen únicamente en quién presta los servicios médico-asistenciales, tampoco reposa en que la rehabilitación integral sea prestada por un solo sistema; va más allá.

¿Por qué va más allá? Porque al revisar cada una de los modelos de reintegro laboral, se evidencia que la respuesta no está solamente en el sector salud, es decir en los profesionales tratantes y en el equipo de rehabilitación. Las acciones de este sector terminan siendo una estrategia incompleta. Incompleta porque se requiere la participación activa de otros sectores: el empresarial, el contexto familiar de los usuarios, los aseguradores, los sindicatos, los jueces, los gremios empresariales y del mismo paciente, quien finalmente es el centro del proceso .

El proceso para lograr el retorno al trabajo es complejo y no lineal. En el diseño de políticas deben considerarse las interacciones entre los actores que intervienen en dicho

proceso, el análisis de cómo podrían establecerse y negociarse intereses comunes, y cuáles podrían ser las estrategias que lleven a la implementación de incentivos y medidas de carácter punitivo para el logro del retorno al trabajo.(180)

Colombia tiene establecida dentro de sus leyes de riesgos laborales, la obligación del empleador de hacer los ajustes y acomodaciones para ubicar al trabajador en un cargo acorde a sus capacidades y aptitudes, responsabilidad que no está presente en otras legislaciones. Sin embargo, no basta con que la legislación liste las obligaciones de cada sector, se deben estipular con mayor claridad los procesos que permitan llegar a los resultados, y que incluya los mecanismos de comunicación y coordinación.

En el estudio quedó establecido que la falta de coordinación y comunicación no es solo entre sistemas, ni entre sectores, es también entre cada uno de los profesionales que intervienen en el proceso, con lo que se corrobora los planteamientos enunciados en el marco teórico y enunciados en otras investigaciones(181)

En el caso del sector salud se pueden encontrar múltiples explicaciones: la primera es que existe un modelo de contratación en donde se paga por unos servicios aislados, independiente del resultado, en el que no se contempla la imparcialidad para llegar a este, ni se tiene en cuenta que se suministre información clara, oportuna y coordinada con otros actores.

Otra de las causas es que aún tenemos dentro de nuestra impronta de formación el modelo biomédico, en donde no se nos enseñó a pensar y trabajar con otras disciplinas, ni desde un enfoque de determinantes sociales, en el que se contemple que la salud depende de aspectos sociales, políticos, económicos, culturales y medio ambientales (182–184).

Otro de los hallazgos estructurales, es el relacionado con la visión de las administradoras de riesgos laborales de considerar que el modelo de atención, se basa en reglas de seguros puros, sin contemplar que cuando se prestan servicios de salud, por ser un derecho fundamental, cuya administración ha sido delegada por el Estado, y estructurada dentro de un sistema de protección social(6), en que debe darse un manejo diferente, en el que se realicen acciones intersectoriales y se permita participación social. La pregunta

que nace es entonces ¿el problema está en las aseguradoras, o está en la forma como se estructuraron las leyes de riesgos laborales que no contemplaron explicitar un enfoque de determinantes sociales? ¿El sector privado puede ser un actor social que de manera articulada con el Estado ayude a construir políticas integrales para la prevención y atención de contingencias laborales logrando que el trabajador mantenga su empleabilidad? Ver Tabla 9-4

Tabla 9-4. Triangulación de Hallazgos Estructurales

Hallazgos Estructurales: Lo que informa lo cuantitativo	Hallazgos estructurales en Análisis de contenido de las Leyes	Hallazgos Estructurales Percepción de actores
División del sistema por causa del evento, lo que genera controversias en la cobertura brindada a los pacientes	Segmentación de prestación de servicios por dos sistemas, con poca claridad sobre límites y deberes lo que genera una interacción conflictiva, en la que el paciente tiene dilación en las prestaciones tanto asistenciales como económicas	Segmentación de prestación de servicios por dos sistemas, con poca claridad sobre límites y deberes; lo que genera una interacción conflictiva, en la que el paciente tiene dilación en las prestaciones tanto asistenciales como económicas
	No está explícito el enfoque de determinantes sociales, en las normas de riesgos laborales	Si bien la seguridad social no es un seguro puro, la decisiones de las ARL respecto a coberturas, seguimiento a los procesos y reintegro, se percibe como un clausulado estricto con posibilidad de cierre administrativo o suspensión súbita de prestaciones asistenciales o económicas
	Las empresas tienen deberes en reincorporación y reubicación, pero no se establece claramente como son las interacciones con otros sectores para lograrlo	

## 1.6 Hallazgos Conceptuales

Los hallazgos de la fase cuantitativa refuerzan la necesidad de contemplar un enfoque de determinantes sociales al momento de establecer políticas para atender la salud de los trabajadores. Al encontrarse que el 77% de los casos que tienen incapacidad

permanente parcial (IPP) se encuentran en actividades poco calificadas, que hay diferencias en la morbilidad en cuanto a género y educación; permite orientar a los tomadores de decisiones sobre ajustes en la implementación del Plan Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo 2013-2021.

Otras reflexión es si en el sistema de riesgos laborales existen inequidades en la prestación de servicios de salud incluidos el asesoramiento en el reintegro, dadas por intereses económicos y de distribución de poder, en donde se privilegia a los trabajadores de las empresas con mayores cotizaciones.

Desafortunadamente la calificación de pérdida de capacidad laboral, se ha convertido en una estrategia para realizar cierre administrativo de casos, sin que se realicen procesos de reintegro con el seguimiento adecuado, y en los casos en los que no es posible lograrlo por desvinculación laboral o porque las habilidades laborales residuales no permiten que se reincorpore a la misma empresa, no existen estrategias intersectoriales que permitan realizar una orientación ocupacional que conlleve a obtener nuevas oportunidades laborales, o iniciar proyectos productivos para no solo mantener los ingresos sino lograr sentirse útiles a la sociedad.

Es claro que al adoptar Colombia un modelo de gestión de la seguridad y salud en el trabajo mediante la Ley 1562 de 2012, se hace un avance importante que empodera a las empresas y las obliga a que hagan mayores esfuerzos para mejorar la salud de los trabajadores y se avanza hacia la inclusión de características del modelo ecológico. También abre nuevas oportunidades para estructurar políticas que permitan lograr que los trabajadores realmente retornen al trabajo o tengan otras alternativas cuando esto no es posible.

En la fase de percepción de los actores, se encontró que en su gran mayoría prefieren políticas en donde se garantice la empleabilidad posterior a la contingencia laboral, esto no quiere decir que no se realice la compensación económica por la incapacidad permanente parcial, solo que se deben analizar al interior del gobierno las estrategias para dar preponderancia en las estrategias de reintegro laboral, tal como lo han venido realizando otros países en Europa y Norte América. (81,184). Ver Tabla 10-4

Tabla 10-4. Triangulación de Hallazgos Conceptuales

Hallazgos Conceptuales: Lo cuantitativo	Hallazgos conceptuales en el Análisis de contenido de las Leyes	Hallazgos Conceptuales en la Percepción de actores
<p>Calificación de pérdida de capacidad laboral basado en un modelo económico.</p> <p>Diferencias en cuanto a género en la distribución de EL y AT-</p> <p>El 85% de las personas con IPP tienen escolaridad igual o inferior a secundaria</p> <p>Preponderancia de patologías de sistema osteomuscular (90%)</p> <p>Aumento de enfermedad mental en enfermedad laboral</p> <p>En accidente de trabajo, las fracturas son el principal diagnóstico que causa IPP</p> <p>77% de los casos de IPP se encuentran en sectores con labores poco calificadas</p>	<p>Debilidad en enfoque intersectorial: incluyendo sectores diferentes a salud, ARL y empresas.</p> <p>Preponderancia de los modelos económicos y biomédico en la Ley 776 de 2002; con la Ley 1562 de 2012 se pasó a un modelo económico y ecológico</p>	<p>El diseño del sistema de riesgos laborales no es intersectorial, y está más enfocado hacia las atenciones en salud y algunos servicios de promoción y prevención brindados en el ámbito empresarial.</p> <p>Se da preponderancia a la calificación de pérdida de capacidad laboral para hacer un cierre administrativo del caso, más que a garantizar un seguimiento al retorno laboral efectivo.</p> <p>Priman las concepciones en las que se prefiere un retorno laboral exitoso sobre una compensación económica.</p>

## 1.7 Hallazgos Jurídicos

El diálogo del presente estudio es ahora con los hallazgos de naturaleza jurídica que son igualmente determinantes al momento de estudiar el retorno/reintegro laboral

Estos se superponen en gran medida a los estructurales, si bien las leyes del sistema de riesgos laborales tienen estipulado el derecho del trabajador a la reubicación, al contrastar con la fase de percepción de actores se encontró que la realidad dista mucho de lo legal. A pesar de que el trabajador cuenta con el recurso de las tutelas para lograr el reintegro en los casos en los que es desvinculado en virtud de las condiciones de salud; existe un vacío legal enorme en el caso de los trabajadores con incapacidad laboral prolongada a quienes la administradora de riesgos laborales no les reconoce el subsidio económico, debido a que se les ha realizado un pago por una pérdida de capacidad laboral, mecanismo definido en el artículo 3º de la Ley 776 de 2012. En estos casos el empleador opta por continuar pagando la seguridad social, pero no reconoce salarios, o algún subsidio económico. Este se constituye en el grupo de trabajadores con mayor inequidad en el sistema de riesgos laborales, y sobre el cual el gobierno debería tomar medidas urgentes para hacer ajustes encaminados a lograr que si no es posible el retorno a la misma empresa, se puedan ofrecer otras alternativas de empleo que permitan satisfacer sus necesidades tanto económicas como sociales.

Es aquí donde las estrategias no deben ser únicamente responsabilidad del asegurador o de la empresa, sino que se requiere el trabajo conjunto de actores como las agremiaciones empresariales, sindicatos, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud, ya que esta problemática se presenta también en trabajadores con condiciones de salud no derivadas del trabajo.

Respecto a la vigilancia y control por parte del Ministerio del Trabajo frente a los procesos de rehabilitación integral brindados en el sistema de riesgos laborales, si bien se han hecho esfuerzos capacitando a los inspectores de trabajo, se considera que los esfuerzos son insuficientes, y la vigilancia deber estar unida a la implementación de sistemas de información unificados, que permitan medir los resultados de los procesos de retorno al trabajo. Ver Tabla 11-4

Tabla 11-4. Triangulación de Hallazgos Jurídicos

Hallazgos Jurídicos Lo cuantitativo	Hallazgos Jurídicos en el Análisis de contenido de las Leyes	Hallazgos Jurídicos en la Percepción de actores
Menor controversia en calificación de origen de AT, dado que la aplicación de la definición legal es más fácil	<p>Debilidad en la vigilancia y control en cuanto a programas de rehabilitación integral</p> <p>Ausencia de incentivos económicos para los empleadores que logren acomodaciones</p> <p>Explicítamente estipulada la obligación de reintegro y reubicación por parte del empleador, acorde a capacidades laborales residuales</p>	<p>Se percibe una disociación entre los derechos enunciados en la ley con respecto al derecho de retorno o mantenimiento del trabajo y la realidad.</p> <p>Se debe recurrir a tutelas y mecanismos legales para lograr prestación de servicios cuando existen controversias respecto al origen.</p>

## 1.8 Hallazgos Procedimentales

El país no cuenta con sistemas de información con indicadores disgregados que contemplen no solo datos planos de siniestralidad, como los suministrados por Fasecolda, sino también indicadores de procesos de reincorporación, costos directos e indirectos de las contingencias laborales, y los diferentes desenlaces incluidos la discapacidad para trabajar.

La Ley 1562 de 2012 definió los recursos con los cuales el país debería adoptar un sistema único de información para el sistema de riesgos laborales. Si bien el Ministerio del Trabajo se encuentra trabajando en este aspecto, el hecho de que cuatro años después de la expedición de la ley no lo haya realizado, genera una alerta y la necesidad de actuación inmediata. Lo mismo ha ocurrido con la implementación del sistema de garantía de calidad.



---

La fase cualitativa de percepción de actores claramente demostró la necesidad de fortalecer la prestación de intervenciones no clínicas, es decir intervenciones psicológicas, vocacionales y de acompañamiento y asesoramiento a las empresas y familias. También nos orienta a la necesidad de avanzar en estudios nacionales que permitan correlacionar los desenlaces positivos en los reintegros laborales y aspectos psicológicos. Esto denota un vacío conceptual frente a lo que debe ser el juicio clínico informado de los profesionales, además de su capacidad de interactuar con otros saberes, profesiones, sectores y actores relacionados con los resultados del retorno al trabajo.

