Informe médico ocupacional para la prevención y gestión del ausentismo

Diana Elizabeth Cuervo Díaz M.D. Ph.D.

www.dianacuervophd.com

Introducción

A pesar de los logros en cobertura del sistema de seguridad social integral, Colombia enfrenta en la actualidad un gran problema: discapacidad para trabajar que se define como "un fenómeno complejo que puede ser entendido como una consecuencia de factores físicos, psicológicos, sociales, administrativos y culturales que, de manera combinada, impiden el retorno al trabajo, requiriendo inversiones de los diversos actores y segmentos de la sociedad en el sentido de comprenderlo, para tratarlo mejor". Esto conlleva no solo causar impacto sobre la salud de los trabajadores, productividad de las empresas, sino también al aumento de situaciones de litigio entre empleadores y trabajadores. El Cesla ha realizado una medición periódica, para constatar la incidencia de ausentismo; así mismo, tiene diagnóstico preciso del número de restricciones médicas y reubicaciones que han sido prescritas por el sistema de seguridad social a lo largo del tiempo, y que han sido reportadas por los empleadores que han participado en los estudios. Por lo cual en este capítulo queremos aportar ya no solo al diagnóstico, sino al planteamiento de estrategias a nivel empresarial, a nivel de las EPS, ARL AFP, Juntas de Calificación de Invalidez y ministerios involucrados, que puedan servir de derrotero para plantear una política pública de prevención de discapacidad para trabajar (Cuervo, Diana; Moreno, 2017; Ståhl, Costa-Black, & Loisel, 2018).

Dividiremos el capítulo en 4 grandes apartes.

1. Proponer la estructura organizacional ideal para la adecuada prevención y gestión de los casos de ausentismo, restricciones, recomendaciones y reubicaciones por razones de salud.
2. Realizar recomendaciones prácticas para la prevención y gestión de los casos de ausentismo, restricciones, recomendaciones y reubicaciones por razones de salud.
3. Describir el proceso que se surte ante las EPS y ARL para la gestión de los casos que, por razones de salud, generan ausentismo, restricciones, recomendaciones y reubicaciones médicas; y determinar oportunidades de mejora respecto de estos actores y su marco regulatorio.
4. Analizar el actual proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional que se realiza en el país y determinar oportunidades de mejora en procesos de calificación de primera oportunidad y Juntas de Calificación de Invalidez de Colombia.

1. Estructura organizacional propuesta para prevención y gestión de los casos de ausentismo, restricciones, recomendaciones y reubicaciones por razones de salud

Por lo cual, la empresa deberá tener un sistema de vigilancia epidemiológica para prevención de discapacidad para trabajar (nombre técnico), pero que se propone se llame Programa de Desempeño Productivo con fines comunicacionales y de apropiación fácil por parte de todas las partes interesadas. Para alcanzar el propósito de actuar con prevención, se debe definir el conjunto de procedimientos que van desde la evaluación funcional integral y del funcionamiento, hasta lograr la reincorporación ocupacional laboral aportante. Comprende intervenciones de orden científico, técnico, educativo-formativo y algunas de orden familiar y social que buscan conducir a la persona a la ubicación en la actividad de trabajo acorde con sus capacidades reales o residuales, que logren conservar un trabajo concordante y acorde con sus competencias de empleabilidad.

Nota: Es necesario enfatizar que esta propuesta es para la reincorporación laboral de la persona que puede desempeñar una actividad de trabajo dependiente.

Proceso propuesto: Los casos que pueden acceder en este momento al programa corresponden a aquellos trabajadores que están afectados en su capacidad de ejecución de actividades ocupacionales, como consecuencia de una enfermedad o accidente de cualquier origen, y tienen un contrato laboral vigente con una empresa.

Los casos objeto de esta propuesta deben ser identificados por la empresa a través de los servicios de salud y seguridad en el trabajador, la IPS y el mismo trabajador que, a su vez, puede pedir este servicio a través de EPS, buscando oportunidad en la atención.

A la fecha se recomienda ingresar al programa los casos de trabajadores sintomáticos, expuestos al factor de riesgo propio del sector económico al que pertenece, con incapacidades frecuentes, ausentistas por causa médica según el diagnóstico, condiciones de salud, cargos con riesgo medio y alto, ausentistas repetitivos, ausentitas crónicos y todas aquellas condiciones de salud que hoy representen una barrera para el desempeño, actuando de forma preventiva en la identificación y atención, seguimiento y altas de los proceso de rehabilitación.

De la misma manera se debe incluir todas aquellas lesiones que comprometan la función mental, física o sensorial del individuo, que puedan limitar su capacidad de ejecución de actividades. Candia- Ospina, 2017; Candia- Ospina, 2017; Candia, 2017)

1.1 Ingreso a los sistemas de información: Para efectos de asegurar la debida atención, seguimiento y control, es importante que los casos que ingresan estén identificados y caracterizados en un sistema de información de la empresa y verificar con las entidades de la seguridad social correspondiente.

1.2 Contratación del servicio de rehabilitación ocupacional laboral red especializada: Es claro que las empresas gastan cantidades inmensas en litigios, contratación de asesoría jurídica reactiva, esto conlleva a la migración a un modelo de anticipación al ausentismo, contratando asesoría de expertos en rehabilitación ocupacional laboral.

1.3 Perfiles de exigencias de puestos de trabajo y uso de métodos prácticos como efectivos: La selección de la alternativa de reintegro laboral como las valoraciones en sitio, pruebas de trabajo reales o simuladas.

Esta actividad debe ser en cliente-campo que realiza un profesional con conocimiento en ciencias de la ocupación y con habilidades para valorar la capacidad del funcionamiento de forma objetiva, usando herramientas validadas, técnicas efectivas que permitan comparar en el tiempo; debe contar con el apoyo de jefes en la empresa y corresponde al procedimiento metodológico que favorece la obtención de toda la información relativa a las exigencias del puesto de trabajo, incluye el análisis de los requerimientos del puesto de trabajo, enfatizando en los procesos físicos y los estímulos que la persona ha de percibir y en las respuestas que el usuario del puesto ha de ejecutar, para garantizar el rendimiento humano (conocimientos, habilidades, componentes de ejecución más exigidos, entre otros aspectos). Esta información se presenta a manera de perfil de exigencias del puesto de trabajo.

Se recomienda contar con los resultados de las valoraciones integrales de los usuarios y, como se mencionó antes, se debe programar en campo, asimismo usar metodología de simulación de actividades que permita identificar hallazgos específicos en la persona y en el entorno donde, según las exigencias de los puestos de trabajo fueron identificados y reportados por la empresa, se ubicaría la persona apropiada para ocuparlo.

El resultado de esta actividad debe ser un perfil con las demandas del puesto de trabajo para cada una de las alternativas de reintegro propuesta por la empresa.

En el contexto de la rehabilitación ocupacional laboral, la siguientes es la metodología de para elaborar perfiles de adecuación de la tarea a la persona

a) Hacer el cruce de información de exigencias del puesto con los resultados de la valoración funcional de manera gráfica, cualicuantitativa.

b) Facilita la visualización de aspectos que ayudan a determinar si las exigencias de las alternativas de reincorporación laboral y las exigencias de la tarea (funcionamiento) se adaptan a la condición de salud y/o funcionalidad actual del trabajador.

C) Se deben identificar los posibles riesgos a la salud, las barreras y facilitadores del proceso que garanticen los ajustes razonables para lograr que el trabajador reincorporado asuma actividades de trabajo retadoras. Este análisis también contribuye a definir de manera objetiva el pronóstico ocupacional-laboral del trabajador, así como las intervenciones necesarias para equilibrar las exigencias del puesto de trabajo con las capacidades del trabajador.

Es función del líder técnico del proceso —por competencias debería ser un profesional con formación en modelos de ocupación humana y discapacidad— junto con el facilitador de producción, jefe inmediato, definir los aspectos del funcionamiento requeridos para el desempeño del trabajador en el puesto identificado, de modo que estas variables de funcionamiento se incluyan tanto en el perfil del puesto de trabajo como en el instrumento de evaluación funcional que usa el equipo integral o profesional que realice la valoración de la función y estructura corporal; Lindenger, 2015).(Organización Mundial de la Salud, 2001) Para cada caso en particular las variables que se incluyan en el proceso y el tipo de instrumento de valoración del perfil funcional deben ser las mismas que se incluyan en el perfil de exigencias del puesto de trabajo o de funcionamiento. Para lograr ser comparados y, lo más valioso del proceso, seguir la evolución e identificar cuando se logran las metas y objetivos del proceso de reincorporación definiendo con evidencia el tipo de rol de trabajo.

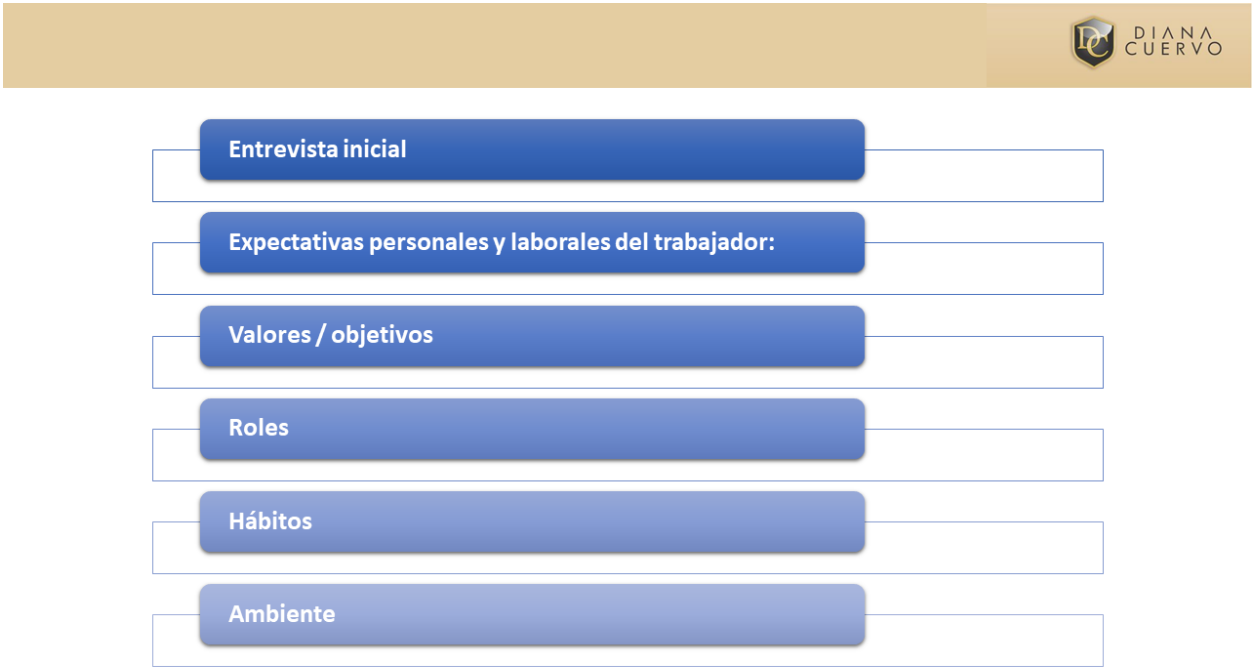
Posteriormente las áreas interrelacionadas serán las responsables desde la empresa de definir si se alcanzaron los objetivos esperados por el área o requiere entrenamiento hasta lograr alcanzar el alta del proceso y restablecer las actividades de trabajo ajustadas a su capacidad, dejando de lado las restricciones médicas pasando a desempeñar su rol como trabajador. Ejecutor de un actividad de trabajo aportante y retadora. (Velozo et al., 1999).