Los resultados informan que los trabajadores no son sometidos a procesos claros y oportunos de atención, lo que hace que se perciba injusticia. Lo que claramente muestra que las administradoras de riesgos están enfocando su actuación hacia la atención o indemnización económica por pérdida de capacidad laboral, sin pensar en la claridad y oportunidad con que son informados los procesos para llegar a resultados sostenibles. Ver Tabla12-4

Tabla 11-4. Triangulación de Hallazgos Procedimentales

Hallazgos Procedimentales Lo cuantitativo	Hallazgos Procedimentales en el Análisis de contenido de las Leyes	Hallazgos Procedimentales en la Percepción de actores
<p>Los pacientes asisten en varias oportunidades a las juntas de calificación, indicaría deterioro clínico o reintegro fallido?</p>	<p>Contempla comunicación entre actores, roles informados, deberes y derechos de los actores.</p> <p>Hay predominio de intervenciones clínicas, dejando débiles las intervenciones no clínicas</p> <p>Existe mayor detalle en procedimientos compensatorios económicos que de reintegro laboral</p>	<p>Se percibe trata digno y respetuoso por parte de las ARL</p> <p>Debilidad en el seguimiento realizado a los procesos de reintegro laboral por parte de las ARL</p> <p>Hay predominio de intervenciones clínicas, dejando débil las intervenciones no clínicas.</p> <p>Falta oportunidad y claridad en la información brindada a los pacientes sobre los procesos de rehabilitación</p> <p>En la recolección de información para el proceso de rehabilitación, no siempre se tiene en cuenta a la empresa y a la familia</p> <p>La información recolectada a veces no incluye el entorno laboral y familiar</p> <p>Dilación en la atención por controversia en origen o tramites de autorización sujetos a evaluación de pertinencia médica por los manejadores de casos</p>

## Recomendaciones

Los hallazgos del presente estudio buscan informar a los distintos sectores relacionados con la Prevención y Manejo de la Discapacidad para trabajar, en Colombia, desde una perspectiva comprensiva, intersectorial, holística, comprometida con la eliminación de las inequidades sociales en el marco de la relación salud- trabajo.

Primero que todo es necesario resaltar que los procesos que dieron lugar a la estructuración normativa de las leyes de riesgos laborales no contemplaron de manera explícita un enfoque de determinantes sociales. Este aspecto es crítico, Por lo cual se requiere que los tomadores de decisiones y constructores de políticas asuman que la salud de los trabajadores no depende solo de acciones en el campo clínico, o empresarial, sino que requiere un andamiaje en el que se involucren aspectos sociales, económicos y políticos (183).

El sector privado puede ser un actor social importante, si efectivamente se compromete a seguir los acuerdos normativos y la implementación de los mismos, de manera articulada con el estado; ayude a construir políticas de prevención para la prevención y atención de contingencias laborales logrando que el trabajador mantenga su empleabilidad.

La dicotomía entre sector público y sector privado como prestador de servicios públicos, ha sido superada en muchos países en donde el sector privado se convierte en un aliado del Estado en busca de lograr soluciones innovadoras, sostenibles y transdisciplinarias (185).

Sin embargo, para que se logre la participación del sector privado con justicia en los procesos, se requiere que exista claridad en las reglas de funcionamiento, se fortalezca la vigilancia del Estado, y se realicen amplias discusiones respecto a la conveniencia o no que sea un sistema con ánimo de lucro. Mientras las administradoras de riesgos

laborales puedan obtener ganancias derivadas de la operación, las estrategias utilizadas en la atención de salud de los trabajadores se verá limitada por visiones de control de costos para salvaguardar la utilidad.

El Ministerio del Trabajo cuenta con una experiencia exitosa en la cual a través de alianzas con el sector privado: Pacto de Productividad y cajas de compensación familiar trabaja en el fortalecimiento y capacitación para promover el empleo de personas con discapacidad. Al indagar sobre la cobertura o enfoque hacia trabajadores con discapacidad para trabajar de origen laboral, se encontró que es limitada; por lo cual se recomienda que se estudie la posibilidad de hacer un esquema en donde el sistema de riesgos laborales, tenga un centro para asesoría a los empleadores con dos líneas: una de investigación y otra de consultoría, en el que se asesore sobre la realización acomodaciones, y sea un puente que conecte a los trabajadores con discapacidad para trabajar con empresas que quieran contratar personas con discapacidad para trabajar. Se debería financiar con dinero del Fondo de Riesgos destinado para investigación y con dinero propio de cada administradora de riesgos laborales.

Se necesita que en el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, no solo se contemple un modelo de rehabilitación, readaptación, reincorporación laboral y orientación ocupacional sino que se estructure una política de retorno al trabajo con enfoque transdisciplinario e intersectorial que sea construida con un enfoque participativo; incluyendo las cajas de compensación familiar, las agremiaciones empresariales, el SENA, las agencias públicas de empleo entre otras, en busca de lograr ofrecer alternativas de empleo para trabajadores teniendo en cuenta un enfoque diferencial incluyendo género, grado de escolaridad, sectores económicos en los que se presenta mayor riesgo de presentar discapacidad para trabajar, teniendo en cuenta los hallazgos sociodemográficos que arrojó la fase cuantitativa del presente estudio.

Dado que la problemática de retorno al trabajo, la comparten otros países y sistema de compensación a nivel mundial, se considera que es un tema de salud global; por lo cual se deberían hacer alianzas investigativas con otros países, lideradas por el Ministerio del Trabajo (31,99,101,107)

El actual modelo de atención de riesgos laborales sigue anclado a la visión de la discapacidad como algo inherente a una condición física exclusivamente, a pesar de que

el país ha avanzado en la adopción de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de La Salud –CIF-, no solo en el campo clínico sino también en el compensatorio en donde se actualizó el Manual Único para la Calificación de la Pérdida Laboral y Ocupacional adoptando concepciones de la CIF, incluyendo limitaciones en las actividades y restricciones en la participación social, económica y ocupacional. Se considera que con la adopción de la variable del rol laboral en el nuevo manual de calificación, el país cuenta con una valiosa oportunidad de avanzar en políticas de reintegro, y en análisis y validación de instrumentos para hacer seguimiento y cuantificar la habilidad – desempeño laboral.(186–188) El Ministerio de Salud y Protección Social en asocio con el Ministerio del Trabajo deberá implementar programas de capacitación para los profesionales de salud y demás actores involucrados en el proceso de atención.

Se sugiere que en la implementación de los estándares mínimos del sistema integrado de gestión del sistema de riesgos laborales, se contemple que las administradoras de riesgos laborales mejoren los sistemas de comunicación con los pacientes, logrando que estos sean informados de los procesos tendientes a recuperar la salud y lograr el reintegro, de una manera clara oportuna y con relacionamiento directo y presencial.

Si bien la Ley 1562 de 2012 en su artículo 10 estableció mecanismos para regular la inequidad en los servicios de promoción brindados a las micro y pequeñas empresas, deberían estructurarse mecanismos para que en las políticas de retorno al trabajo, no exista discriminación en virtud de la cotización.

### **Recomendaciones para futuras líneas de investigación**

En conclusión, se invita a los constructores de política pública en Colombia para que en asocio con la academia, se revisen y retomen los conceptos de prevención de la discapacidad para trabajar, con el fin de hacer ajustes normativos en los lineamientos y las normas de seguridad social, que permitan intervenir prioritariamente en los siguientes aspectos:

- Definición jurídica y procedimientos claros sobre la naturaleza y objetivos de los beneficios que el país otorga por incapacidad temporal

- Análisis de conveniencia o no de adoptar incentivos o ayudas económicas para hacer posible el proceso de reintegro de trabajadores quienes tienen discapacidad para trabajar
- Investigaciones subsidiadas con dinero del Fondo de Riesgos Laborales que analicen de manera amplia la percepción que tienen los trabajadores y los empleadores sobre las responsabilidades en el proceso de prevención de la discapacidad para trabajar y el reintegro, con el fin de orientar la política de reintegro laboral en trabajadores del sistema de riesgos laborales. Adicionalmente se deben iniciar estudios nacionales de índole cuantitativo sobre los determinantes que favorecen los desenlaces positivos, en cuanto un retomo laboral exitoso
- Se sugiere en la próxima Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el trabajo se incluyan aspectos relacionados con la eficacia del retomo al trabajo, posterior a sufrir una contingencia laboral y se indague por los determinantes que actúan como facilitadores o barreras.

### **Retos para los profesionales de la salud**

Llama la atención el hecho de que a pesar que el tema lleva investigándose en el mundo por más de quince años y en Colombia ha sido poco explorado; por lo que se considera que los profesionales de la salud deben actualizarse y asumir los nuevos retos que implica la expedición de la Ley Estatutaria de Discapacidad y el nuevo Plan Decenal de Salud Pública

Hay un campo inexplorado respecto a cuál es el papel de los médicos clínicos en la prevención de la discapacidad para el trabajo, en este aspecto sería de suma importancia la realización de estudios con métodos mixtos, que aportaran datos para la futura formación de profesionales.

**Retos para la Academia**

La academia debe jugar un rol activo, definiendo claramente los perfiles y responsabilidades de los médicos generales, médicos de seguros, médicos ocupacionales y cada uno de los profesionales de salud involucrados en el proceso. Así mismo, al ser un tema que requiere el trabajo transdisciplinario, se hace necesaria la capacitación en las facultades de derecho y administración respecto a los conceptos y las implicaciones de la de prevención de la discapacidad para trabajar.

De acuerdo a los hallazgos de la fase cuantitativa, se determina que las especialidades clínicas como ortopedia, fisiatría, cirugía plástica, oftalmología, y otorrinolaringología deberían incorporar en sus programas curriculares las cátedras de riesgos laborales incluido no solo el diagnóstico y tratamiento inicial, sino también aspectos relacionados con la rehabilitación y la prevención de la discapacidad para trabajar, por ser quienes manejan el mayor porcentaje de patologías de origen laboral.





# Anexo: Formato de Entrevistas

**FORMATO:** ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

**CÓDIGO:** EP-G2-UPVNR

USUARIOS

(03.02.15)



## PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD PARA TRABAJAR: UN ANÁLISIS DEL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES COLOMBIANO

Investigación desarrollada en el Doctorado de Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia.

GRUPO DE ENTREVISTADOS	USUARIOS	CÓDIGO	REQUISITOS
<b>GRUPO 2. USUARIOS</b>	Personas Vinculadas NO Reintegradas  Total de personas: 3	PVNR	* Los usuarios deberán cumplir con los siguientes requisitos para su participación:  - El origen del ACCIDENTE O ENFERMEDAD deben ser de trabajo o laboral respectivamente  - Deben haber pasado por un proceso de rehabilitación  - Debe estar calificado por la ARL

### OBJETIVO GENERAL:

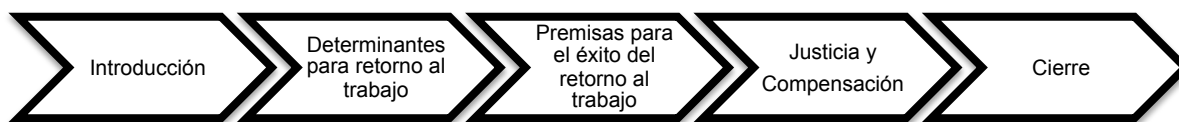
Identificar y comprender mediante los relatos de las experiencias de los actores

entrevistados (sectores de pacientes, EPS y ARL, sector empresarial y profesionales de la salud) cómo fue la atención brindada en relación con el proceso de rehabilitación de los accidentes de trabajo (AT) y enfermedad laboral (EL), con el fin de sugerir ajustes jurídicos, estructurales y procedimentales a realizarse en el Sistema de Riesgos Laborales en Colombia para favorecer el retorno de las personas que han sido objeto de un accidentes de trabajo (AT) o una enfermedad laboral (EL),

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Conocer y entender las experiencias de los distintos sectores entrevistados en torno a las siguientes categorías:

<b>Categorías y subcategorías</b>	<b>Código</b>
<b>Determinantes para el retorno al trabajo</b>	
Proveedores de Salud-Equipo de salud	PS-ET
Sitio de Trabajo	ST
Factores Personales del Trabajador	FPT
Entidad Promotora de Salud	EPS
Aseguradora de Riesgos Profesionales	ARL
Sistema Legislativo	SL
<b>Premisas para el éxito del retorno al trabajo</b>	
Comunicación entre los actores	CA
Roles informados	RI
Plan coordinado	PC
Intervenciones médicas	IM
Intervenciones no médicas	INM
Información de deberes de los actores	IDA
Información de derechos de los actores	IDRA
<b>Justicia y compensación</b>	
Justicia distributiva	JD
Justicia procesal	JP
Justicia informativa	JI

**ETAPAS DE DESARROLLO DE LA ENTREVISTA**

5 minutos	22 minutos	14 minutos	19 minutos	5 minutos
	16 preguntas	10 preguntas	14 preguntas	

**Tiempo aproximado:** 70 minutos (1 hora y 10 minutos)

**Número total de preguntas:** 40

**Material:**

- Grabadora de audio
- Cámara de video
- Consentimiento informado (2 copias)

**1. Introducción / Duración: 5 minutos**

**Objetivo:** Crear una comunicación abierta con el participante y establecer las pautas para el desarrollo de la entrevista.

Mi nombre es \_\_\_\_\_ y me desempeño como \_\_\_\_\_ de esta investigación que tiene como objetivo identificar y comprender mediante los relatos de diferentes actores, las experiencias vivenciadas en relación con la atención brindada dentro del proceso de rehabilitación de accidentes de trabajo (AT) y enfermedad laboral (EL), con el fin de sugerir ajustes jurídicos, estructurales y procedimentales a realizarse en el Sistema de Riesgos

Laborales en Colombia para favorecer el retorno de las personas que han sido objeto de un accidentes de trabajo (AT) o una enfermedad laboral (EL),

- Agradecemos el que haya accedido a participar en esta investigación, a través de esta entrevista en la cual le haremos algunas preguntas relacionadas con su experiencia personal con el Sistema de Riesgos Laborales en Colombia.
- La idea es tener una conversación relajada, **no hay respuestas buenas o malas**, es importante decir todo lo que piensa, lo más importante para nosotros es conocer su opinión.
- **No representamos a ninguna empresa**, esta investigación tiene objetivos académicos, por lo cual siéntanse en libertad de expresar sus opiniones tanto positivas como negativas relacionadas con instituciones, aseguradoras, y otros actores involucrados con el sistema.
- Contamos con un tiempo máximo establecido de 70 minutos (1 hora y 10 minutos) para la realización de esta entrevista. Vamos a abordar varios temas, por lo cual es de vital importancia ser claros con las respuestas y evitar interrupciones para cumplir con el tiempo establecido y no causar demoras adicionales.
- Bajo su autorización, esta entrevista será grabada en audio y video para poderla revisar y tomar las notas requeridas.
- Este material, así como sus datos, serán mantenidos confidencialmente y no serán publicados. A continuación le leeremos el contenido del formato de consentimiento informado en donde usted voluntariamente autoriza con su firma, el uso del contenido de esta entrevista con fines académicos.

Se firmarán dos copias del formato de consentimiento informado, una para el investigador y otra para que la conserve el entrevistado.

**Preguntas guía para introducción al participante:**

¿Podría decirme su nombre completo?

Me podría confirmar en qué rango de edad se encuentra usted:

Entre 30-40 años

Entre 40-50 años

Entre 50-60 años

Más de 60 años

¿Ciudad de origen?

¿Número de contacto y correo electrónico?

¿Profesión u ocupación?

¿Podría confirmarme muy brevemente sus funciones dentro de la empresa a la que se encuentra vinculado?

¿Podría comentarme si usted es una persona que ha sido objeto de un accidente de trabajo (AT) o una enfermedad laboral (EL)?

Si usted es un trabajador con un accidente de trabajo (AT), ¿podría decirme la fecha del accidente de trabajo (AT) y cómo ocurrió?

Si usted es un trabajador con una enfermedad laboral (EL), ¿podría decirme el diagnóstico de su enfermedad laboral (EL) y la fecha en la cual se aceptó como enfermedad profesional?

¿Usted en la actualidad es una persona que se encuentra reintegrada al trabajo (PR), vinculada pero no reintegrada (PVNR) o desvinculada (PDV)?

---

**2. Determinantes para el retorno al trabajo**

**Duración:** 22 minutos

**16 preguntas:** 1,37 minutos por pregunta

**(Proveedores de Salud-Equipo de Salud PS-ET)**

1. ¿Considera que el equipo de salud (médicos de atención de siniestros de las Aseguradoras de Riesgos Laborales - ARL, médicos laborales de las Entidades Prestadoras de Salud - EPS, médicos especialistas, terapeutas ocupacionales de las Aseguradoras de Riesgos Laborales - ARL, fisioterapeutas de las Aseguradoras de Riesgos Laborales - ARL, y psicólogos) que intervino en su

proceso de rehabilitación integral para retorno al trabajo fue suficiente?, ¿por qué?

2. ¿Qué profesionales del equipo de salud que intervino en su proceso de rehabilitación integral para retorno al trabajo considera usted que son imprescindibles?, ¿por qué?
3. ¿Qué profesionales del equipo de salud considera usted que faltaron dentro de su proceso de rehabilitación integral para facilitar su retorno al trabajo?, ¿por qué?

**(Sitio de Trabajo - ST)**

4. De acuerdo con su experiencia ¿considera usted que el sitio de trabajo (ST) es un elemento decisivo dentro del proceso para lograr el retorno al trabajo de personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿por qué?
5. ¿Considera que los ajustes al sitio de trabajo pueden convertirse en una variable que puede aumentar las condiciones para que se dé o no el retorno al trabajo por parte de las personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿por qué?
6. ¿Cuáles factores de los sitios de trabajo considera usted que tienen una mayor relevancia para lograr el retorno al trabajo de personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿por qué?

**(Factores Personales del Trabajador - FPT)**

7. ¿Considera que los factores personales del trabajador (FPT) son una variable importante dentro del proceso de rehabilitación integral para el retorno al trabajo?, ¿por qué?
8. ¿Cuáles considera usted que son los factores personales del trabajador (FPT) con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) que intervienen dentro del proceso de rehabilitación integral para que se dé un adecuado retorno al trabajo?, ¿por qué?

**(Entidad Promotora de Salud - EPS)**

9. De acuerdo con su experiencia ¿en algún momento del proceso de rehabilitación integral fue usted atendido a través de la Entidad Promotora de Salud (EPS)? Si la respuesta es SI continúe con la pregunta 10, si es NO continúe con la pregunta

10. ¿Considera adecuado el manejo del equipo de salud de la Entidad Prestadora de Salud (EPS) que intervino en su proceso de rehabilitación integral como trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) para lograr el efectivo retorno al trabajo?, ¿por qué?
11. De acuerdo con su experiencia, ¿qué debería ser contemplado adicionalmente por las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para un adecuado manejo del proceso de rehabilitación integral de un trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) que propicie su retorno al trabajo?, ¿por qué?

**(Aseguradora de Riesgos Laborales - ARL)**

12. De acuerdo con su experiencia ¿podría describir cómo es la atención brindada por la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) en relación con los procesos de rehabilitación integral para propiciar el retorno al trabajo de un trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?
13. De acuerdo con su experiencia ¿considera que la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) requiere incluir algo adicional para brindar un adecuado manejo de la rehabilitación integral de un trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) para propiciar su retorno al trabajo?

**(Sistema Legislativo - SL)**

14. De acuerdo con su experiencia ¿considera que el sistema legal existente en Colombia garantiza el derecho del trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) a acceder a una rehabilitación integral que propicie el retorno al trabajo?, ¿por qué?
15. ¿Cuáles considera como principales fortalezas del sistema legal y normativo actual en términos de la rehabilitación integral para propiciar el retorno al trabajo de un trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿por qué?
16. ¿Cuáles considera como principales debilidades del sistema legal y normativo actual en términos de la rehabilitación integral para propiciar el retorno al trabajo de un trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿por qué?

### **3. Premisas para el éxito del retorno al trabajo**

**Duración:** 14 minutos

**10 preguntas:** 1,37 minutos por pregunta

#### **(Comunicación entre los actores - CA)**

17. De acuerdo con su experiencia ¿considera que dentro del proceso de rehabilitación integral de los trabajadores con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) existe una comunicación adecuada entre los diferentes actores implicados? ¿por qué?

#### **(Roles Informados - RI)**

18. A lo largo de su experiencia ¿ha encontrado que los diferentes roles (papeles desempeñados) de los actores involucrados dentro del proceso de rehabilitación integral de un trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) están debidamente identificados y documentados con el fin de lograr un exitoso retorno al trabajo?, ¿por qué?
19. ¿Considera usted que ha sido suficiente el grado de conocimiento que posee en este momento sobre los roles de cada uno de los actores que participan o intervienen en el proceso de rehabilitación integral de un trabajador con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) para lograr un exitoso retorno al trabajo?, ¿por qué?

#### **(Plan Coordinado - PC)**

20. De acuerdo con su experiencia ¿considera que ha habido una coordinación adecuada entre los diferentes actores (personal de la ARL, EPS y la empresa) involucrados dentro del proceso rehabilitación integral para lograr con éxito el retorno al trabajo de las personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿por qué?

#### **(Intervenciones Médicas - IM)**

21. De acuerdo con su experiencia ¿cuáles son las principales intervenciones médicas (incluye farmacológicas) que se brindan a los usuarios dentro de los



procesos de rehabilitación integral para el logro del retorno al trabajo de las personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿por qué?

**(Intervenciones NO Médicas - INM)**

22. De acuerdo con su experiencia ¿cuáles han sido las intervenciones NO médicas (psicológicas, vocacionales o entrenamiento físico) que usted ha conocido en el proceso de rehabilitación integral para el logro del retorno al trabajo de las personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?
23. ¿Cuáles considera usted que son las principales intervenciones NO médicas que deberían prestarse dentro del proceso de rehabilitación integral para el logro del retorno al trabajo de las personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿por qué?

**(Información de Deberes de los Actores - IDA)**

24. ¿Conoce usted cuáles son sus principales deberes con los demás actores dentro de los procesos de rehabilitación integral para el logro del retorno al trabajo de las personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL)?, ¿Dónde adquirió conocimientos sobre ellos?

**(Información de Derechos de los Actores - IDRA)**

25. De acuerdo con su experiencia ¿cuáles derechos considera que se ejercen en mayor medida por parte de las personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) dentro del proceso de rehabilitación integral para el logro del retorno al trabajo?, ¿por qué?
26. De acuerdo con su experiencia ¿cuáles derechos considera que son vulnerados en mayor medida a las personas con accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL) dentro del proceso de rehabilitación integral para el logro del retorno al trabajo?, ¿por qué?

---

**4. Justicia y compensación**

**Duración:** 19 minutos

**14 preguntas:** 1,37 minutos por pregunta

**(Justicia Distributiva - JD)**

27. De acuerdo con su experiencia ¿considera que a través de todo el proceso con el Sistema de Riesgos Laborales, los **beneficios** de los que usted ha sido objeto son justos?
28. ¿Considera que de acuerdo con la naturaleza y severidad de su lesión la cuantía de los **beneficios de compensación** recibidos han sido justos?
29. ¿Considera que de acuerdo con la naturaleza y severidad de su lesión el **tiempo de incapacidad temporal** recibido ha sido justo?
30. ¿Considera que el **pago por su pérdida de capacidad laboral** de acuerdo con su nivel de ingresos previo al accidente o enfermedad laboral ha sido justo?

**(Justicia Procesal - JP)**

31. De acuerdo con su experiencia ¿ha podido **expresar su punto de vista y/o posición** cuando la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) ha tomado decisiones acerca de sus beneficios de compensación (pago por incapacidad temporal y/o pago único por pérdida de capacidad laboral)?
32. ¿Usted ha tenido alguna influencia sobre **sus beneficios de compensación**?
33. ¿Considera que la forma en la que la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) ha tomado **decisiones respecto a su caso ha sido perjudicial para usted** de alguna manera?
34. ¿Considera que la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) ha **recolectado de manera correcta la información para tomar las decisiones respecto a la atención de su caso**?

**(Justicia Informativa - JI)**

35. De acuerdo con su experiencia ¿considera que el personal de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) le ha **brindado la información que usted ha necesitado**?
36. ¿Considera que el personal de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) le ha **explicado** detalladamente toda la **información relacionada con la toma de decisiones respecto a su caso**?
37. ¿Considera que el personal de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) le ha **comunicado todos los detalles respecto a su caso en los tiempos apropiados**?

**(Justicia Interpersonal - JIP)**

38. De acuerdo con su experiencia ¿considera que el personal de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) lo ha **tratado de una manera amable**?
39. ¿Considera que el personal de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) lo ha **tratado de con dignidad y respeto**?
40. Si usted pudiera decidir entre una **compensación económica y/o mantener su trabajo en condiciones similares a las que tenía antes** del accidente de trabajo (AT) o enfermedad laboral (EL), ¿qué preferiría?, ¿por qué?

.....

**5. Cierre****Duración: 5 minutos**

Le agradecemos por la atención prestada y el tiempo destinado para esta entrevista.

Estaremos comunicándonos con usted nuevamente para presentarle los datos que hemos incluido en esta investigación de acuerdo con su relato, así como para presentarle los resultados finales.

En caso de requerir información adicional de parte suya, lo estaremos contactando nuevamente.



## Anexo: Consentimiento Informado

**FORMATO: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**CÓDIGO: CIEP – G2U**

**GRUPO 2 - USUARIOS**

**(03.02.15)**



### **PREVENCIÓN Y MANEJO DE LA DISCAPACIDAD PARA TRABAJAR: UN ANÁLISIS DEL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES COLOMBIANO**

**Investigación desarrollada en el Doctorado de Salud Pública**

**Universidad Nacional de Colombia.**

Yo \_\_\_\_\_ identificado/a con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, manifiesto mi deseo de participar voluntariamente en la investigación que desarrolla el Doctorado de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, la cual ha sido aprobada mediante el Acta 081/14 del 24 de julio de 2014.