Derivación a otra empresa-certificación de competencias con entidades de formación como el SENA: Se busca técnicamente guiar los procesos de información y ubicación del trabajador en la alternativa laboral definida por la empresa.

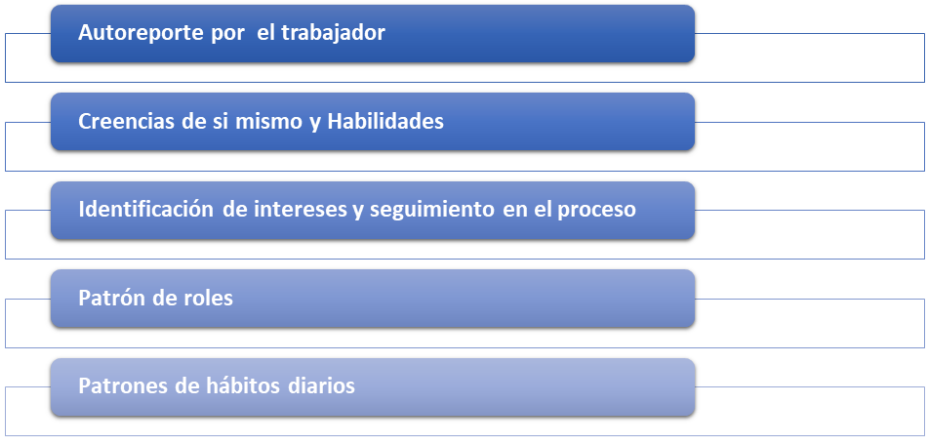
Seguimiento y alta del proceso: Tiene como objetivo verificar el impacto de las actividades desarrolladas. Corresponde a la finalización de la intervención planificada según la meta de rehabilitación y a los objetivos demostrados por la empresa frente al aporte de la persona en el proceso productivo.

El alta de caso implica haber agotado todas las actividades pertinentes de la rehabilitación funcional, profesional y el seguimiento de las actividades de reincorporación laboral, requeridas por cada caso en particular.

Figura 1. Resumen de evaluación para ingreso al Sistema de Vigilancia

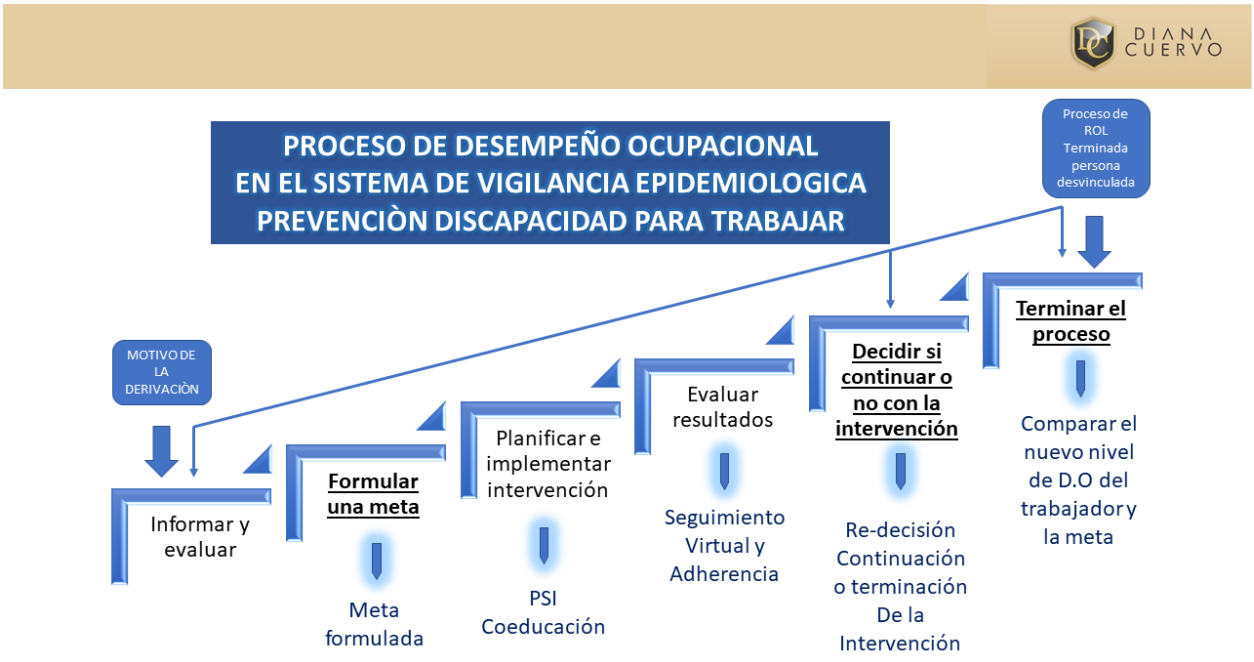


DIANA CUERVO



Fuente: Candia-Ospina; Cuervo-Díaz 2020

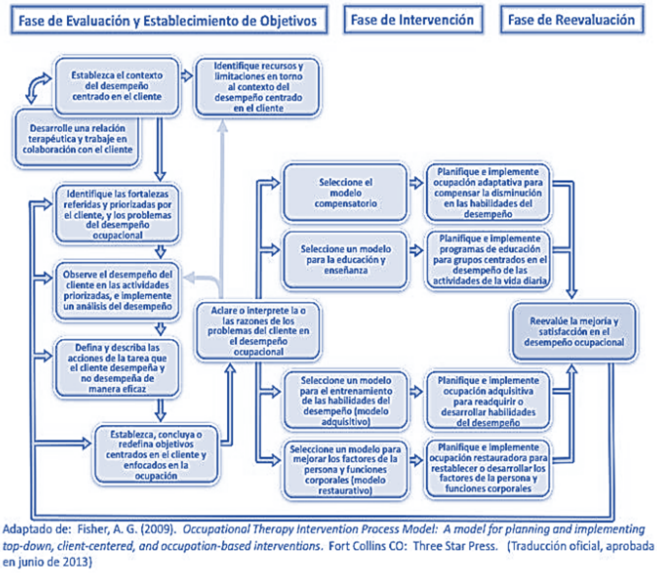
Figura 2 Proceso de Sistema de Vigilancia Epidemiológica para prevención y manejo de discapacidad para trabajar



Fuente: Candia-Ospina; Cuervo-Díaz 2017

Figura 3. Proceso de Intervención Ocupacional en las Empresas

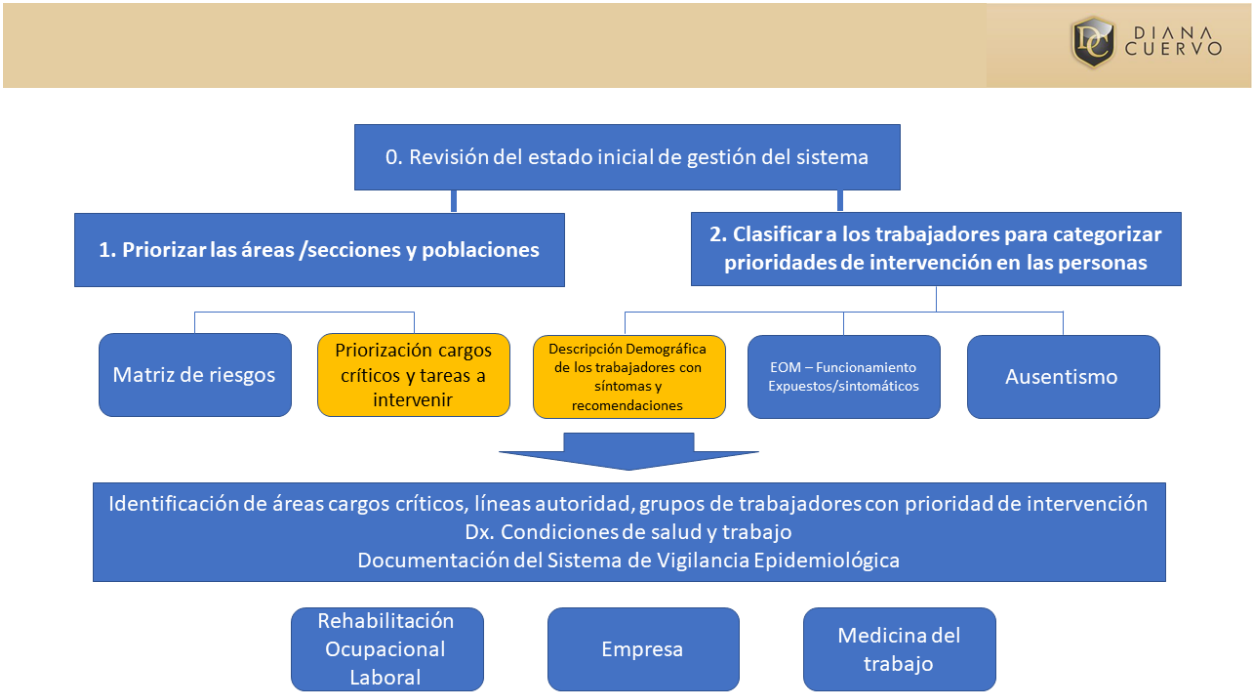
DIANA CUERVO



Adaptado de: Fisher, A. G. (2009). *Occupational Therapy Intervention Process Model: A model for planning and implementing top-down, client-centered, and occupation-based interventions.* Fort Collins CO: Three Star Press. (Traducción oficial, aprobada en junio de 2013)

Fuente: (Kielhofner et al., 1999; Velozo et al., 1999)

Figura 4.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica Prevención de Discapacidad para Trabajar- Desempeño Productivo. Planear