Dicha investigación tiene como objetivo el identificar a través de las experiencias vividas por los actores relacionados con el proceso de rehabilitación integral de trabajadores con accidente de trabajo y/o enfermedad laboral, los factores sociales, legales, procedimentales y organizacionales que intervienen en el proceso de atención de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral en Colombia, incluyendo aspectos relacionados con la rehabilitación y reincorporación al trabajo.

Se me ha informado previamente que durante esta sesión participaré en calidad de entrevistado, se me solicitará hablar acerca de mi experiencia personal de acuerdo al objeto de estudio de la investigación a través de algunas preguntas que se me realizarán. La duración aproximada de la entrevista es de 60 minutos, en la fecha y hora pactadas con el encargado de la investigación. Sé que el contenido de la sesión será grabado en audio y video para el correspondiente procesamiento de la información. El contenido tanto del audio como de los videos no se divulgará públicamente a través de ningún medio de comunicación.

Autorizo el uso académico de la información suministrada a lo largo de la investigación. Entiendo que mi nombre y la institución para la cual trabajo no serán publicados de manera explícita, y se utilizarán pseudónimos. Soy plenamente consciente de que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento y que ello no traerá ningún perjuicio para mí. Se me ha informado que mi colaboración en la investigación no tendrá ninguna compensación económica ni de otra especie.

Sé que la información que se construya con base en la experiencia vivida servirá para entender como las personas que sufren un accidente de trabajo y/o una enfermedad laboral son atendidas y cómo es el funcionamiento de los procesos de rehabilitación y reincorporación laboral en el país, permitiendo a futuro generar estrategias y propuestas que promuevan el mejoramiento del Sistema de Riesgos Laborales.

Tendré derecho a preguntar por el estado, los resultados o cualquier otro asunto relacionado con la investigación a la profesora Marisol Moreno Angarita quien actúa como directora del presente estudio y/o a la Médica Diana Elizabeth Cuervo Díaz, investigadora principal, quienes son responsables del presente proyecto, con quienes me podré comunicar en el teléfono 3165683 o en los correos electrónicos [mmorenoa@unal.edu.co](mailto:mmorenoa@unal.edu.co) y [decuervod@unal.edu.co](mailto:decuervod@unal.edu.co).

He leído todo el contenido de este escrito y todas mis inquietudes al respecto han sido respondidas satisfactoriamente.

**CIUDAD Y FECHA**

	<b>NOMBRE</b>	<b>CÉDULA</b>	<b>FIRMA</b>	<b>TELÉFONO E – MAIL</b>
<b>ENTREVISTADO</b>				
<b>INVESTIGADOR A CARGO</b>				
<b>OBSERVADOR</b>				

## Anexo: Categorías de Análisis de las Ley 776 de 2002 y Ley 1562 de 2012

Categorías y subcategorías para el análisis de contenido de documentos normativos	
Categorías y subcategorías	Código
<b>Determinantes para retorno al trabajo</b>	
Proveedores de Salud-Equipo de salud	PS-ET
Sitio de Trabajo	ST
Factores Personales del Trabajador	FPT
Entidad Promotora de Salud	EPS
Aseguradora de Riesgos Profesionales	ARL
Sistema Legislativo	SL
<b>Premisas para el éxito del retorno al trabajo</b>	
Comunicación entre los Actores	CA
Roles Informados	RI
Plan Coordinado	PC

<b>Categorías y subcategorías para el análisis de contenido de documentos normativos</b>	
<b>Categorías y subcategorías</b>	<b>Código</b>
<b>Intervenciones Clínicas</b>	IM
<b>Intervenciones No Médicas</b>	INM
<b>Información de Deberes de los Actores</b>	IDA
<b>Información de Derechos de los Actores</b>	IDRA

Tabla 12. Categorías y subcategorías para el análisis de contenido de documentos.  
Fuente: Elaboración propia Cuervo-Díaz D, 2014

<b>Categorías (Modelos de retorno al trabajo)</b>	<b>Código</b>	<b>Contenido que se considera pertenece a la categoría</b>
Modelo Biomédico	MBM	<p>Schulz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La enfermedad se debe a la patología física</li> <li>- Los síntomas y la discapacidad son directamente proporcionales a la patología física</li> </ul> <p>Schultz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La mente y el cuerpo están separados</li> <li>- Se centran en el descubrimiento de la patología orgánica</li> <li>- Orientado hacia la cura</li> <li>- Centrado en las modalidades de tratamiento físico</li> <li>- Compensación por impedimentos con causas médicas claramente identificables</li> </ul>
Modelo Psicosocial	MPS	<p>Schultz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los factores psicosociales desempeñan un papel predominante en la discapacidad y la disposición para el</li> </ul>



Categorías (Modelos de retorno al trabajo)	Código	Contenido que se considera pertenece a la categoría
Modelo Forense	MF	<p>retorno al trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los factores psicosociales se relacionan tanto con lo individual como con el sistema</li> <li>- Factores motivacionales median entre el deterioro y la discapacidad</li> <li>- Comprende los conductores subjetivos de la discapacidad</li> <li>- Aunque muchos factores psicosociales no son indemnizables deben ser tenidos en cuenta en el tratamiento</li> </ul> <p>Schultz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las personas a las que se les anticipan ganancias secundarias es probable que sean deshonestas en relación con sus síntomas</li> <li>- Prueba objetiva del deterioro y la discapacidad debe ser proporcionada</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verdad científica</li> <li>- Limitación de costos</li> <li>- El modelo interdisciplinario puede utilizarse</li> <li>- Amplia gama de opciones de tratamiento solo para clientes identificados como "honestos"</li> <li>- Múltiples salvaguardias sistémicas necesarias para detectar la mala intención que puede causar ineficiencias en el servicio</li> </ul> <p>Schultz</p>
Modelo Económico	ME	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Macrosistema de las fuerzas económicas juega un papel predominante en la discapacidad</li> <li>- Enfocado en la participación de la fuerza laboral, incentivos económicos, los cambios en la demanda de trabajo, los efectos de la discriminación, y el impacto económico del largo plazo de</li> </ul>

Categorías (Modelos de retorno al trabajo)	Código	Contenido que se considera pertenece a la categoría
		<p>la lesión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los períodos de incapacidad no son simples episodios, si son recurrentes estos patrones son predictores de una discapacidad futura</li> <li>- El diagnóstico clínico individual es de importancia secundaria</li> <li>- Los datos del costo de las intervenciones para retorno al trabajo son importantes</li> <li>- Reducción de costos debido a la mejora del sistema basado en la identificación e intervención de múltiples</li> <li>- Factores económicos para el retorno al trabajo a través del tiempo.</li> </ul> <p>La participación en el trabajo es un proceso complejo que involucra múltiples actores y es importante empezar a ver el modelo de manera más amplia y no solamente enfocándose en el sistema individual, incluyendo el estudio de los aspectos ambientales externos que podrían actuar como barreras o facilitadores del retorno al trabajo de los quienes han sufrido accidente de trabajo o enfermedad laboral. Es así como se ha ido migrando hacia un nuevo paradigma en el manejo de la discapacidad en el que se enfoca más hacia “enablement” (capacidad o habilidad), dejando de lado la visión individualista guiada por el modelo médico del “impairment”</p>
Modelo Ecológico	MECO	<p>Schultz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La discapacidad para trabajar debe entenderse en un contexto sistémico, teniendo en cuenta la interacción entre el macrosistema, mesosistema, y microsistema (el individuo)</li> <li>- La discapacidad para trabajar tiene múltiples actores sociales, incluyendo al empleador</li> <li>- Cuidado de la salud, el sistema de seguros, y la familia; cada uno de los grupos de interés tiene diferentes paradigmas de la discapacidad y de los resultados esperados para el retorno al</li> </ul>

Categorías (Modelos de retorno al trabajo)	Código	Contenido que se considera pertenece a la categoría
		<p>trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las fuerzas económicas del macrosistema juega un papel predominante en la discapacidad</li> <li>- El enfoque en la participación laboral, los incentivos económicos, los cambios en la demanda de trabajo, los efectos de la discriminación, y el largo plazo económico, impactan en la lesión</li> <li>- El accidente del trabajo se entiende y es manejado en el contexto socio-político del lugar de trabajo</li> <li>- Las necesidades de los trabajadores y los empleadores pueden ser complementarias</li> <li>- Las características del lugar de trabajo influyen significativamente en las secuelas de la lesión / recuperación y rehabilitación</li> <li>- Proactividad y discapacidad centrada en la prevención</li> <li>- INTERVENCIÓN temprana en el lugar de trabajo</li> <li>- Protección del trabajador lesionado contra la explotación</li> <li>- Reducción de los costos de la discapacidad a largo plazo</li> <li>- Modelo ampliado, relacionado con la CIF.</li> </ul> <p>Schultz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La respuesta a las lesiones se considera multidimensional</li> </ul>
Modelo Biopsicosocial	MBPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El deterioro definido médicamente no predice de manera fiable los síntomas de la discapacidad. Factores psicosociales median una reacción a una lesión</li> <li>- Enfoque Interdisciplinario / transdisciplinario, contempla la persona como un todo</li> <li>- Se centra en la auto-responsabilidad y la autogestión de los</li> </ul>

Categorías (Modelos de retorno al trabajo)	Código	Contenido que se considera pertenece a la categoría
		<p>trabajadores</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La incapacidad y retorno al trabajo son procesos basados en el tiempo</li><li>- Tratamiento y retorno al trabajo más importante que el diagnóstico</li><li>- El afrontar es un resultado deseable si la cura no es posible</li><li>- Trabajador como un participante activo en el proceso y responsable de la resultado</li><li>- Rehabilitación superior, costos de compensación más bajos</li><li>- Compensación principalmente para los tratamientos que fracasan y el deterioro permanente</li><li>- Compensación utilizada como un incentivo para la rehabilitación y retorno al trabajo</li></ul>

## Anexo: Unidades de análisis Ley 776 de 2002 (10)

Ley 776 de 2002	
Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.	
No. Documento	
2	
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
1	Artículo 1°. Derecho a las prestaciones. Parágrafo 2°.
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
2	Artículo 2°. Incapacidad Temporal
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
3	Artículo 3°. Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
4	Artículo 4°. Reincorporación al trabajo
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
5	Artículo 6°. Declaración de la incapacidad permanente parcial
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
6	Artículo 8°. Reubicación del trabajador

## Anexo: Unidades de análisis Ley 1562 de 2012 (11)

Ley 1562 de 2012	
Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.	
No. Documento	
1	
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
1	Artículo 5°. Ingreso base de liquidación. Parágrafo 2°.
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
2	Artículo 5°. Ingreso base de liquidación. Parágrafo 3°.
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
3	Artículo 11°. Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal a).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
4	Artículo 11°. Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal b).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
5	Artículo 11°. Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal c).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis

6	Artículo 11°. Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal d).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
7	Artículo 11°. Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal e).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis

## Anexo: Análisis de Contenido realizado a la Ley 776 de 2002

<b>Ley 776 de 2002</b>	
<b>Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.</b>	
<b>No. Documento</b>	
4	
<b>No. unidad de análisis</b>	<b>Comentario unidad de análisis</b>
1	<b>Artículo 1º.</b> Derecho a las prestaciones. <b>Parágrafo 2º.</b>
<b>No. unidad de análisis</b>	<b>Comentario unidad de análisis</b>
2	<b>Artículo 2º.</b> Incapacidad Temporal
<b>No. unidad de análisis</b>	<b>Comentario unidad de análisis</b>
3	<b>Artículo 3º.</b> Monto de las prestaciones económicas por incapacidad temporal
<b>No. unidad de análisis</b>	<b>Comentario unidad de análisis</b>
4	<b>Artículo 4º.</b> Reincorporación al trabajo
<b>No. unidad de análisis</b>	<b>Comentario unidad de análisis</b>
5	<b>Artículo 6º.</b> Declaración de la incapacidad permanente parcial
<b>No. unidad de análisis</b>	<b>Comentario unidad de análisis</b>
6	<b>Artículo 8º.</b> Reubicación del trabajador









Ley 776 de 2002															
Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.															
Unidades de análisis		Categorías													
No.	Contenido	Determinantes para retorno al trabajo						Premisas para el éxito del retorno al trabajo							
		PSET	ST	FPT	EPS	ARL	SL	CA	RI	PC	IC	INC	IDA	IDRA	
	cargo que desempeñaba o a proporcionar un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesarios.														

Ley 776 de 2002							
Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.							
Modelos de retorno al trabajo							
Unidades de Análisis		MBM	MPS	MF	ME	MECO	MBPS
No.	Contenido						
UA							
1	<p><b>Las prestaciones asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, serán reconocidas y pagadas por la administradora</b> en la cual se encuentre afiliado el <b>trabajador</b> en el momento de ocurrir el accidente o, en el caso de la enfermedad profesional, al momento de requerir la prestación.</p> <p>Cuando se presente una enfermedad profesional, la <b>administradora de riesgos profesionales</b> que asume las prestaciones, podrá repetir proporcionalmente por el valor pagado con sujeción y, en la misma proporción al tiempo de exposición al riesgo que haya tenido el <b>afiliado</b> en las <b>diferentes administradoras, entidades o a su empleador</b> de haber tenido períodos sin cobertura.</p> <p>Para <b>enfermedad profesional</b> en el caso de que el trabajador se encuentre desvinculado del <b>Sistema de Riesgos Profesionales</b>, y la enfermedad sea calificada</p>						

como profesional, deberá asumir las prestaciones la última administradora de riesgos a la cual estuvo vinculado, siempre y cuando el origen de la enfermedad pueda imputarse al período en el que estuvo cubierto por ese Sistema.

La **Administradora de Riesgos Profesionales** en la cual se hubiere presentado un accidente de trabajo, deberá responder íntegramente por las prestaciones derivadas de este evento, tanto en el momento inicial como frente a sus secuelas, independientemente de que el trabajador se encuentre o no afiliado a esa administradora.

- 2 Se entiende por **incapacidad temporal**, aquella que según el **cuadro agudo de la enfermedad o lesión** que presente el **afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales**, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.
- 3 Todo **afiliado** a quien se le **defina una incapacidad temporal**, recibirá **un subsidio equivalente al cien (100%)** de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente el que ocurrió el accidente de trabajo y hasta el momento de su rehabilitación, readaptación o curación, o de la declaración de su incapacidad permanente parcial, invalidez o su muerte. El pago se efectuará en los períodos en que el trabajador reciba regularmente su salario.
- 4 Al terminar el **período de incapacidad temporal**, los **empleadores están obligados**, si el trabajador **recupera su capacidad de trabajo**, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, de la misma categoría.
- 5 La declaración de incapacidad permanente parcial se hará en función a la incapacidad que tenga el trabajador para procurarse por medio de un trabajo, con sus actuales fuerzas, capacidad y formación profesional, una remuneración equivalente al salario o renta que ganaba antes del accidente o de la enfermedad.
- 6 Los **empleadores** están obligados a ubicar al trabajador incapacitado parcialmente en el cargo que desempeñaba o a proporcionarle un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesarios.

## Anexo: Análisis de Contenido realizado a la Ley 1562 de 2012

Ley 1562 de 2012 Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.	
No. documento	
1	
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
1	<b>Artículo 5°.</b> Ingreso base de liquidación. Parágrafo 2°.
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
2	<b>Artículo 5°.</b> Ingreso base de liquidación. Parágrafo 3°.
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
3	<b>Artículo 11°.</b> Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal a).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
4	<b>Artículo 11°.</b> Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal b).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
5	<b>Artículo 11°.</b> Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal c).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
6	<b>Artículo 11°.</b> Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal d).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
7	<b>Artículo 11°.</b> Servicios de Promoción y Prevención. Numeral 2. Literal e).
No. unidad de análisis	Comentario unidad de análisis
8	<b>Artículo 29.</b>















Ley 1562 de 2012 por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.															
Unidades de análisis		Categorías													
No	Contenido	Determinantes para retorno al trabajo						Premisas para el éxito del retorno al trabajo							
		PSET	ST	FPT	EPS	ARL	SL	CA	RI	PC	IC	INC	IDA	IDRA	
	la salud de los trabajadores. El <b>Instituto Nacional de Salud</b> desarrollará proyectos de investigación en salud laboral y <b>convocará de manera activa y obligatoria a todos los actores del sistema y a los grupos e instituciones de investigación</b> a participar en proyectos de investigación en salud laboral, de acuerdo a las líneas de investigación establecidas como prioritarias.														

Ley 1562 de 2012 por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.								
Modelos de retorno al trabajo								
Unidades de Análisis		MBM	MPS	MF	ME	MECO	MBPS	
No	Contenido							
1	Para el caso del pago del <b>subsidio por incapacidad temporal</b> , la prestación será reconocida con base en el <b>último (IBC)</b> pagado a la <b>Entidad Administradora de Riesgos Laborales</b> anterior al inicio de la <b>incapacidad médica</b> las <b>Administradoras de Riesgos Laborales</b> deberán asumir el pago de la <b>cotización a pensiones y salud</b> , correspondiente a los empleadores o de los trabajadores independientes, durante los periodos de incapacidad temporal y hasta por un Ingreso Base de Cotización equivalente al valor de la incapacidad. <b>La proporción será la misma establecida para estos sistemas en la Ley 100 de 1993.</b>							

## Ley 1562 de 2012

por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

## Modelos de retorno al trabajo

No	Unidades de Análisis Contenido	MBM	MPS	MF	ME	MECO	MBPS
2	El pago de la <b>incapacidad temporal</b> será asumido por las <b>Entidades Promotoras de Salud</b> , en caso de que la calificación de <b>origen en la primera oportunidad sea común</b> ; o por la <b>Administradora de Riesgos Laborales</b> en caso de que la calificación del origen en primera oportunidad sea <b>laboral</b> y si existiese controversia continuarán cubriendo dicha incapacidad temporal de esta manera hasta que exista un dictamen en firme por parte de la <b>Junta Regional o Nacional</b> si se apela a esta, cuando el pago corresponda a la <b>Administradora de Riesgos Laborales</b> y esté en controversia, esta pagará el mismo porcentaje estipulado por la normatividad vigente para el régimen contributivo del <b>Sistema General de Seguridad Social en Salud</b> , una vez el dictamen esté en firme podrán entre ellas realizarse los respectivos reembolso y la ARP reconocerá al trabajador la diferencia en caso de que el dictamen en firme indique que correspondía a origen laboral.						
3	2. Del noventa y dos por ciento (92%) del total de la cotización, la <b>Entidad Administradora de Riesgos Laborales</b> destinará como mínimo el diez por ciento (10%) para lo siguiente: a) Desarrollo de programas regulares de prevención y control de riesgos laborales y de rehabilitación integral en las empresas afiliadas;						
4	2. Del noventa y dos por ciento (92%) del total de la cotización, la <b>Entidad Administradora de Riesgos Laborales</b> destinará como mínimo el diez por ciento (10%) para lo siguiente: b) Apoyo, asesoría y desarrollo de campañas en sus empresas afiliadas para el desarrollo de actividades para el control de los riesgos, el desarrollo de los sistemas de vigilancia epidemiológica y la evaluación y formulación de ajustes al plan de trabajo anual de las empresas. Los dos objetivos principales de esta obligación son: el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo y salud, y el control efectivo del riesgo;						
5	2. Del noventa y dos por ciento (92%) del total de la cotización, la <b>Entidad Administradora de Riesgos Laborales</b> destinará como mínimo el diez por ciento (10%) para lo siguiente: c) Las <b>administradoras de riesgos laborales</b> deben desarrollar programas, campañas, crear o implementar mecanismos y acciones para <b>prevenir los daños secundarios y secuelas en caso de incapacidad</b>						

## Ley 1562 de 2012

por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional.

## Modelos de retorno al trabajo

Unidades de Análisis							
No	Contenido	MBM	MPS	MF	ME	MECO	MBPS
	<b>permanente parcial e invalidez</b> , para lograr la <b>rehabilitación integral</b> , procesos de readaptación y reubicación laboral;						
6	. Del noventa y dos por ciento (92%) del total de la cotización, la <b>Entidad Administradora de Riesgos Laborales</b> destinará como mínimo el diez por ciento (10%) para lo siguiente: d) Diseño y asesoría en la implementación de <b>áreas, puestos de trabajo, maquinarias, equipos y herramientas para los procesos de reinserción laboral</b> , con el objeto de intervenir y evitar los accidentes de trabajo y enfermedades Laborales;						
7	2. Del noventa y dos por ciento (92%) del total de la cotización, la <b>Entidad Administradora de Riesgos Laborales</b> destinará como mínimo el diez por ciento (10%) para lo siguiente: e) Suministrar asesoría técnica para la realización de <b>estudios evaluativos de higiene ocupacional o industrial</b> , diseño e instalación de métodos de control de ingeniería, según el grado de riesgo, para reducir la exposición de los trabajadores a niveles permisibles.						
8	El <b>Instituto Nacional de Salud</b> como autoridad científico técnica en salud <b>ejercerá</b> la dirección, <b>coordinación y ejecución de las políticas de investigación científica en salud, fomentará la investigación en salud laboral, establecerá las líneas prioritarias de investigación en salud laboral con la sociedad científica en medicina del trabajo</b> de los problemas de mayor incidencia y prevalencia en la salud de los trabajadores. El <b>Instituto Nacional de Salud</b> desarrollará proyectos de investigación en salud laboral y <b>convocará de manera activa y obligatoria a todos los actores del sistema y a los grupos e instituciones de investigación</b> a participar en proyectos de investigación en salud laboral, de acuerdo a las líneas de investigación establecidas como prioritarias.						

## Anexo: Presentación del Trabajo en eventos académicos

1. **Nombre del evento:** Work Disability Strategic Training Program

*Tipo de evento:* Otro *Ámbito:* Internacional *Realizado el* 2014-06-02 al 2014-06-11 y 2015-06-08 al 2015-06-20 *en* Toronto - Dalla Lana Public Health Institute University of Toronto

**Productos asociados**

*Nombre del producto:* Work Disability Prevention and Management : An Analysis Labour Risk System In Colombia

*Tipo de producto:* Producción técnica - Presentación de trabajo - Comunicación

**Instituciones asociadas**

*Nombre de la institución:* Beca otorgada por Canadian Health Research Institute( Patrocinadora)

2. **Nombre del evento:** Seminar Sociopolitical Issues in Work Disability Prevention

*Tipo de evento:* Seminario *Ámbito:* Internacional *Realizado el* 2015-06-09 *en* Toronto - Dalla Lana Public Health University of Toronto

**Productos asociados**

*Nombre del producto* Colombian Social Security System: Work Disability Issues *Tipo de producto:* Producción técnica - Presentación de trabajo - Ponencia

**Instituciones asociadas**

*Nombre de la institución:* Canadian Health Research Institute ( Patrocinadora)

3. **Nombre del evento:** ENID 2015 Inclusión Social y Desarrollo Humano

**Tipo de evento:** Encuentro *Ámbito* Nacional 21 de Octubre de 2015  
Universidad Nacional de Colombia Sede Manizalez

**Productos asociados**

**Nombre del producto:** Proyecto de tesis Doctoral, Prevención y Manejo de la discapacidad para trabajar: Un análisis al sistema de riesgos laborales Colombiano

**Tipo de producto:** Producción técnica - Presentación de trabajo – Ponencia

4. **Nombre del evento:** Canadian Conference on Global Health 2015

**Tipo de evento:** Congreso *Ámbito:* Internacional *Realizado el:* 2015-11-05 al 2016-02-07  
Montreal - Bonaventure Hotel Montreal Canadá

**Productos asociados**

*Nombre del producto:* Work Disability Prevention and Management: An Analysis of Colombian Labour Risk System

**Tipo de producto:** Demás trabajos - Demás trabajos – Póster



## Bibliografía

1. Arenas Monsalve G. El marco normativo del Sistema de Riesgos Profesionales en la seguridad social colombiana. *Universitas (Stuttg)*. Bogotá; 2003;105:583–634.
2. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de Seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. 1993 p. 1–132.
3. Congreso de la Republica de Colombia. Decreto 1295 de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá; 1994.
4. Ministerio de la Protección Social. Conversatorio de Expertos de Rehabilitación que participaron en la elaboración y revisión de Manual Guía sobre Procedimientos de Reincorporación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores del Sistema de Riesgos Profesionales. Bogotá; 2010.
5. Boada Mojica J del R, Moreno Angarita M. Caracterización de la implementación del proceso de rehabilitación descrito en el manual guía sobre procedimientos de rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales [Internet]. Bogotá; 2008. Recuperado a partir de:  
<http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat01725a&AN=unc.UNC01000672582&lang=es&site=eds-live>
6. Cortés González JC. Régimen de los riesgos laborales en Colombia: Comentarios a la Ley 1562 de 2012 [Internet]. Bogotá: Legis; 2012. Recuperado a partir de:  
<http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000455884&lang=es&site=eds-live>
7. Arenas Monsalve G. El derecho colombiano de la seguridad social [Internet]. Bogotá: Legis; 2011. Recuperado a partir de:  
<http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000424417&lang=es&site=eds-live>
8. Seguro Social-Protección Laboral. Cuatro décadas en protección de riesgos laborales 1965-2005. 40 años ARP-ISS [Internet]. Bogotá: Seguro Social. Administradora de Riesgos Profesionales; 2005. Recuperado a partir de:  
<http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct>