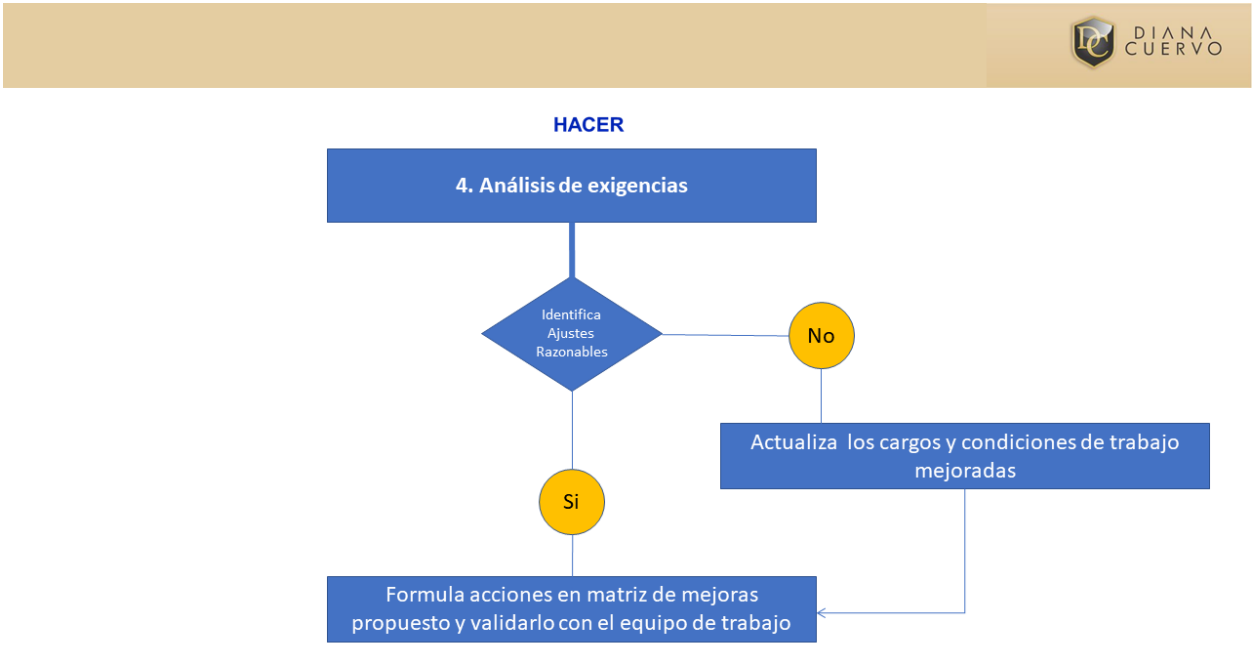


Fuente: Candia-Ospina; Cuervo-Díaz 2017

Figura 4.2.1 Sistema de Vigilancia Epidemiológica Prevención de Discapacidad para Trabajar- Desempeño Productivo. Hacer

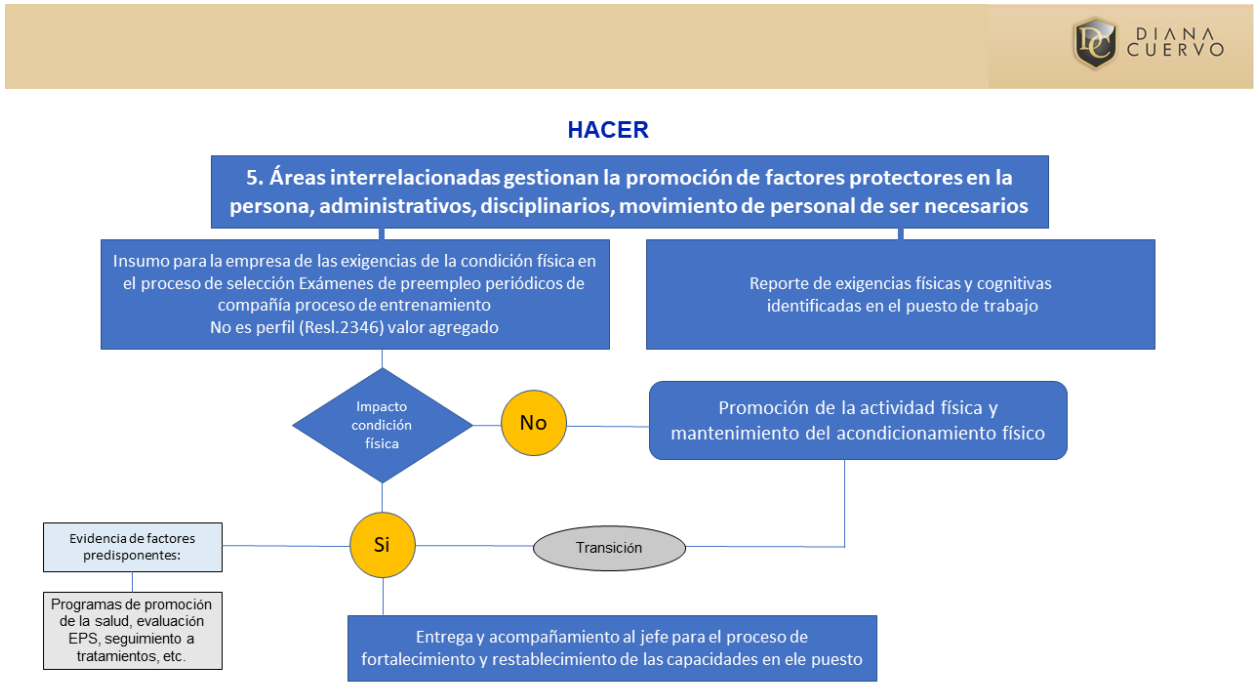
Fuente: Candia-Ospina; Cuervo-Díaz 2017

Figura 4.2.2 Sistema de Vigilancia Epidemiológica Prevención de Discapacidad para Trabajar- Desempeño Productivo. Hacer



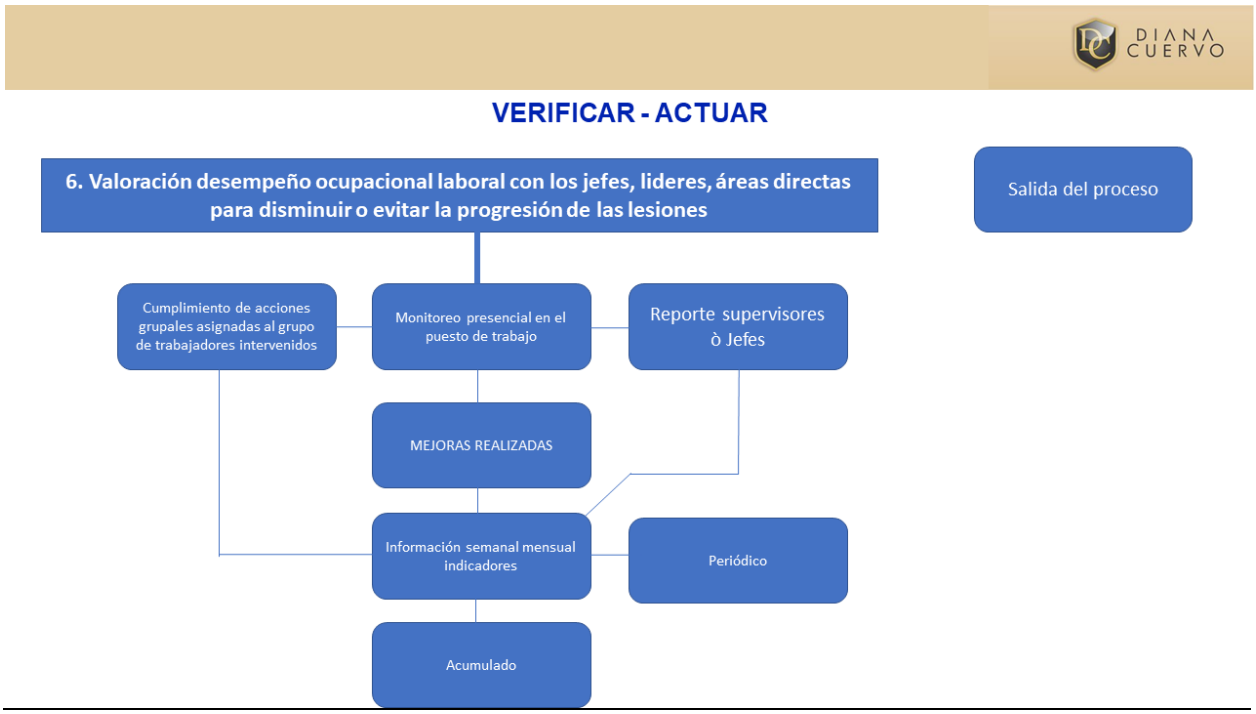
Fuente: Candia-Ospina; Cuervo-Díaz 2017

Figura 4.2.3 Sistema de Vigilancia Epidemiológica Prevención de Discapacidad para Trabajar - Desempeño Productivo. Hacer



Fuente: Candia-Ospina; Cuervo-Díaz 2017

Figura 4.3 Sistema de Vigilancia Epidemiológica Prevención de Discapacidad para Trabajar- Desempeño Productivo. Verificar- Actuar



Fuente: Candia-Ospina; Cuervo-Díaz 2017

Entregables y salida del proceso de intervención:

- **Seguimiento a la condición del entorno en puesto de trabajo:** Mejoras implementadas y actualización documental.
- **Seguimiento a la condición física de los expuestos:** Trabajadores abordados y reportes en el funcionamiento y desempeño de estos.
- **Seguimiento al ausentismo:** Análisis de las cifras de ausentismo por enfermedad común, laboral y accidentalidad.
- **Seguimiento al desempeño general del proceso:** Actualización de la línea basal.

Indicadores del sistema de vigilancia prevención de discapacidad para trabajar 'desempeño productivo'

El artículo 2.2.4.6.21. decreto 1072 de 2015 establece dentro de los indicadores que evalúan el proceso del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST) la definición y construcción de los indicadores que evalúan el proceso; el empleador debe considerar entre otros: el desarrollo de los programas de vigilancia epidemiológica de acuerdo con el análisis de las condiciones de salud y de trabajo, así como los riesgos priorizados.

En nuestro caso específico, para dar cumplimiento a este requerimiento legal, evaluaremos nuestro sistema de vigilancia epidemiológica para prevención de discapacidad para trabajar (ausentismo, restricciones, recomendaciones médicas).

Así mismo, en el artículo 2.2.4.6.22. decreto 1072 de 2015, los indicadores evalúan el resultado del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST); para la definición y construcción de los indicadores que evalúan el resultado, el empleador debe considerar: "7. la evaluación de los resultados de los programas de rehabilitación de la salud de los trabajadores".(Ministerior de Trabajo, 2015)

Existen muchos desenlaces que pueden ser medidos cuando se realiza un sistema de vigilancia para prevención de discapacidad para trabajar, cada organización, de acuerdo con su nivel de implementación del SGST, recurso y contexto, debe definir cuáles se ajustan más a su realidad y su objetivo organizacional. Se proponen a manera de ejemplo estos:

Desenlace	Fuente	Escala usada	Medición de base	Finalización de rehabilitación	3 meses de Seguimiento	6 meses de Seguimiento
Reintegro sostenido y sustentable	Número de trabajadores con retorno / Número total de trabajadores con incapacidad temporal mayor a 30 días	Binario				

Mantenimiento del vínculo laboral (empleo)		Binario				
Incapacidad laboral temporal		Número de casos				
Duración de incapacidad en número de semanas		Número de semanas promedio por trabajador				
Disminución de litigio por temas de salud- Número de Tutelas		Número de casos con litigio comparado año				
Número de casos con comparación entre capacidades y demandas laborales	ICF con escalas propias de proveedor de rehabilitación asesor	Número de casos con este proceso/ Total de trabajadores con condiciones de salud				
CIF Core Set Para seguridad social	ICF Social Security Set	Número de casos realizados / Número de casos que iniciaron				

		proceso de calificación de PCL				

Número de trabajadores que asistieron al proceso x 100%.