- =true&db=cat02704a&AN=unc.000308279&lang=es&site=eds-live
9. Seguro Social Protección Laboral. Normas, Jurisprudencia y Doctrina del Sistema General de Riesgos Profesionales. Bogotá: Instituto de los Seguros Sociales; 2007.
  10. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 776 de 2002. Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos laborales. Bogotá; 2002.
  11. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. Bogotá; 2012 p. 1–22.
  12. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuentros académicos hacia la construcción de lineamientos de rehabilitación funcional en el marco de la rehabilitación integral en Colombia. Documento de Recopilación y Recomendaciones. Bogotá; 2013.
  13. Moreno Angarita M, Rubio SX, Angarita DC. Valoración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en Colombia : antecedentes, realidades y perspectivas de actualización [Internet]. Bogota: Universidad Nacional de Colombia y Ministerio de la Protección Social; 2011. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000669841&lang=es&site=eds-live>
  14. Luna García J. Globalización y Salud de los Trabajadores. Boletín del Obs en Salud [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2009;2(5):2–11. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00353a&AN=UNdC.article.10978&lang=es&site=eds-live>
  15. Debate sobre el Funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez de Colombia. Colombia: Todelar Radio Bogotá; 2013.
  16. Goyes Moreno I, Hidalgo Oviedo M. Principios jurisprudenciales de los riesgos laborales en Colombia. Pensam Jurídico [Internet]. 2013;(36):141–72. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00353a&AN=UNdC.article.40320&lang=es&site=eds-live>
  17. Acero C. Aportes Jurídicos para las distinciones de las discapacidades y su efecto en la estabilidad laboral reforzada. Universidad Nacional de Colombia; 2013.
  18. Ministerio de la Protección Social. Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
  19. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. 2011 p. 1–51. Recuperado a partir de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>
  20. Gutierrez Strauss AM. Rehabilitación intregal y Rehabilitación: Su incidencia en el ausentismo laboral. Rev Soc Colomb Med del Trab. 2008;12(1):8.
  21. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Colombia. Manual guía sobre

- procedimientos para la rehabilitación y reincorporación laboral de los trabajadores del Sistema de Riesgos Laborales. Bogotá; 2002.
22. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Debate “Hacia una Inclusión Laboral de las personas con Discapacidad”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
  23. Dacosta Herrera A. Constitucionalización del Derecho del Trabajo: De la Protección de los Trabajadores Discapacitados al Fuero de Incapacitados. En: Temis PUJ, editor. Realidades y Tendencias del Derecho en el Siglo XXI Tomo II. Bogotá; 2010.
  24. Pacto de Productividad. Marco normativo sobre inclusión laboral de personas con discapacidad: percepciones, problemas y recomendaciones. Bogotá; 2013.
  25. Ministerio de Trabajo. Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013 - 2021. Bogotá; 2014. 1-64 p.
  26. Ministerio de Trabajo. Resolución 06045 de 2014 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013- 2021. 2014.
  27. Ministerio de Trabajo. Decreto 1507 de 2014. Por el cual se expide el Manual Único de Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional. 2014.
  28. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Medidas de Promoción del Empleo de personas con discapacidad en Iberoamérica [Internet]. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2014 dic. Recuperado a partir de: [http://www.oiss.org/microsite\\_medidas](http://www.oiss.org/microsite_medidas)
  29. Gardner BT, Pransky G, Shaw WS, Nha Hong Q, Loisel P. Researcher perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disabil Rehabil*. 2010;32(1):72–8.
  30. Loisel P, Anema JR. *Handbook of work disability prevention and management*. New York: Springer; 2013.
  31. Costa-Black KM, Cheng ASK, Li M, Loisel P. The practical application of theory and research for preventing work disability: a new paradigm for occupational rehabilitation services in China? *J Occup Rehabil* [Internet]. marzo de 2011 [citado 27 de noviembre de 2013];21 Suppl 1:S15–27. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21365303>
  32. Ammendolia C, Cassidy D, Steensta I, Soklaridis S, Boyle E, Eng S, et al. Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach. *BMC Musculoskelet Disord*. 2009;10:65.
  33. Høgelund J, Holm A, McIntosh J. Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours? *J Health Econ*. 2010;29(1):158–69.
  34. Berglind H, Gerner U. Motivation and return to work among the long-term sicklisted: an action theory perspective. *Disabil Rehabil* [Internet]. Department of Social Work, Stockholm University, SE-106 91 Stockholm, Sweden.: Informa Healthcare; 20 de septiembre de 2002;24(14):719–26. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12396657&lang=es&site=ehost-live>

35. Bose HA. Returning Injured Employees to Work. *Prof Saf* [Internet]. American Society of Safety Engineers; junio de 2008;53(6):63–8. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=32478954&lang=es&site=ehost-live>
36. Briand C, Durand M-J, St-Arnaud L, Corbière M. How well do return-to-work interventions for musculoskeletal conditions address the multicausality of work disability? *J Occup Rehabil*. 2008;18(2):207–17.
37. Briand C, Durand M-J, St-Arnaud L, Corbière M. Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2007 [citado 31 de enero de 2014];30(4-5):444–57. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17673291>
38. Spanjer J, Groothoff JW, Brouwer S. Instruments used to assess functional limitations in workers applying for disability benefit: a systematic review. *Disabil Rehabil* [Internet]. Taylor & Francis Ltd; noviembre de 2011;33(23/24):2143–50. Recuperado a partir de: 10.3109/09638288.2011.570413
39. Brouwer S, Franche R-L, Hogg-Johnson S, Lee H, Krause N, Shaw WS. Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* [Internet]. junio de 2011 [citado 23 de marzo de 2014];21(2):244–58. Recuperado a partir de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3098360&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
40. Brouwer S, Reneman MF, Bültmann U, van der Klink JJL, Groothoff JW. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *J Occup Rehabil*. 2010;20(1):104–12.
41. Squires H, Rick J, Carroll C, Hillage J. Cost-effectiveness of interventions to return employees to work following long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders. *J public Heal Oxford Engl* [Internet]. 2011;34(1):115–24. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21846930>
42. Carroll C, Rick J, Pilgrim H, Cameron J, Hillage J. Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disabil Rehabil* [Internet]. enero de 2010 [citado 20 de marzo de 2014];32(8):607–21. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20205573>
43. Lidal IB, Huynh TK, Biering-Sørensen F. Return to work following spinal cord injury: a review. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2007;29(17):1341–75. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17729082>
44. Fleming a. R, Del Valle R, Kim M, Leahy MJ. Best Practice Models of Effective Vocational Rehabilitation Service Delivery in the Public Rehabilitation Program: A Review and Synthesis of the Empirical Literature. *Rehabil Couns Bull* [Internet]. 12 de octubre de 2012 [citado 30 de marzo de 2014];56(3):146–59. Recuperado a partir de: <http://rcb.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0034355212459661>
45. Désiron HA, De Rijk A, Van Hoof E, Donceel P. Occupational therapy and return to work: a systematic literature review. *BMC Public Health* [Internet]. BioMed Central;

- 2011;11(1):615. Recuperado a partir de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21905983>
46. van Oostrom SH, Driessen MT, de Vet HCW, Franche R-L, Schonstein E, Loisel P, et al. Workplace interventions for preventing work disability. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(2):CD006955.
  47. Krause N, Frank JW, Dasinger LK, Sullivan TJ, Sinclair SJ. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *Am J Ind Med.* 2001;40(4):464–84.
  48. Fleming A, Fairweather JS, Leahy MJ. Quality of Life As a Potential Rehabilitation Service Outcome: The Relationship Between Employment, Quality of Life, and Other Life Areas. *Rehabil Couns Bull [Internet].* 29 de abril de 2013 [citado 16 de septiembre de 2013];57(1):9–22. Recuperado a partir de:  
<http://rcb.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0034355213485992>
  49. Franche R, Murray EJ, Ostry A, Ratner PA, Wagner SL, Harder HG. Work disability prevention in rural areas: a focus on healthcare workers. *Rural Remote Health.* 2010;10(1502):1–25.
  50. Franche, Baril, Shaw N and L. Workplace- Based Return- to work Interventions: Optimizing the role of Stakeholders in implementation and Research. *J Occup Rehabil.* 2005;15(4):525–42.
  51. Commission on Social Determinants of Health, Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. 2007;(April):77. Recuperado a partir de: <http://minority-health.pitt.edu/757/>
  52. Stansfeld S, Head J, Marmot M. Work related factors and ill health The Whitehall II Study. 2000;266/2000(March 2016). Recuperado a partir de:  
[http://www.hse.gov.uk/research/crr\\_pdf/2000/crr00266.pdf](http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/2000/crr00266.pdf)
  53. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness Absence As A Global Measure Of Health : Evidence From Mortality In The Whitehall II Prospective Cohort Study Committee. *Br Med Journal, [Internet].* 2013;327(7411):364–8. Recuperado a partir de:  
<http://www.jstor.org/stable/25455265>
  54. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Employment, work and health inequalities: A global perspective [Internet]. First. Icaria Editorial, editor. 2013. Recuperado a partir de: [https://www.upf.edu/greds-emconet/\\_pdf/Employmentweb\\_low.pdf](https://www.upf.edu/greds-emconet/_pdf/Employmentweb_low.pdf)
  55. OIT. Estado del Trabajo Decente en el Mundo. Madrid; 2015.
  56. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. II Estrategia Iberoamericana de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020. 2015. 1-30 p.
  57. Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: a scoping review of published definitions. *J Occup Rehabil [Internet].* junio de 2014 [citado 10 de octubre de 2014];24(2):242–67. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23884716>
  58. Loisel P. Developing a new paradigm: Work disability prevention. *ICOH Spec Issue.* 2009;1–5.

59. Dellve L, Karlberg C, Allebeck P, Herloff B, Hagberg M. Macro-organizational factors, the incidence of work disability, and work ability among the total workforce of home care workers in Sweden. *Scand J Public Health* [Internet]. enero de 2006 [citado 19 de febrero de 2014];34(1):17–25. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449040>
60. Black KMC-, Feuerstein M, Loisel P. Work Disability Models: Past and Present. En: Loisel P, Anema JR, editores. *Handbook of Work Disability* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013 [citado 18 de abril de 2014]. p. 71–93. Recuperado a partir de: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-6214-9>
61. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2007;17(2):327–52.
62. Partridge AJ, Karlson EW, Daltroy LH, Lew RA, Wright EA, Fossel AH, et al. Risk factors for early work disability in systemic lupus erythematosus: results from a multicenter study. *Arthritis Rheum* [Internet]. Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts 02115, USA.: Wiley-Blackwell; diciembre de 1997;40(12):2199–206. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=9416857&lang=es&site=eds-live>
63. Wolfe F, Potter J. FIBROMYALGIA AND WORK DISABILITY Is Fibromyalgia a Disabling Disorder ? 1996;22(2):369–91.
64. Swan P. Retaining older workers in local government: predictors influencing their retirement intentions [Internet]. University of Wollongong; 2010. Recuperado a partir de: <http://ro.uow.edu.au/theses/3297>
65. Gutiérrez-Rojas L, Jurado D, Gurpegui M. Factors associated with work, social life and family life disability in bipolar disorder patients. *Psychiatry Res* [Internet]. Elsevier Ireland Ltd; 30 de abril de 2011 [citado 16 de octubre de 2014];186(2-3):254–60. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20647154>
66. Seing I, Ståhl C, Nordenfelt L, Bülow P, Ekberg K. Policy and practice of work ability: a negotiation of responsibility in organizing return to work. *J Occup Rehabil* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 18 de agosto de 2014];22(4):553–64. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22653629>
67. Crimmins EM, Hayward MD. Workplace characteristics and work disability onset for men and women. *Sozial- und Praventivmedizin/Social Prev Med VO - 49* [Internet]. Springer; 2004;(2):122. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl.169002182&lang=es&site=eds-live>
68. Tengland P-A. The concept of work ability. *J Occup Rehabil* [Internet]. junio de 2011 [citado 15 de octubre de 2014];21(2):275–85. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21052807>
69. Lindberg P. *Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability*. Estocolmo: Karolinska University Press; 2006.
70. Fadyl J, McPherson K. Return to work after injury: a review of evidence regarding expectations and injury perceptions, and their influence on outcome. *J Occup Rehabil*. 2008;18(4):362–74.

71. O'Sullivan D, Strauser DR, Wong AWK. Examining differences in developmental work personality across disability category: Implications for individuals with psychiatric disabilities. *Work* [Internet]. IOS Press; junio de 2012;42(2):259–67. Recuperado a partir de:  
<http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=76515057&lang=es&site=eds-live>
72. Hepburn CG, Kelloway EK, Franche R-L. Early employer response to workplace injury: what injured workers perceive as fair and why these perceptions matter. *J Occup Health Psychol.* 2010;15(4):409–20.
73. Marhold C, Linton SJ, Melin L. A cognitive-behavioral return-to-work program: effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain* [Internet]. marzo de 2001;91(1-2):155–63. Recuperado a partir de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11240088>
74. Coutu M-F, Baril R, Durand M-J, Côté D, Rouleau A. Representations: an important key to understanding workers' coping behaviors during rehabilitation and the return-to-work process. *J Occup Rehabil.* 2007;17(3):522–44.
75. Frank J, Sinclair S, Dip P, Hogg-johnson S, Shannon H, Bombardier C, et al. Preventing disability from work-related low-back pain. *Can Med Assoc J.* 1998;158(12):1625–31.
76. Maeland S. Why are general practitioners reluctant to enrol patients into a randomized controlled trial on sick leave? A qualitative study. *Work Disability Prevention and Integration Conference Toronto; 2014.*
77. Mairiaux P. Inter-professional cooperation between family, occupational and social insurance physicians in managing long-term sickness absence. *Work Disability Prevention and Integration Conference Toronto; 2014.*
78. Malmose Stapelfeldt C. Sick leave patterns as predictors of disability pension or long-term sick leave: a 6.75-year follow-up study in municipal eldercare workers. *Work Disability Prevention and Integration Conference Toronto; 2014.*
79. Magnussen L, Nilsen S, Råheim M. Barriers against returning to work--as perceived by disability pensioners with back pain: a focus group based qualitative study. *Disabil Rehabil* [Internet]. 15 de febrero de 2007 [citado 15 de febrero de 2014];29(3):191–7. Recuperado a partir de:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17364769>
80. Turner JA, Franklin G, Fulton-Kehoe D, Egan K, Wickizer TM, Lymp JF, et al. Prediction of chronic disability in work-related musculoskeletal disorders: a prospective, population-based study. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. BioMed Central; enero de 2004;5:14–7. Recuperado a partir de:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=29438344&lang=es&site=ehost-live>
81. Anema JR, Schellart a JM, Cassidy JD, Loisel P, Veerman TJ, van der Beek a J. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *J Occup Rehabil* [Internet]. diciembre de 2009 [citado 27 de octubre de 2013];19(4):419–26. Recuperado a partir de:  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2775112&tool=pmcentre>

z&rendertype=abstract

82. Drake AI, Gray N, Yoder S, Pramuka M, Llewellyn M. Factors predicting return to work following mild traumatic brain injury: a discriminant analysis. *J Head Trauma Rehabil* [Internet]. 2000;15(5):1103–12. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10970931>
83. Corbière M, Sullivan MJL, Stanish WD, Adams H. Pain and Depression in Injured Workers and Their Return to Work: A Longitudinal Study. *Can J Behav Sci* [Internet]. Canadian Psychological Association; enero de 2007;39(1):23–31. Recuperado a partir de: 10.1037/cjbs2007002
84. Høgelund J, Holm A. Case management interviews and the return to work of disabled employees. *J Health Econ* [Internet]. mayo de 2006 [citado 15 de febrero de 2014];25(3):500–19. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16159679>
85. Hess J a, Hecker S, Weinstein M, Lunger M. A participatory ergonomics intervention to reduce risk factors for low-back disorders in concrete laborers. *Appl Ergon* [Internet]. septiembre de 2004 [citado 15 de febrero de 2014];35(5):427–41. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15246881>
86. Franche R-L, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil* [Internet]. Springer Netherlands; 2002;12(4):233–56. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12389476>
87. Young AE, Wasiak R, Roessler RT, McPherson KM, Anema JR, van Poppel MNM. Return-to-work outcomes following work disability: stakeholder motivations, interests and concerns. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):543–56.
88. Ouellette V, Badii M, Lockhart K, Yassi A. Worker satisfaction with a workplace injury prevention and return-to-work program in a large Canadian hospital: the importance of an integrated approach. *Work* [Internet]. enero de 2007;28(2):175–81. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17312349>
89. MacEachen E, Kosny a, Ferrier S. Unexpected barriers in return to work: lessons learned from injured worker peer support groups. *Work* [Internet]. enero de 2007;29(2):155–64. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17726291>
90. Andersen LP, Kines P, Hasle P. Owner attitudes and self reported behavior towards modified work after occupational injury absence in small enterprises: a qualitative study. *J Occup Rehabil*. 2007;17(1):107–21.
91. Franche R-L, Cullen K, Clarke J, Irvin E, Sinclair S, Frank J. Workplace-based return-to-work interventions: a systematic review of the quantitative literature. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):607–31.
92. Kilgour E, Kosny A, McKenzie D, Collie A. Interactions Between Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems: A Systematic Review of Qualitative Research Literature. *J Occup Rehabil* [Internet]. 16 de mayo de 2014 [citado 18 de agosto de 2014]; Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24832892>
93. Kilgour E, Kosny A, McKenzie D, Collie A. Healing or Harming? Healthcare



- Provider Interactions with Injured Workers and Insurers in Workers' Compensation Systems. *J Occup Rehabil* [Internet]. 29 de mayo de 2014 [citado 25 de agosto de 2014]; Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24871375>
94. Lippel K. Preserving workers' dignity in workers' compensation systems: An international perspective. *Am J Ind Med* [Internet]. junio de 2012;55(6):519. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=75052048&lang=es&site=eds-live>
  95. Franche R-L, Severin CN, Lee H, Hogg-Johnson S, Hepburn CG, Vidmar M, et al. Perceived Justice of Compensation Process for Return-to-Work: Development and Validation of a Scale. *Psychol Inj Law* [Internet]. 15 de diciembre de 2009 [citado 18 de agosto de 2014];2(3-4):225–37. Recuperado a partir de: <http://link.springer.com/10.1007/s12207-009-9053-4>
  96. Wall CL, Morrissey SA, Ogloff JRP. The Workers' Compensation Experience: A Qualitative Exploration of Workers' Beliefs Regarding the Impact of the Compensation System on Their Recovery and Rehabilitation. *Int J Disabil Manag* [Internet]. Cambridge University Press; septiembre de 2009;4(2):19–26. Recuperado a partir de: 10.1375/jdmr.4.2.19
  97. Moreno Angarita M. Políticas y concepciones en discapacidad: un binomio por explorar [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2007. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ir00238a&AN=unal.4586&lang=es&site=eds-live>
  98. Loisel P. *Handbook of Work Disability* [Internet]. Loisel P, Anema JR, editores. New York, NY: Springer New York; 2013. Recuperado a partir de: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-4614-6214-9>
  99. Iles RA, Wyatt M, Pransky G. Multi-faceted case management: reducing compensation costs of musculoskeletal work injuries in Australia. *J Occup Rehabil* [Internet]. diciembre de 2012 [citado 17 de febrero de 2014];22(4):478–88. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22466434>
  100. Kaye HS. Stuck at the bottom rung: occupational characteristics of workers with disabilities. *J Occup Rehabil*. 2009;19(2):115–28.
  101. Kong W, Tang D, Luo X, Yu ITS, Liang Y, He Y. Prediction of Return to Work Outcomes Under an Injured Worker Case Management Program. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2012. p. 230–40.
  102. Krause N, Dasinger LK, Neuhauser F. Modified Work and Return to Work: A Review of the Literature. *J Occup Rehabil* [Internet]. Springer Netherlands; 1998;8(2):113–39. Recuperado a partir de: <http://www.springerlink.com/content/h687823j107853v1/>
  103. Lilley R, Davie G, Langley J, Ameratunga S, Derrett S. Do outcomes differ between work and non-work-related injury in a universal injury compensation system? Findings from the New Zealand Prospective Outcomes of Injury Study. *BMC Public Health* [Internet]. enero de 2013 [citado 18 de febrero de 2014];13:995. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24148609>

104. Durand M-J, Vézina N, Baril R, Loisel P, Richard M-C, Ngomo S. Relationship between the margin of manoeuvre and the return to work after a long-term absence due to a musculoskeletal disorder: an exploratory study. *Disabil Rehabil* [Internet]. Taylor & Francis Ltd; 15 de julio de 2011;33(13/14):1245–52. Recuperado a partir de: [10.3109/09638288.2010.526164](http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.526164)
105. Paradies, Y; Steven M. Conceptual diagrams in Public health research. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 7 de abril de 2014];59(12):1012–3. Recuperado a partir de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1732981&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
106. Earp JA, Ennett ST. Conceptual models for health education research and practice. *Health Educ Res* [Internet]. 1991;6:163–71. Recuperado a partir de: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=10148689](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=10148689)
107. Feuerstein M. Prevention and Management of Work Disability in Asia Pacific: Challenges and Opportunities. *J Occup Rehabil* [Internet]. 2 de marzo de 2011;21:5. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=59438559&lang=es&site=eds-live>
108. Schultz IZ, Crook J, Fraser K, Joy PW. Models of Diagnosis and Rehabilitation in Musculoskeletal Pain-Related Occupational Disability. *J Occup Rehabil* [Internet]. diciembre de 2000;10(4):271. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=15605258&lang=es&site=eds-live>
109. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? *Fam Syst Med*. US: Family Process, Inc.; 1992;10(3):333–46.
110. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70(3):678–90.
111. Frank JW, Pulcins IR, Kerr MS, Shannon HS, Stansfeld SA. Occupational back pain - An unhelpful polemic. *Scand J Work Environ Heal*. 1995;21(1):3–14.
112. Loisel P, Côté P, Durand M-J, Franche R-L, Sullivan MJL, Baril R, et al. Training the next generation of researchers in work disability prevention: the Canadian Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program. *J Occup Rehabil*. 2005;15(3):273–84.
113. Marois E, Durand M-J. Does participation in interdisciplinary work rehabilitation programme influence return to work obstacles and predictive factors? *Disabil Rehabil* [Internet]. enero de 2009 [citado 18 de febrero de 2014];31(12):994–1007. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19037769>
114. Ministerio de Trabajo República de Colombia. Decreto 1352 de 2013 Por el cual se reglamenta la Organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones. 2013.
115. Vélez Arango AL. Salud y enfermedad: la contribución de la Corte Constitucional de Colombia. *Hacia promoció de salud* [Internet]. Universidad de Caldas; julio de 2012;17(2):91–109. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct>

=true&db=a9h&AN=90416424&lang=es&site=eds-live

116. Fasecolda. Enfermedad Laboral en Colombia. Debate en Salud Pública sobre enfermedad laboral. Bogotá; 2013.
117. Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Recopilación de los principales indicadores de siniestralidad laboral y enfermedad ocupacional utilizados en Iberoamérica. 2012;154.
118. Ricaurte Delvasto AG. REINCORPORACION EN ENTIDAD DE RIESGOS LABORALES. 2010;1–5.
119. Ministerio de la Protección Social. Resolución 1570 de 2005 por el cual se establecen las variables y mecanismos de información del subsistema de salud ocupacional y riesgos profesionales y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 2005.
120. Elbers N, Akkermans AJ, Lockwood K, Craig A, Cameron ID. Factors that challenge health for people involved in the compensation process following a motor vehicle crash: a longitudinal study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):339. Recuperado a partir de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/339>
121. Cotti A, Magalhães T, da Costa DP, Matos E. Road traffic accidents and secondary victimisation: the role of law professionals. *Med Law* [Internet]. enero de 2004 [citado 12 de enero de 2016];23(2):259–68. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15270469>
122. Harris IA, Young JM, Rae H, Jalaludin BB, Solomon MJ. Predictors of post-traumatic stress disorder following major trauma. *ANZ J Surg* [Internet]. julio de 2008 [citado 12 de enero de 2016];78(7):583–7. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18593415>
123. Murgatroyd DF, Cameron ID, Harris IA. Understanding the effect of compensation on recovery from severe motor vehicle crash injuries: a qualitative study. *Inj Prev* [Internet]. 11 de noviembre de 2010 [citado 12 de enero de 2016];17(4):222–7. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21071765>
124. Gabbe BJ, Cameron PA, Williamson OD, Edwards ER, Graves SE, Richardson MD. The relationship between compensable status and long-term patient outcomes following orthopaedic trauma. *Med J Aust*. 2007;187(1):14–7.
125. de Moraes VY, Godin K, dos Santos JBG, Faloppa F, Bhandari M, Belloti JC. Influence of compensation status on time off work after carpal tunnel release and rotator cuff surgery: a meta-analysis. *Patient Saf Surg* [Internet]. BioMed Central; enero de 2013;7(1):1–5. Recuperado a partir de: 10.1186/1754-9493-7-1
126. Murgatroyd DF, Casey PP, Cameron ID, Harris IA. The effect of financial compensation on health outcomes following musculoskeletal injury: Systematic review. *PLoS One*. Public Library of Science; 2015;10(2):1–34.
127. Harris I, Mulford J, Solomon M, van Gelder JM, Young J. Association between compensation status and outcome after surgery: a meta-analysis. *Jama* [Internet]. 2005;293(13):1644–52. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15811984>
128. Shames J, Treger I, Ring H, Giaquinto S. Return to work following traumatic brain injury: Trends and challenges. *Disabil Rehabil* [Internet]. Taylor & Francis Ltd; 15