Total de trabajadores incluidos en el proceso de rehabilitación productiva.

Adherencia: Número de trabajadores que cumplieron con el 80% del proceso de habitualidad según los criterios establecidos por el proceso de rehabilitación productiva X100.

Total de trabajadores incluidos en el proceso de rehabilitación productiva.

Número de trabajadores que cumplieron con el 80% del proceso de transición según los criterios establecidos por el proceso de rehabilitación productiva X100.

Total de trabajadores incluidos en el proceso de rehabilitación productiva.

Número de trabajadores que cumplieron con el 80% de las fases establecidos por el proceso de rehabilitación productiva X100.

Total de trabajadores incluidos en el proceso de rehabilitación productiva.

Cambio en la capacidad:

- La capacidad describe la aptitud de una persona para realizar una tarea o acción.
- Indica el máximo nivel probable de funcionamiento que la persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dado.
- Capacidad refleja la habilidad ajustada en función del ambiente del individuo.
- Capacidad se entiende como la realización de tareas en un entorno uniforme.
- Capacidad ocupacional: Calidad de ejecución de una persona para llevar a cabo una actividad de la vida cotidiana y sus ocupaciones. Depende de las habilidades motoras, procesamiento, comunicación, interacción, según las etapas del ciclo vital.
- Capacidad para trabajar: Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que permiten desempeñar la actividad de trabajo.

Por lo cual se propone este indicador de capacidad.

Número de personas que cumplen con la meta de capacidad propuesta al inicio del proceso X 100.

Número total de trabajadores que terminaron el proceso.

La propuesta que se menciona no es teórica, dado que ya ha sido probada en Colombia en empresas que se han comprometido a invertir en prevención de discapacidad para trabajar aplicando mediciones objetivas y seguimiento estricto a indicadores para llegar a resultados exitosos.

2. Realizar recomendaciones prácticas para la prevención y gestión de los casos de ausentismo, restricciones, recomendaciones y reubicaciones por razones de salud

Dentro del componente organizacional, empresarial y gremial existe la responsabilidad social empresarial, que implica no solo la responsabilidad de la empresa para con sus accionistas, directivos y empleados sino con la comunidad a la cual presta sus servicios y de la cual obtiene sus ingresos; esta incluye también a los proveedores y los clientes; por tal razón las organizaciones deben tener un enfoque de trescientos sesenta grados al tomar decisiones que impacten dentro de cada uno de sus mercados y cointeresados.

Por lo anterior, y en lo que nos refiere este trabajo sobre el impacto del sistema de salud en la empresa como en la sociedad, aquella no solo debe hacer parte del sistema como cumplidora de unas normas, reglas o leyes, sino que debe sumarse de manera práctica y proactiva, proponente y diligente en todo lo relativo al mejoramiento continuo del sistema de seguridad social del país, ciudad o región donde opere. De esta manera, con su aporte en ideas, procesos e inversión en sus trabajadores, está contribuyendo a mejorar la sociedad, la comunidad para la cual sirve y de la cual se sirve, y con ello no solo garantizará la lealtad de sus clientes sino asegurarse de la fidelidad de los mismos obteniendo la preferencia de los consumidores asegurando la ventaja competitiva.

Si el empresariado actúa de manera que incentive, respete y promueva el SG-SST, lo que de alguna manera la comunidad percibe, no solo va a mostrar y aportar su grano de arena en el sentido de la RSE, sino que va a pasar de garantizar su *top of mind* corporativo a un *top of heart*, lo que no solo lo mantendrá en la cumbre competitiva a lo largo del tiempo por la percepción que su clientela o comunidad, a la cual enfoca sus productos y servicios (*target*), sino que esta le retribuirá.

En los indicadores de RSE, el apoyo al bienestar de sus empleados, clientes, proveedores, comunidad en general es de alto impacto. Por esto es importante sugerirles a las empresas y gremios su contribución y aporte continuo, respeto y cumplimiento al SG-SST.

Cada empresa afiliada a su gremio o asociación de interés y en cada gremio en particular se debe generar un banco de experiencias exitosas en reintegro laboral y prevención de discapacidad, descubrimientos y conocimientos adquirido al sistema de seguridad social en general. Con esto, se podría lograr un cambio y hacer de manifiesto para que esta contribución lleve a un desarrollo permanente del SG-SST. Como lo proponen *BMC Public Health* (2021) y McKensey (s.f.): "El futuro del trabajo: Aprovechar las oportunidades de la nueva normalidad. Para tener éxito en el futuro del trabajo, el momento del cambio es ahora".

Continúa Anema (2021):

> Las organizaciones deben evaluar el vínculo entre su propósito y cómo se manifiesta en el día a día. Una mayor claridad en torno a la razón de ser de la organización debería servir como estrella del norte para guiar o reforzar las decisiones empresariales críticas, como la asignación de capital, la experiencia de los empleados y las opciones de la plantilla (iniciativas de desarrollo e innovación, contratación, programas de reciclaje y mejora de las competencias). Las organizaciones que establecen un vínculo claro entre lo que hacen y el motivo de su existencia probablemente obtengan una ventaja competitiva tanto en la retención de empleados como de clientes.
>
> La prevención de los problemas relacionados con el trabajo de los empleados con enfermedades crónicas puede lograrse abordando las barreras identificadas para proporcionar apoyo. Además, tanto los médicos del trabajo como los representantes de la organización deben iniciar y asegurar el apoyo preventivo a nivel de la organización y en la atención sanitaria del trabajo. Estas ideas son útiles para desarrollar una intervención destinada a apoyar a los empleados con enfermedades crónicas para que permanezcan en el trabajo.

Desde el punto de vista gremial e intergremial —ANDI, Acopi, Fenalco, Cámara de Comercio y demás del país— proponen al Gobierno y sus instituciones y todos los *stakeholders* la elaboración de Rutas Integrales de Salud que incluyan la interacción con la empresa y que se estipulen en detalle las actividades de rehabilitación profesional que deben brindar EAPB y las ARL directamente por el sistema de seguridad social.

El sistema de riesgos laborales merece una reforma en la que se garantice el acompañamiento y asesoría al empleador en el reintegro de trabajadores con condiciones crónicas de salud que han estado incapacitados, así como la promoción de salud y prevención de ausentismo, independientemente que la condición de salud sea de origen laboral y común, entendida como una actividad que fomente estilos de trabajo y vida saludables para el afiliado y promoción de salud laboral. Dado que las ARL aluden que no está explícito en la ley que puedan hacer asesoría en condiciones de salud no laborales, porque se exponen a sanciones legales por ser dineros públicos, es importante este ajuste normativo por parte del Ministerio del Trabajo.

En este punto se debe optimizar recursos de la seguridad social, ya que el sistema de riesgos laborales cuenta con la experiencia, los profesionales capacitados y conocedores de los contextos laborales y la realización de actividades de acompañamiento al reintegro con posibilidad de medición cualicuantitativa de desempeño laboral. Mientras este ajuste normativo sea posible vía decreto reglamentario, se sugiere que las empresas inviertan en la contratación de equipos asesores externos.

De acuerdo con el artículo 2.2.4.2.5.12 decreto 1072 de 2015 están son algunas de las obligaciones de las administradoras de riesgos laborales:

10. Disponer de guías específicas de prevención de riesgos laborales por ocupación u oficio.
11. Generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción y prevención para cada ocupación u oficio.
12. Desarrollar campañas, programas, mecanismos y acciones para lograr la rehabilitación integral.
13. Asesorar en la adecuación de puestos de trabajo, maquinaria, equipos, herramientas y elementos de protección personal para el desarrollo de la ocupación u oficio del afiliado.

Por lo cual la Superintendencia Financiera y el Ministerio del Trabajo deben hacer mayor seguimiento al presupuesto invertido en estas obligaciones, dado que hay una asimetría en los gastos asistenciales y económicos, porque se aporta mayor porcentaje en atención para recuperar función e indemnizar que en actividades para reintegrar al trabajador, asesorar en adecuación de puestos, hacer actividades de rehabilitación profesional y orientación ocupacional, con seguimiento, que permita éxito de los programas.

Se propone que dentro del hilo interno de la organización, especialmente desde las medianas a las grandes, que cuentan con un departamento de recursos humanos altamente desarrollado con un equipo de profesionales dedicados al área y su equipo de servicio interno a la organización y al capital humano, desde el área de talento humano o recursos humanos de la empresa incentive , capacite y motive a que los jefes o gerentes de área se conviertan en unos 'embajadores' del Departamento de Gestión Humana y del SG-SST para que a partir de sus estrategias y directrices se divulgue en sus equipos de trabajo la importancia de la prevención y acogida estricta a las normas de SG-SST y no se perciba al sistema como un obstáculo para la consecución de los objetivos organizacionales.

Se debe capacitar en temas de seguridad social y medicina laboral con el fin de desmitificar que todo trabajador con condición de salud es un trabajador no productivo o es beneficiario de una incapacidad temporal o pensión de invalidez. Se debe fortalecer el conocimiento de temas de promoción y prevención de discapacidad para trabajar

Principales responsabilidades y/o aportes desde la empresa para el proceso de intervención: propender por mejorar la capacidad de funcionamiento y disminuir el ausentismo

- Informar procesos y protocolos de bioseguridad a seguir en la realización de cada actividad.
- Participar en cada actividad, organizando la agenda o programación de producción con el proceso.
- Asignar recurso humano desde la empresa para apoyar la tarea de adherencia del proceso.
- Reconfirmar la población con exposición al riesgo e identificar expuestos que ocupan cargos críticos.
- Los líderes de los procesos deben favorecer con tiempo para apoyo a la habitualidad y al espacio.
- Actualización y ajuste de recomendaciones o restricciones laborales por parte del médico de empresa (propio o contratado por horas).
- Definir modalidades de trabajo para la población en la etapa de transición, redefinir organización y métodos de trabajo, garantizar el seguimiento físico, mejoras en puestos y el seguimiento remoto.
- El empleador debe crear sus programas de entrenamiento o escuelas de destreza para que desarrollen la capacidad funcional y de ejecución de su trabajo en el cargo, no que sea un programa de inducción general como el que actualmente se tienen en las empresas, sino que se encarguen de generar entrenamiento tanto en lo cognitivo como en lo físico. Esto aportará mayor compromiso, impacto y enfoque en las fortalezas del individuo que en sus debilidades o carencias. Para esto se propone que consulten o contraten un profesional para ayudarles a crear estos programas con enfoque ocupacional (fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales). Estas personas deben participar en la creación de las funciones del cargo (*job descriptions*).