- de septiembre de 2007;29(17):1387–95. Recuperado a partir de: 10.1080/09638280701315011
129. Lippel K. Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: A Quebec study. *Int J Law Psychiatry*. 2007;30(4-5):427–43.
  130. Walker J, Holloway I, Sofaer B. In the system: The lived experience of chronic back pain from the perspectives of those seeking help from pain clinics. *Pain*. 1999;80(3):621–8.
  131. Hubertsson J, Petersson IF, Arvidsson B, Thorstensson CA. Sickness absence in musculoskeletal disorders - patients' experiences of interactions with the social insurance agency and health care. A qualitative study. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11:107. Recuperado a partir de: /pmc/articles/PMC3050746/?report=abstract
  132. Strunin L, Boden LI. The workers' compensation system: Worker friend or foe? *Am J Ind Med* [Internet]. 2004;45(4):338–45. Recuperado a partir de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edswsc&AN=000220657900003&lang=es&site=eds-live>
  133. Nordander C, Ohlsson K, Balogh I, Rylander L, Pålsson B, Skerfving S. Fish processing work: the impact of two sex dependent exposure profiles on musculoskeletal health. *Occup Environ Med*. 1999;56(4):256–64.
  134. Maceachen E, Kosny A. The “toxic dose” of system problems: why some injured workers don't return to work as expected. *J Occup Rehabil*. 2010;20(3):349–66.
  135. Murray M. Fish harvesters with injuries' accounts of their experiences with the workers' compensation system. *Work* [Internet]. 2007;28(1):47–56. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17264419>
  136. Roberts-Yates C. The concerns and issues of injured workers in relation to claims/injury management and rehabilitation: the need for new operational frameworks. *Disabil Rehabil*. 2003;25(16):898–907.
  137. Jaye C, Fitzgerald R. The lived political economy of occupational overuse syndrome among New Zealand workers. *Sociol Heal Illn*. 2010;32(7):1010–25.
  138. Kosny A, MacEachen E, Ferrier S, Chambers L. The role of health care providers in long term and complicated workers' compensation claims. *J Occup Rehabil* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 18 de agosto de 2014];21(4):582–90. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21468735>
  139. Del Vasto-Ricaurte GA. Resultados de seguimiento a procesos de reincorporación en entidad de riesgos laborales. Universidad del Bosque; 2013.
  140. Prins R. Preventing Job Abandonment and Facilitating Work Reintegration in High-Income Countries. En: Heyman, Jody; Stein, Michael Ashley; Moreno G, editor. *Disability and Equity At Work*. New York: Oxford University Press; 2014. p. 242–63.
  141. OECD. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers* [Internet]. Norvege: OECD Publishing; 2006. Recuperado a partir de: <http://www.oecd-ilibrary.org/oecd/content/book/9789264090422-en>
  142. Prinz C, Tompson W. Sickness and Disability benefit programmes: What is driving policy convergence. *Int Soc Secur Rev* [Internet]. 2009 [citado 18 de agosto

- de 2014];62(4):41–61. Recuperado a partir de:  
<http://content.ebscohost.com.ezproxy.unal.edu.co/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=44843900&S=R&D=bth&EbscoContent=dGJyMMvI7ESep7Y4v+vIOLCmr0yep69Ssaq4TLeWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnsEq3r7BRuePfgex43zx>
143. Organization for Economic Co-Operation and Development. Belgium ' s sickness and disability benefit system [Internet]. OECD Publishing; 2013. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187566-8-en>
  144. OECD. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers [Internet]. OECD Publishing; 2010. Recuperado a partir de: <http://www.oecd-ilibrary.org/oecd/content/book/9789264090422-en>
  145. Ass R, Skarpaas L, Berg J, Haveraaen L. Expers' opinions about needed changes in return to work services in Norway. The Rapid-Return-to-Work study [Internet]. 3rd Work Disability Prevention and Integration Conference: Implementing Work Disability Prevention Knowledge; 2014. Recuperado a partir de: <http://wdpi2014.iwh.on.ca/program/presentation/T-O34>
  146. Lidwall U. Termination of sickness benefits or transition to disability pension after changes in sickness insurance: a Swedish register study. *Disabil Rehabil* [Internet]. enero de 2013 [citado 30 de agosto de 2014];35(2):118–24. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22662907>
  147. Aust B, Poulsen O, Nielsen M, Hansen J, Rugulies R, Winzor G. Effect and process evaluation of the Danish national return-to-work program [Internet]. 3rd Work Disability Prevention and Integration Conference: Implementing Work Disability Prevention Knowledge; 2014. Recuperado a partir de: <http://wdpi2014.iwh.on.ca/program/presentation/T-O32>
  148. Hogg-Johnson S, Amick B, Bültmann U, Chen C, Franche R, Lee H, et al. Comparing work disability outcomes under two different compensation schemes [Internet]. 3rd Work Disability Prevention and Integration Conference: Implementing Work Disability Prevention Knowledge; 2014. Recuperado a partir de: <http://wdpi2014.iwh.on.ca/program/presentation/T-O33>
  149. Kausto J, Virta L, Luukkonen R, Viikari-Juntura E. Associations between partial sickness benefit and disability pensions: initial findings of a Finnish nationwide register study. *BMC Public Health* [Internet]. enero de 2010;10:361. Recuperado a partir de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2912806&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
  150. Kausto J, Viikari-Juntura E, Virta L, Gould R, Koskinen A, Lallukka T, et al. Partial sickness benefit had a positive population level effect on work participation [Internet]. 3rd Work Disability Prevention and Integration Conference: Implementing Work Disability Prevention Knowledge; 2014. Recuperado a partir de: <http://wdpi2014.iwh.on.ca/program/presentation/T-O35>
  151. Cropanzano R, Bowen DE, Gilliland SW. The Management of Organizational Justice. *Acad Manag Perspect* [Internet]. 1 de noviembre de 2007;21(4):34–48. Recuperado a partir de: <http://amp.aom.org/cgi/doi/10.5465/AMP.2007.27895338>
  152. Cropanzano R, Byrne ZS, Bobocel DR, Rupp DE. Moral virtues, fairness heuristics, social entities, and other denizens of organizational justice. *J Vocat Behav*.

- 2001;58(2):164–209.
153. Rupp DE, Cropanzano R. The mediating effects of social exchange relationships in predicting workplace outcomes from multifoci organizational justice. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2002;89(1):925–46.
  154. Greenberg J. Organizational Justice: Yesterday, Today, and Tomorrow. *J Manage* [Internet]. 1 de junio de 1990 [citado 14 de enero de 2016];16(2):399–432. Recuperado a partir de: <http://jom.sagepub.com/content/16/2/399.abstract>
  155. Cropanzano R. Progress in Organizational Justice: Tunneling Through the Maze. En: Cooper C, Robertson I, editores. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York, NY: John Wiley and Sons; 1997. p. 319–72.
  156. Kilgour E, Kosny A, Akkermans A, Collie A. Procedural Justice and the Use of Independent Medical Evaluations in Workers' Compensation. *Psychol Inj Law* [Internet]. *Psychol. Inj. and Law*; 2015;8(2):153–68. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1007/s12207-015-9222-6>
  157. Leventhal G. Fairness in social relationships. En: Thibaut JW, Spence JT, Carson RC, Brehm JW, editores. *Contemporary topics in social psychology*. Los Angeles: General Learning Press; 1976.
  158. Lind EA, Tyler TR. *The Social Psychology of Procedural Justice*. New York: Springer Science & Business Media; 1988.
  159. Roberts K, Yotui W. Procedural Fairness, Return to Work, and the Decision to Dispute in Workers' Compensation. *Empl Responsib Rights J*. 1997;10(3):193–212.
  160. Ruiz Bolivar C. El Enfoque Multimétodo en la Investigación Social y Educativa : Una Mirada desde el Paradigma de la Complejidad. *Rev Filos y Socio Política la Educ*. 2008;4(8):13–28.
  161. Frels RK., Onwuegbuzie AJ. Administering Quantitative Instruments With Qualitative Interviews: A Mixed Research Approach. *J Couns Dev* [Internet]. abril de 2013;91(2):184–94. Recuperado a partir de: [10.1002/j.1556-6676.2013.00085.x](http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00085.x)
  162. Morgan DL. Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *J Mix Methods Res* [Internet]. 2007;1:48–76. Recuperado a partir de: <http://mmr.sagepub.com/cgi/content/abstract/1/1/48>
  163. Delgado JM, Juan G. *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis; 1995.
  164. Tashakkori A, Teddlie C. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research* [Internet]. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2003. Recuperado a partir de: <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat02704a&AN=unc.000384264&lang=es&site=eds-live>
  165. Plano-Clark V, Creswell J. Designing and Conducting Mixed Methods Research. *Cent Eur J Public Policy*. 2009;3(1):92–5.
  166. Pereira-Perez Z. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. *Rev Electrónica Educ*. 2011;XV(1):15–29.

167. Meissner H, Creswell J, Klassen AC, Plano V, Smith KC. Best Practices for Mixed Methods Research in the Health Sciences [Internet]. Bethesda; 2011. Recuperado a partir de: [https://obssr.od.nih.gov/wp-content/uploads/2016/02/Best\\_Practices\\_for\\_Mixed\\_Methods\\_Research.pdf](https://obssr.od.nih.gov/wp-content/uploads/2016/02/Best_Practices_for_Mixed_Methods_Research.pdf)
168. Morse JM. The Implications of Interview Type and Structure in Mixed-Method Designs. En: Gubrium JF, Holstein JA, Marvasti AB, McKinney KD, editores. The SAGE Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft [Internet]. Thousand Oaks: Sage Publications; 2012. Recuperado a partir de: [http://www.credoreference.com/entry/sageinterr/the\\_implications\\_of\\_interview\\_type\\_and\\_structure\\_in\\_mixed\\_method\\_designs](http://www.credoreference.com/entry/sageinterr/the_implications_of_interview_type_and_structure_in_mixed_method_designs)
169. Green J, Thorogood N. Qualitative Methods for Health Research Third Edition. Ltd SP, editor. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2014. 360 p.
170. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in Psychology. Qualitative Res Psychol [Internet]. 2006;3:77–101. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
171. Saldaña J. The Coding Manual for Qualitative Researchers. Second Edi. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2013. 1-299 p.
172. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. Beyond constant comparison qualitative data analysis: Using NVivo. Sch Psychol Q. 2011;26(1):70–84.
173. Bezeley, Pat; Jackson K. Qualitative data analysis with Nvivo. London: SAGE Publications; 2011. 1-308 p.
174. Creswell J, Plano-Clark V. Designing and Conducting Mixed Methods Research. Thousand Oaks: SAGE; 2007. 275 p.
175. Suarez A. Análisis de la calificación de pérdida de capacidad laboral por desórdenes musculoesqueléticos en miembro superior en una administradora de riesgos profesionales colombiana en el año 2008. Universidad Nacional de Colombia; 2012.
176. Ministerio de Trabajo República de Colombia, Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Informe Ejecutivo de II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales. Bogotá; 2013.
177. OECD. Fit Mind, Fit Job: From evidence to practice in mental health and work [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en>
178. Furlan AD, Gnam WH, Carnide N, Irvin E, Amick BC, DeRango K, et al. Systematic review of intervention practices for depression in the workplace. Journal of Occupational Rehabilitation. 2012. p. 312–21.
179. Hernández Bello A, Rico de Sotelo C. Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigación y políticas. Bogotá: International Development Research Centre 2011; 2011. 1-391 p.
180. Jetha A, Pransky G, Fish J, Hettinger LJ. Return-to-Work Within a Complex and Dynamic Organizational Work Disability System. J Occup Rehabil [Internet]. Springer US; 2015; Recuperado a partir de:

- <http://link.springer.com/10.1007/s10926-015-9613-2>
181. Pransky G, Shaw W, Franche R-L, Clarke A. Disability prevention and communication among workers, physicians, employers, and insurers--current models and opportunities for improvement. *Disabil Rehabil.* 2004;26(11):625–34.
  182. World Health Organization, Marmot M, Pan American Health Organization (PAHO). Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. *Who* [Internet]. 2011;56. Recuperado a partir de:  
[http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com\\_content](http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?id=58&option=com_content)  
[http://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/en/](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/en/)  
<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/Marmot.pdf>  
[papers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409](http://papers2://publication/uuid/E1779459-4655-4721-8531-CF82E8D47409)
  183. Solar O, Irwin A. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2010.
  184. Boix P, Benavides FG. [Managing return to work versus absenteeism control]. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2015;18(1):6–7.
  185. Kickbusch I, Escher G. Moving global health forward in academic institutions. *J Glob Health.* 2016;6(1):1–6.
  186. Abma F. *Thesis: Work Functioning - Development and Evaluation of a Measurement Tool*. 2012. 160 p.
  187. Ramada JM, Serra C, Amick BC, Castaño JR, Delclos GL. Cross-cultural adaptation of the work role functioning questionnaire to Spanish spoken in Spain. *J Occup Rehabil.* 2013;23(4):566–75.
  188. Ramada JM, Delclos GL, Amick BC, Abma FI, Pidemunt G, Castaño JR, et al. Responsiveness of the Work Role Functioning Questionnaire (Spanish version) in a general working population. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2014;56(2):189–94. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24451615>