  Esas funciones del cargo no solo deben contener lo que el cargo en sí es, sino enseñar sobre prevención usando herramientas y recursos para que alcancen a incrementar su productividad desde el inicio del ingreso.

Principales responsabilidades y/o aportes del profesional en el desarrollo de la actividad de monitoreo por parte de la empresa

- Participar del entrenamiento y establecer unidad de criterio de la condición de salud de la persona e historia ocupacional del trabajador, así como en las mejoras en el puesto de trabajo.
- Entendimiento en el objetivo de la actividad de monitoreo y llevar el registro de la adherencia.
- Establecer el mecanismo de comunicación entre el profesional encargado de temas de reintegro y la empresa, de manera efectiva y semanal.
- Establecer alertas tempranas frente al cumplimiento de las actividades incluidas en el monitoreo.
- Agendar el seguimiento de las acciones definidas en la matriz de mejoras del cargo.
- Establecer acciones para movimientos de personal, rotaciones, reentrenamientos, jornadas laborales flexibles, reasignación de actividades.

3. Proceso para la gestión de los casos que, por razones de salud, generan ausentismo, restricciones, recomendaciones y reubicaciones médicas en las EPS y ARL

En los artículos 16, 93 y 94 de la Ley 1438 de 2011 la rehabilitación está incluida dentro del plan de beneficios del sistema general de salud.

Así mismo el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, referente a la integralidad en las tecnologías y servicios de salud, afirma:

> Deben ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

Sin embargo, a pesar de ser una obligación definida en la ley que hace parte del derecho fundamental a la salud, no ha existido un desarrollo homogéneo ni acceso a la prestación en todas IPS–EPS, y lo peor es que hay una asimetría en la capacidad instalada y los perfiles y competencias de profesionales entrenados en las diferentes regiones del país.

Como antecedente importante está el hecho de que el Ministerio de la Protección Social (actual Ministerio del Trabajo) lideró la actualización del *Manual sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales*, documento que fue llamado a ser una guía de trabajo para que las ARL, cumpliendo con su responsabilidad de asesorar a los empleadores se apoyaran en dicho instrumento, brindaran orientación a sus clientes y estos incluyeran dentro de los procesos la ruta de administración de las personas con condiciones de salud, la logística, los recursos, para recibir y ubicar a la persona posterior a un evento, y lograr reincorporarlos ocupacionalmente en el marco de procesos de rehabilitación laboral de forma efectiva.

Sin embargo, debido al hecho de que en nuestro sistema de seguridad social no se cuente con modelos de rehabilitación integrales desde la Empresas Administradoras de Plan de Beneficios (EAPB) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) , y se presten servicios asistenciales aislados y sin coordinación y sin el objetivo de lograr el reintegro del trabajador, se constituye en una barrera para el retorno al trabajo efectivo, sostenido y sustentable.

Si logramos consolidar en las IPS la prestación del modelo de los servicios relacionados con los procesos de atención en rehabilitación integral para las condiciones de salud, tanto de origen laboral común como laboral, de manera articulada para ofrecer atención funcional, podríamos solucionar un foco importante que causa ausentismo.

Los principales retos de servicios en rehabilitación es contar con un equipo de profesionales idóneos, fortalecer espacios de participación y cocreación de soluciones entre las empresa y las entidades del sistema de seguridad social con una visión consolidada e integral que sea capaz de articular las acciones del equipo rehabilitador y el equipo de salud y seguridad/salud en la empresa y sus áreas interrelacionadas, como lo definimos anteriormente en el análisis técnico desde la perspectiva del médico ocupacional que hemos enunciado.

Con el diseño de estos procesos centrados en el cliente, articulados, estableciendo relaciones colaborativas y creado con la participación de los diferentes sectores económicos de nuestro país, esperamos perfilar el desarrollo de acciones que busquen dar soluciones a la grave problemática en la atención de la población trabajadora que tienen discapacidad de cualquier origen que aqueja a las empresas en todo nuestro territorio colombiano. Es importante resaltar que dado que la expectativa de vida es creciente a nivel mundial, la necesidad de mantener la competitividad para responder ante un mundo globalizado y el aumento de casos con secuelas pos-Covid y la baja posibilidad de

contratación de personas con condiciones crónicas de salud con aumento de costos en atención, constituye un desafío para los sistema de protección social a nivel mundial. Por lo cual, las IPS deben implementar modelos de promoción de la salud y prevención de la discapacidad en tres líneas (Cuervo, Diana ; Cuervo- Diaz, Nidia; ; Cornejo, Patricia; Cruz- Duque , Marco; Estrada - Roncancio, 2020).

a. **Desarrollo y mantenimiento funcional:** La ocupación restaurativa de uso terapéutico de la funcionalidad, hábitos, rutinas, valores, motivación propenden por el mantenimiento y prevención de la pérdida de capacidades subyacentes, dado que hoy no se dan herramientas de mantenimiento funcional, por lo que sugiero desarrollar o mejorar aquellos factores de la persona y de las funciones corporales implícitas pensadas para actuar con autonomía y cuidar de su salud, usando estrategias educativas asociadas con a) provisión de recomendaciones y/o determinaciones de entrenamiento, centrándose en fortalecer habilidades y/o capacidades residuales, en especial para desarrollar la actividad de trabajo de un ser humano, este desarrollo debe suministrar los recursos humanos, locativos, de tiempo y de materiales necesarios para orientar prácticas objetivas, con evidencia de aprendizaje como por ejemplo de su planeamiento y/o procesos motores o movimiento (importante para prevenir accidentes).

Se aclara que el tiempo que se invierte en el proceso valorativo no debe ser menor a 30 minutos. Este deberá incluir los antecedentes de la persona y las reales necesidades, como el restablecimiento de capacidades, las condiciones osteomusculares y en detalle el funcionamiento de la columna vertebral, miembros superiores, miembros inferiores, análisis postural, evaluación de movilidad articular, fuerza y flexibilidad entre otros; con este insumo se busca proporcionar recomendaciones específicas sobre el manejo de la sintomatología presentada, entregando por parte del equipo técnico las herramientas para que el usuario se apropie de sus condiciones de salud.

Los profesionales podrán realizar análisis e interpretación de los datos obtenidos del proceso y así con evidencia diagnosticar la capacidad funcional y de funcionamiento de un individuo o usuario para que de una manera sustentada pueda dar recomendaciones concretas, seguras, justas para reincorporación laboral u orientación vocacional.

El proceso armónicamente desarrollado entregará insumos al mantenimiento funcional, con lo cual le permite al candidato o usuario determinar si está físicamente listo para regresar al trabajo de una manera segura y efectiva, tras el reconocimiento de su capacidad para hacer fuerza y qué tanta

resistencia tiene, esto se logra entregando herramientas para la apropiación del cuidado de sí mismo y/o de su propia salud velando por la calidad de vida desarrollada con dignidad (autonomía e independencia).

b. **Seguimiento a comparación entre capacidad funcional y demandas del cargo de desempeño ocupacional y laboral:** Esta comparación analiza factores de capacidad relacionados, todos ellos, con la aptitud de la persona para la realización de actividades y/o participación en situaciones vitales, pudiéndose valorar a través de los factores de capacidad que se consideren básicos para la formación y para restablecer la actividad de trabajo y el empleo.

   Los factores de perfil de capacidades se deben definir y desarrollar con los mismos criterios de evaluación que los factores de perfil de exigencias del puesto de, de tal forma que sea posible la comparación directa entre ambos perfiles y guie a profesionales, empleadores y usuarios a tomar acciones efectivas frente a la salud, seguridad y confort.

   El usuario podrá determinar las capacidades físicas y tolerancias que posee de acuerdo al nivel de demanda del puesto de trabajo donde realiza actividades retadora y aportantes.

El análisis y la evidencia cuantitativa adquirida del funcionamiento, el conocimiento y la habilidad desarrollados de forma objetiva deberían permitir entrenamiento y respuestas graduales del usuario al realizar actividades del diario vivir, incluyendo las de manejo de cargas estándar, como levantamiento de una carga desde el piso a la cintura; del piso a las rodillas; de la cintura a los hombros; de la cintura arriba de la cabeza; cargar, empujar y halar, luego hacer la comparación frente a las tolerancias posturales, de movimientos, y cognitivas exigidas por la actividad de la vida diaria e incluida el trabajo y/o según el nivel de demanda física que determine la actividad por desarrollar, la cual debe restablecer dentro del proceso de atención y que logrará sostener el mantenimiento funcional. Herramientas para la independencia (Zoer et al., 2012).

c. **Integración social laboral y ocupacional:** Las Empresas Administradoras de Plan de Beneficios (EAPB)–ARL deben contar con equipos interdisciplinarios que faciliten que el trabajador tenga la capacidad de desempeñarse en roles individuales, familiares, sociales incluido un trabajo remunerado. Los equipos tienen como objetivo que el usuario tenga una condición de salud y se propicie la recuperación de la capacidad para desempeñarse en contextos ocupacionales y laborales.

Dado que Colombia adoptó los determinantes sociales de la salud como pilar fundamental, la atención va más allá del sector salud; los líderes y gerentes de las EAPB o ARL deben organizar el procedimiento de interconexión con otros sectores, como el empresarial, educativo y la agencia nacional de empleo. No debe existir un papel pasivo, en el que se considere que es función únicamente del Estado, sino que debe partir del sector asegurador como una materialización de la garantía al derecho de la salud con enfoque de determinantes sociales.

Hoy en día, si bien contamos con líneas de empleabilidad de las cajas de compensación y con el plan nacional de discapacidad entidades cualificadas y altamente especializadas en la labor de la integración laboral de personas con discapacidad , la realidad es que funciona solo para una minoría., se debe lograr articulación del sistema de salud, sistema de trabajo, sistema de riesgos laborales con la política pública nacional de discapacidad e inclusión social.

¿Cómo *sería* la interconexión? : Deberían existir en las IPS un equipo denominado 'Gestor de Desempeño Laboral' que fungiría como lo establecido en el artículo 2.2.5.1.26 decreto 1072 de 2015, como una apuesta no solo para disminuir costos, sino para aportar a la productividad de las empresas y calidad de vida de los usuarios, recordando que el trabajo es un determinante de la salud y mantener a los trabajadores vinculados y productivos es vital para promover la salud. Este equipo estaría conformado por médicos laborales, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicas y psicólogos ocupacionales, encargados de poder interactuar con las empresas para saber las condiciones laborales y emitir planes de reintegro laboral acorde al estado funcional y las demandas de cada cargo. Dado el volumen de casos, cada entidad podrá tener el número de equipos descritos en este artículo, como la demanda lo requiera para lograr que la oportunidad de atención esté a menos de 10 días calendario como máximo.

> Se propone que desde el Ministerio del Trabajo se lidere la articulación con educación y se estructure un sistema de información de ocupaciones como lo tiene el SENA —con el Observatorio de Ocupaciones SENA-UNAL, incluyendo en la CIUO88, y que contenga el análisis de exigencias por sectores económicos, esta permitiría brindar información para procesos de selección, colocación, formación, salud (exámenes médicos de ingreso, profesiogramas), seguros y desde luego rehabilitación.

La integración debe proporcionar a los usuarios-trabajadores el tiempo para cumplir con las actividades requeridas para mejorar competencias de empleabilidad, recuperar su funcionalidad y

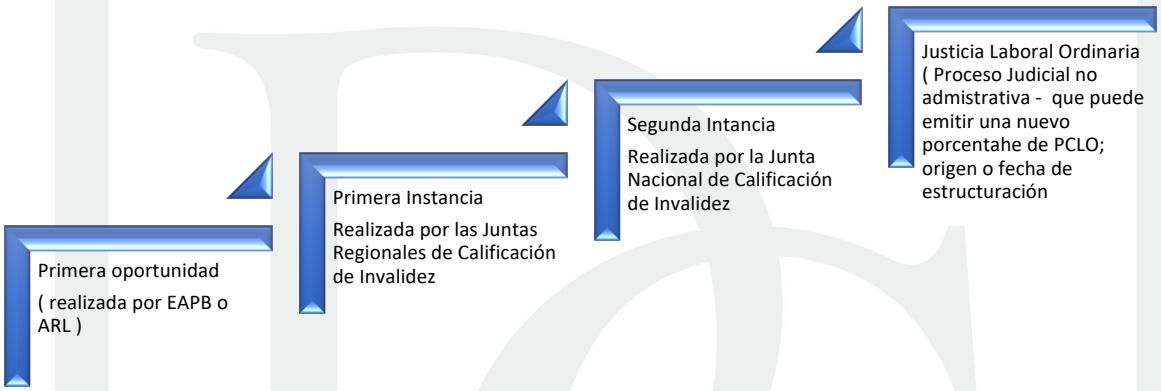
restablecimiento de sus capacidades de funcionamiento, la empresa favorece la articulación entre las áreas y el desarrollo de personas hasta logar ubicar a la persona adecuada en el cargo adecuado. Con la información de los resultados obtenidos en el proceso se debe construir los indicadores de impacto frente al balance social, aporte en términos de productividad para el empleador y sector económico, así como en la persona en términos de reducción de la sintomatología, bienestar y calidad de vida.

¿Lo incapacito mientras lo atiende un especialista o mientras hay oportunidad para realizar un examen o procedimiento?: Encontramos que la falta de oportunidad en acceso a consulta, exámenes o procedimientos en las EAPB y ARL hace que se generalice la práctica de expedir incapacidad con el único objetivo de posponer el reintegro hasta que un especialista realice su valoración y emita el concepto. Se recomienda que los gremios empresariales identifiquen los casos en los que ocurre esta situación, para denunciar ante los entes de control y así lograr que se garantice la oportunidad establecida por la ley; seguir pasivamente permitiendo que se perpetúe este factor puede hacer que el ausentismo y sus consecuencias aumenten progresivamente en el país, con costos directos e indirectos para todos los actores involucrados en el proceso y, sobre todo, con impacto en la productividad y sostenibilidad de las empresas y devenir en mayor desempleo.

4. Proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional que se realiza en el país y determinar oportunidades de mejora en procesos de calificación de primera oportunidad y juntas de calificación de invalidez de Colombia

Esquematizamos en este gráfico en forma de escalera, cuáles son las entidades que participan en el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral.

PROCESO DE CALIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE CAPACIDAD LABORAL ORIGEN Y FECHA DE ESTRUCTURACIÓN EN COLOMBIA



Fuente: Elaboración Propia

¿Quién inicia el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral?: El proceso se inicia en las EAPB o ARL que definen en primera oportunidad el porcentaje de pérdida de capacidad laboral que tiene un trabajador. En los decretos que regulan el cómo y el cuándo se debe calificar la pérdida de capacidad laboral, se parte de incentivar que el trabajador esté incapacitado o se presume que toda condición de salud debe ser calificada su pérdida de capacidad laboral a partir del día 540 de diagnóstico, por lo cual es apremiante que se modifiquen estas premisas establecidas.

Desde hace más de 16 años, los ministerios del Trabajo, Salud y Hacienda están discutiendo la expedición de un decreto de primera oportunidad en el que se especifique el procedimiento, los tiempos y requisitos que deben cumplir las entidades calificadoras. El único articulo vigente es el 2.2.5.1.26 decreto 1072 de 2015, que estableció que los equipos de calificación de las entidades promotoras de salud contributivo y subsidiado deben estar compuestos por un medico laboral con un año de experiencia, un médico especialista en medicina física y rehabilitación que cuente con experiencia de dos años (específica) y un profesional con formación en áreas afines a la seguridad y salud en el trabajo, de formación diferente a la medicina, quien debe contar con una experiencia relacionada de dos años.

Este artículo indica que el equipo de las EPS debe ser inscrito en las secretarías de Salud. Le atribuye también la responsabilidad de

> efectuar el estudio y seguimiento de los afiliados y posibles beneficiarios, recopilar pruebas, valoraciones, emitir conceptos de rehabilitación en cada caso y definir el origen y grado de pérdida de la capacidad laboral.
>
> El equipo interdisciplinario de las entidades administradoras de riesgos laborales deberá ser registrado en las Direcciones Territoriales de Trabajo del Ministerio del Trabajo, anexando las respectivas hojas de vida de sus integrantes e informando las modificaciones que sucedan al respecto. (Decreto número 2463 de 2001; artículo 5, incisos 1.o y 2.o)

Es decir, que la falta de voluntad política en regular y vigilar la oportunidad y calidad de los dictámenes que realizan estas entidades de la seguridad social le ha pasado una factura muy alta a los trabajadores y empresarios, quienes se ven avocados a tener conceptos de rehabilitación sin fundamentación técnica y más aun procesos de calificación que afectan directamente el desarrollo normal de las empresas. Por lo cual es urgente que los gremios empresariales, junto con los demás actores del sistema de seguridad social hagan abogacía ante el Gobierno Nacional para que este decreto sea expedido con prontitud.

Se propone que este decreto incluya no solo temas de calificación, sino las 3 las líneas de prevención de discapacidad que se esbozaron el capítulo 3. Se aclara que la expedición del Decreto 1333 de 2018 sobre pago de incapacidades mayores a 540 días tuvo la intención de regular el abuso del derecho, se quedó corta en estructurar y afianzar que los equipos y procedimiento de rehabilitación en las EAPB y ARL fueran sostenibles, aportarán a propiciar la recuperación de la capacidad laboral de los trabajadores y no solo ser el lleno de un formato por cumplimiento legal, sin ningún aporte real a la prevención de discapacidad para trabajar.

¿Cuándo los casos van a la Junta Regional de Calificación de Invalidez?: Las Juntas Regionales están ubicadas en las cabeceras de los principales departamento del país, están constituidas por salas conformadas por dos médicos laborales con posgrado en salud ocupacional o seguridad y salud en el trabajo con más de 2 años de experiencia, un profesional de salud que no sea médico (terapeuta

ocupacional, psicólogo o terapeuta físico con posgrado en salud ocupacional o seguridad y salud en el trabajo con más de 2 años de experiencia, y un abogado con especialización en derecho laboral).

En los casos en que cualquiera de las partes interesadas manifieste desacuerdo en cuanto a porcentaje de pérdida de capacidad laboral, origen o fecha de estructuración de un dictamen, emitido en primera oportunidad por las EAPB o ARL, el caso debe ser enviado en los dos días hábiles siguientes a la Junta Regional de Calificación de Invalidez.

La realidad es que estos tiempos no se cumplen y no hay regulación, vigilancia o control por parte del Ministerio del Trabajo, respecto al cumplimiento de esta norma. Así las cosas, como ha prosperado la práctica de emitir incapacidades temporales mientras se define un porcentaje de pérdida de capacidad laboral, o emitir incapacidades temporales mientras el sistema de salud tiene oportunidad para realizar determinado procedimiento o interconsulta con algún médico especialista, termina el ausentismo siendo propiciado por fallas del sistema de salud y en menos proporción de riesgos laborales (pero que también se ve) y falta de vigilancia y control por parte de los ministerios responsables del tema y de las superintendencias de Salud y Financiera.

Además de la dilación en el envío de los casos a las Juntas de Calificación, existe la inobservancia de realizar todas las pruebas que establece el *Manual de calificación de pérdida de capacidad laboral* vigente, con lo cual la asignación de porcentaje, sobre todo con lo relacionado con el desempeño laboral, termina siendo basado en pruebas incompletas con una alta posibilidad de que trabajadores, que verdaderamente no pueden retornar al trabajo, resulten subvalorados en el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y no se logre una pensión de invalidez, en casos que realmente es imposible que los trabajadores retornen y se mantengan en el trabajo con calidad de vida, siendo productivos.

En la actualidad existe conflicto respecto a qué entidad es la que debe realizar todas las pruebas y exámenes establecidos en el *Manual Único de Calificación de Invalidez*, si son las EAPB o Colpensiones y los seguros previsionales contratados por los Fondos de Pensiones.

¿Cuándo los casos van a la Junta Nacional de Calificación de Invalidez?: Cuando expedido un dictamen por las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez, alguna de las partes interesadas, llámese trabajador, familia, EAPB, ARL, Fondos de Pensiones, empleadores, no está de acuerdo, puede manifestar su inconformidad dentro de los 10 días a partir de la notificación de dictamen. Dicha inconformidad puede ser un recurso de reposición en donde se pide se revise la decisión por la misma

Junta Regional de Calificación que emitió el dictamen, o puede ser un recurso de apelación en el que pidió el caso sea remitido a la segunda instancia denominada Junta Nacional de Calificación de Invalidez. También existe la posibilidad de realizar un recurso de reposición y en subsidios de apelación.

De conformidad con artículo 41 de la ley 100 de 1993, modificado por el Decreto Ley 19 de 2012, indica:

> (…) en caso de que el interesado no esté de acuerdo con la calificación deberá manifestar su inconformidad dentro de los diez días siguientes y la entidad deberá remitirlo a las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez del orden regional dentro de los cinco días siguientes, cuya decisión será apelable ante la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, la cual decidirá en un término de cinco días. Contra dichas decisiones proceden las acciones legales.

Una vez más se legisla sin tener en cuenta las realidades procedimentales, dado que desde el punto de vista técnico es imposible que en 5 días se emita un dictamen; cuando se debe citar al paciente valorarlo, sustanciar el caso, presentarlo en audiencia colegiada y notificarlo, es por ello que se ha interpretado por el Ministerio del Trabajo que estos 5 días son para definir el trámite a seguir con el caso, devolverlo a la Junta Regional en caso de que no exista competencia, asignarlo en reparto aleatorio a cada uno de las salas y médicos que componen la Junta Nacional de Calificación de Invalidez. En la actual estructura de las Juntas de Calificación cada sala se conforma por dos médicos con especialización en salud ocupacional, medicina del trabajo o medicina laboral con experiencia mínima de 5 años específica o 7 años para quienes no acreditaban títulos. Un profesional de la salud que no sea médico, como terapeuta físico, terapeuta ocupacional o psicólogo con especialización en salud ocupacional con experiencia de 2 años específica o 3 años si no contaban con especialización, y un abogado especialista en derecho laboral, conformación que se mantiene en virtud que la Corte Constitucional determinó en la Sentencia C- 914 de 2013 que las Juntas de Calificación de invalidez tienen reserva legal y deben ser conformadas por vía ley de la República

¿Quién paga los honorarios de las Juntas de Calificación de Calificación de Invalidez?: Siempre deberán ser pagos por las entidades aseguradoras, dependiendo del origen calificado en primera oportunidad, si es común lo paga el sistema de pensiones; si es laboral, las ARL. Cabe recalcar que los casos no pueden ser remitidos por las Juntas Regionales a la Junta Nacional hasta tanto las entidades

no hagan el pago de honorarios, por tratarse de dineros públicos de la seguridad social, sujetos de vigilancia por Contraloría, Procuraduría y Ministerio del Trabajo.

¿Todos los trabajadores con condiciones de salud deben tener un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral?: Colombia tiene establecido un modelo en el que se privilegia la compensación en dinero antes que la inclusión laboral y mantenimiento de los trabajadores en el empleo de manera productiva, por lo cual la Ley 100 de 1993 definió beneficios económicos por pérdida de capacidad laboral u ocupacional. Es decir que en este esquema basado en un modelo asegurador con énfasis en lo biomédico, se ha perpetuado la concepción de que se debe indemnizar "el daño corporal", cuando es claro que de acuerdo con los modelos actuales de discapacidad e inclusión, la deficiencia (déficit de estructura y función) no necesariamente genere una limitación en actividades o restricciones en la participación.

A manera de ejemplos

Un trabajador con hipertensión arterial tiene cifras tensionales altas, es decir existe un déficit en el funcionamiento y regulación de presión arterial, este déficit es lo llamado una deficiencia; sin embargo esa persona con su medicamento, ejercicio, alimentación y rutinas de vida sana no tiene ninguna limitación para realizar actividades, o participar en su entorno social laboral y es productiva. Un trabajador con diabetes mellitus en el cual debe tomar mediación oral para controlar su nivel de azúcar, y lograr hacerlo sin que exista daño en órganos como riñón, corazón, ojos, es una persona que tiene una deficiencia (alterada la función metabólica de los carbohidratos), pero igualmente puede ser totalmente productiva, estar aportando a la vida social laboral y personal. Con estos dos ejemplos deseo mostrar que no toda condición de salud que genere una deficiencia causará limitaciones en la vida diaria ni restricciones en la participación laboral, por lo cual uno de los ajustes normativos y conceptuales que debemos modificar es el propiciar que todos los trabajadores con diagnósticos clínicos deban ser enviados a que se califique una pérdida de capacidad laboral.

¿Porque hay trabajadores con pérdida de capacidad laboral de cero por ciento y con recomendaciones laboral o reubicaciones?: A menudo los actores del sistema de seguridad social se cuestionan por qué hay trabajadores reubicados y que al ser calificada la pérdida de capacidad laboral los calificadores otorgan cero por ciento, esto se explicará con casos.

Caso 1: Trabajador con una neumoconiosis de minero del carbón en el cual se hace fibrosis de su pulmón, pero al hacer una espirometría o prueba de difusión de monóxido de carbono reporta normales sin alteración en función pulmonar, es decir debe calificarse la deficiencia con cero por

ciento; pero lo cierto es que como no puede estar expuesto a material particulado debe ser reubicado, lo cual en cualquier otro paciente con deficiencia daría 15% de pérdida de capacidad laboral es redirigirá a reubicación, pero como se establece que si no hay deficiencia no se pueden calificar otros valores en limitación de actividades y restricción en participación laboral (rol laboral), edad y económico, el paciente termina con una pérdida de capacidad laboral de cero por ciento y el empleador con dificultad de entender por qué un trabajador con reubicación tiene cero por ciento de pérdida de capacidad laboral.

Así las cosas, Colombia debería modificar los requisitos, condiciones y procedimientos respecto a cuándo y cuáles trabajadores, en qué momento, bajo qué premisas de rehabilitación y reintegro deben acudir a un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral.

La llave para ingresar a un proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral no debe ser el hecho de estar incapacitado con determinado número de días, tampoco el tener una condición de salud diagnosticada en determinado periodo (540 días), como está establecido el manual de calificación Decreto 1507 de 2014 (*Manual Único de Calificación Vigente*) y el articulo 2.2.5.1.25 del Decreto 1072 de 2015:

> El trabajador o su empleador, el pensionado por invalidez o aspirante a beneficiario podrán presentar la solicitud de calificación o recurrir directamente a la junta de calificación de invalidez en los siguientes casos: Si transcurridos treinta días calendario después de terminado el proceso de rehabilitación integral aún no ha sido calificado en primera oportunidad. En todos los casos, la calificación no podría pasar de los quinientos cuarenta (540) días de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad, caso en el cual tendrá derecho a recurrir directamente a la junta.

Colombia en el pasado adoptó esta medida, que fue tomada posterior a la Segunda Guerra Mundial como forma de reparación y protección y de manera errada se partió de dos principios que han sido ya reevaluados: El primero es que el pago en dinero era la principal y única forma de protección a los trabajadores y segundo fue la premisa de que al calificar la pérdida de capacidad laboral cesaba la responsabilidad de las aseguradoras de riesgos laborales, de las Administradoras de Fondos de Pensiones y que los empleadores cerraban un ciclo, dado que habían trasladado el riesgo al sector asegurador a través de los aportes a la seguridad social. Este replanteamiento de modelos de protección social para migrar a un esquema de inclusión laboral y prevención de discapacidad para trabajar viene siendo estudiado desde por lo menos el año 2000 en los países afiliados a la OCDE

(MacEachen, 2018).

¿Cuál es la propuesta?: Las Administradoras de Riesgos Laborales no van a pagar por pérdida de capacidad laboral sino pagarán de manera anual a los trabajadores un bono por mantenerse activos y productivos en la empresa. Ese incentivo también será para la empresa en disminución de primas, versus dinero para realizar las adecuaciones de los puestos de trabajo.

Las empresas que tengan estructurado un programa de reintegro laboral con medición cuantitativa de indicadores de estos para retorno sostenible tendrán disminución de impuestos o diminución en la prima de riesgos laborales. Esa auditoria estará realizada por los entes certificadores avalados para tal fin y reglamentados por el Gobierno Nacional.

Las Administradoras de Riesgos Laborales deben tener presupuesto para apoyar acomodaciones y adaptaciones de los puestos de trabajo, más que indemnizaciones en dinero.

Los conceptos de rehabilitación deben usar escalas de medición (capacidad funcional residual con la que puede desarrollar las demandas del cargo), debe decir todas las habilidades y destrezas que tiene para realizar cada tarea del cargo; como Colombia adoptó en la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Organización Mundial de Salud para procesos de atención en salud y calificación con destino a declarar beneficios de la seguridad social, se propone que las EAPB y ARL emitan los conceptos rehabilitación ocupacional y laboral usando este instrumento, que puede ser adaptado por cada institución, mientras el Gobierno Nacional reglamenta mediante decreto conjunto las acciones de cada sector en el camino a prevención de discapacidad para trabajar y unifica instrumentos a ser utilizados en el país.

Estos conceptos de qué habilidades ocupacionales tiene el trabajador debe ser basado en los análisis de exigencias por cargo, que las empresas deberán remitir a las EAPB o Administradora de Riesgos Laborales a solicitud de los equipos de rehabilitación integral.

Los casos en los cuales no es posible por la severidad que el trabajador tenga capacidad funcional residual acorde a las demandas del cargo u otros cargos, el equipo interdisciplinario de la Empresa Promotora de Salud definido en el Decreto 1072 de 2015 deberá activar un reporte para que exista la posibilidad de que a través de Servicio Nacional de Empleo se logre ubicar en otra empresa versus iniciar el proceso de determinación de pérdida de capacidad laboral a través de la Administradora de Riesgos Laborales o las Administradoras de Fondos de Pensiones.

Ante las condiciones de salud mental no debe propiciarse que se pague indemnización cuanto más medicamentos y más alteración de funcionamiento global tenga, siendo un problema de salud

pública mundial se debería trabajar en incentivos a las empresas y trabajadores que aporten en la prevención de discapacidad para trabajar y que mantengan activas rutas de atención integral que vayan desde diagnóstico hasta reintegro laboral con seguimiento sostenido y sustentable.

¿Cuál debe ser el rol de los empresarios en los procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral?: Los empresarios suelen desconocer que son parte interesada en el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral y, paradójicamente, las empresas son parte vital del proceso, ya que son quienes están soportando con la generación de empleo y la posibilidad que las personas se mantengan activas o consigan trabajo a pesar de tener una condición de salud y se logre mantener la participación laboral, que es uno de los aspectos tenidos en cuenta en la calificación.

Por lo cual se requiere que todos los resultados producto de los sistemas de vigilancia epidemiológica de prevención de discapacidad —programas de desempeño productivo— sean aportados a los equipos calificadores desde la primera oportunidad. Es importante que todos los esfuerzos, intervenciones, logros o intentos fallidos en el proceso de reintegro laboral con la cuantificación de desempeño laboral y ocupacional que la empresa realice sean remitidos a los equipos calificadores. Así mismo la información de pago o no pago de las incapacidades por el sistema de seguridad social, acuerdos de trabajo en casa, pago o no de seguridad social y salarios en los casos en los que el sistema de seguridad social no reconoce mesadas ni incapacidades etc., dado que esta información permite que se realice una calificación de pérdida de capacidad laboral más ajustada a la realidad que vive el binomio empresa-trabajador, y que la cobertura y protección del sistema de seguridad social llegue a quienes realmente debe llegar.

¿Cuál es la propuesta para mejorar los tiempos y los procesos de las Juntas de Calificación de Invalidez?: Como se ha mencionado, de lograrse la expedición del decreto de primera oportunidad de calificación de pérdida de capacidad laboral con las características mencionadas, se mejoría en un 80% los tiempos de las Juntas de Calificación y se optimizarían costos de la seguridad social, dado que en el actualidad se están remitiendo casos que evidentemente no deberán llegar a un proceso de invalidez, porque existe claramente la posibilidad de activar acciones que permitan mantenimiento en la vida laboral.

En la actual regulación se exige que cada paciente sea citado tres veces, en caso de inasistencia, y como no están delimitados los deberes de los trabajadores en los procesos de calificación, en algunas ocasiones los pacientes no asisten aludiendo que su abogado le aconseja no asistir en busca de que logre obtener nuevos exámenes particulares o realizados por la seguridad social, o debido a que la

aseguradora a la cual se encuentra afiliado no asigna los viáticos o los pasajes para asistir a la valoración presencial cuando esta se realiza en esta modalidad, previo a la pandemia y emergencia determinada por el Gobierno Nacional. Según las estadísticas de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, esta situación ocurre en un 20 % de los pacientes citados, causando que se desgaste el sistema de calificación y se alarguen los tiempos y se dejen de atender pacientes.

La actual conformación de las salas de calificación en la cual se incluyen dos médicos laborales, un profesional no médico (terapeuta o psicólogo) y un abogado debe mantenerse y siempre protegerse la meritocracia en los concursos y reemplazo de integrantes o miembros que lleguen a las posiciones en las Juntas de Calificación de Invalidez, para así garantizar que personas con experiencia específica en calificación y competencias sean las que definen los beneficios de la seguridad social, en los casos en los que haya controversia.

La pandemia hizo que las Juntas de Calificación pudiesen aplicar teleconsulta para sus valoraciones, esto es momentáneo, dado que está amparado en la emergencia sanitaria declarada por el Gobierno Nacional; esta experiencia permite concluir que se debe mantener esta modalidad para algunos casos, dado que es posible escuchar al trabajador, evaluar y salvaguardar el debido proceso, mediante esta modalidad de consulta, lo que disminuyen costos al sistema, tiempos de citación y logra que no se dependa de que los viáticos y pasajes sean pagos por las entidadedes de seguridads social .. Este ajuste que se hizo para responder a una contingencia de salud pública demostró que permite mejorar tiempos de calificación.

Así mismo las audiencias virtuales con suscripción de dictámenes con firma digital agilizó los procesos de las Juntas de Calificación, dado que permitió que integrantes de las mismas pudieran evitar desplazarse a un espacio físico y usar el tiempo en estudiar más expedientes y hacer más consultas, siendo más eficiente el uso de los recursos.

Debe, de igual manera, mantenerse, regularse tanto en el decreto de primea oportunidad, el uso de la historia digital interoperable, debe prevalecer el cero papel y la notificación electrónica por correo certificado a todas las partes interesadas y así garantizar agilidad, disminución de costos y evitar falsificación de dictámenes.

La ausencia de un Sistema de Información de Riesgos Laborales, después de más de 25 años de haberse creado este sistema, demuestra la falta de voluntad política de las aseguradores y Gobierno Nacional, y hace que se carezca de medición de los resultados del sistema, incluyendo los procesos de rehabilitación ocupacional y laboral. Si toda la información de los sistemas de gestión de las

empresas pudiera ser allegada de manera rápida, expedita y ser consultada por las Juntas de Calificación, ahorraría tiempo y permitiría calificaciones de origen y pérdida de capacidad laboral más oportunas.

Es apremiante que exista regulación sobre vigilancia, control y sanción para aquellas entidades de seguridad social, que no aportan todos los exámenes completos, debido a que esto va en contra de la justicia procesal y afecta de manera directa a empleadores y trabajadores.

El *Manual de Calificación de Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional* fue elaborado en el año 2011 y solo entró en vigencia hasta el 15 de febrero de 2015, lo cual amerita que el Ministerio del Trabajo haga un nueva construcción colectiva participativa con la voz de empleadores, trabajadores, sindicatos, profesionales de la salud y la academia, para elaborar un instrumento enfocado en evaluar y calificar las capacidades y posibilidad de desempeño residual y no seguir incentivando el modelo 'de daño corporal'. Cuanta mayor enfermedad y más mala gestión de los procesos de rehabilitación por parte del sistema de seguridad social, más incapacidades temporales e indemnizaciones se deben pagar. Igualmente es prioritario actualizar la definición de fecha de estructuración de la invalidez, para que esta sea un acuerdo como sociedad y se acoja a los pronunciamientos jurisprudenciales y desarrollos doctrinales en medicina laboral y derecho de la seguridad social.

Esperamos con este análisis y construcción de propuestas prácticas, encaminadas a generar soluciones al tema de incapacidades laborales, recomendaciones médicas y restricciones y, sobre todo, a hacer un llamado a que nos unamos como colombianos para trabajar juntos en la prevención de la discapacidad para trabajar como forma de aportar a la generación de empresas socialmente responsables y sostenibles que liderarán la reactivación económica y ayudarán al país a enfrentar los desafíos en temas de discapacidad, que nos dejará la pandemia.

Por último, agradezco a Rocío del Pilar Candia Ospina, terapeuta ocupacional especialista en rehabilitación Laboral y Ocupacional, y a Roberto Bayter Bayter, administrador de empresas MBA, ambos asesores empresariales y quienes hacen parte del equipo académico Diana Cuervo Ph. D, por sus aportes en la construcción de esta propuesta.

Glosario

A continuación se recopilan definiciones que se han usado por la ciencias de la ocupación humana, y la medicina ocupacional y que a través de los años se han construido en mesas de trabajo

organizadas por el Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud durante la elaboración de proyectos de decreto sobre rehabilitación ¡y reintegro laboral , con la participación e múltiples actores del sistema de seguridad social y diferentes disciplinas .

Clasificación internacional de funcionamiento y discapacidad (CIF): Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es "el marco conceptual aceptado para proporcionar un lenguaje común y universal para su aplicación en la clínica, la salud pública y la investigación". Organización Mundial de la Salud. (2001).

Entidad administradora de plan de beneficios: "Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud".

Reincorporación laboral funcional: Es un programa para el regreso a la actividad laboral de los trabajadores que tuvieron un accidente de trabajo, enfermedad profesional y enfermedad general, como complemento al proceso de rehabilitación integral.

Al concluir un proceso agudo, es decir, la atención inicial y posterior seguimiento clínico mediante controles médicos y terapias acordes a cada evento, el trabajador requiere retomar sus actividades laborales, este proceso demanda una adaptación y por tal razón se emiten unas recomendaciones por parte de la ARP, EPS y/o médico tratante (dependiendo de la evolución y el

oficio desempeñado). Con el reintegro laboral y las recomendaciones médicas se busca que el trabajador promueva sus habilidades residuales y recobre el desempeño en su entorno laboral, además de mejorar su autoestima y disminuir el sentimiento de minusvalía.

Accidente de trabajo: Es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el colaborador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. También, es aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aun fuera del lugar y horas de trabajo. (Congreso de la Republica de Colombia, 2012)

Enfermedad laboral: Es todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el colaborador, en el medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que ha sido determinada como tal por el Gobierno Nacional.(Congreso de la Republica de Colombia, 2012)

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. (Ministerio de Trabajo, 2014).

Ausentismo: Es la no asistencia al trabajo por parte de un trabajador del que se pensaba que iba a asistir, quedando excluido de los períodos vacaciones y las huelgas". El ausentismo laboral de causa médica, como período de baja laboral atribuible a una incapacidad del individuo, excepción hecha para la derivada del embarazo normal o prisión

Ausentista repetitivo: Ausencias de larga duración (mayor a 16 días) en un número superior a la mediana

Capacidad funcional: Conjunto de destrezas individuales que permiten el adecuado desarrollo de una actividad determinada.

Deficiencia: Anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con *anormalidad* se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida. Organización Mundial de la Salud. (2001).

Limitación en la actividad: Dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una *limitación en la actividad* abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, en comparación con la manera, extensión o intensidad en que se esperaría que realice una persona sin esa condición de salud. Organización Mundial de la Salud. (2001).

Restricción en la participación: Son los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales (Clasificación internacional de Funcionamiento y Discapacidad); por ejemplo, restricción para participar en contexto laboral, económico o social.

Recomendaciones laborales: Son prescripciones técnicas realizadas por un profesional en salud como parte del proceso terapéutico o de intervención clínica según su área de conocimiento. Su objetivo es evitar la progresión de las condiciones de salud. Son aquellas emitidas por parte de un médico tratante a una persona, encaminadas a la mejora o mantenimiento de su estado de salud y que debe llevar a cabo el trabajador durante su vida cotidiana y laboral.

Restricciones laborales : Son las limitaciones que un médico laboral ha emitido a un trabajador para que se consideren durante la ejecución laboral.

Rehabilitación profesional: Proceso por el cual una personal logra compensar, en el mayor grado posible, las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral y le dificulten o impidan la integración social y laboral. Busca su ubicación o reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades.(Ministerio de la Protección Social, 2010)

Rehabilitación funcional: Proceso terapéutico que busca recuperar la función perdida mediante los principios de la biomecánica, fisiología, antropometría aplicada y neuropsicología, a través de los servicios de rehabilitación.

Reincorporación laboral: Retorno del trabajador a su puesto habitual, en iguales condiciones de desempeño y con condiciones de riesgos controlados.

Perfil de funcionamiento: Descripción del funcionamiento del individuo a nivel corporal, individual o social, asociado a estados de salud, especificando los aspectos positivos de la interacción del individuo y sus factores contextuales.

Valoración funcional: Método para valorar el desempeño de algunas funciones, con un resultado numérico que caracteriza el grado de dependencia o independencia de cada función. En la valoración de funcionamiento a nivel individual se evalúan las actividades que realiza un individuo en su vida diaria, que cubren todo el rango de áreas vitales como actividades de autocuidado, desplazamiento, actividades finas de la mano traducidas en agarres funcionales, transporte, hasta áreas más

complejas como interacciones interpersonales, así como la identificación de los facilitadores o barreras del proceso de rehabilitación laboral.

Evaluación de puesto de trabajo: El análisis de puesto de trabajo corresponde a un proceso de mediante el cual se hace la recolección y registro de información relacionada con el colaborador, las funciones propias de su cargo, su lugar de trabajo y aspectos administrativos de la organización.

Perfil de puesto de trabajo: Descripción de las demandas físicas, psicológicas, técnicas y de experiencia que se requieren para su desempeño, así como el manual de funciones y procedimientos seguros.

Adaptación laboral: Es un tipo de reintegro en donde el trabajador no requiere cambio de puesto de trabajo y se puede desempeñar en labores en las que trabajaba con alguna adaptación en la tarea, el entorno o la herramienta. Esta adaptación puede ser temporal o definitiva, de acuerdo con el diagnóstico y pronóstico.

Reubicación laboral: Es un tipo de reintegro laboral que se presenta cuando las condiciones funcionales del colaborador no le permiten continuar desempeñando las funciones del cargo asignado. Se aconseja cuando la valoración funcional y los requerimientos del puesto de trabajo están tan distantes que es muy difícil regresarlo a las labores que venía desempeñando. En caso de continuar con ese puesto de trabajo, su productividad se vería seriamente comprometida, por lo tanto, se deben considerar otras labores como opción en la reinserción laboral en las cuales pueda cumplir con el rendimiento estándar o estar muy aproximado. Esta reubicación puede ser temporal o definitiva de acuerdo con el diagnóstico y pronóstico.

Pronóstico funcional: Juicio respecto a los cambios, duración, curso y secuelas de una enfermedad, en los aspectos de capacidades de desempeño del individuo.

Trabajador reubicado: Colaborador que debido a recomendaciones médicas no puede cumplir las funciones del cargo para el cual fue contratado y debe ser trasladado a otro donde se pueda desempeñar.

Trabajador adaptado: Colaborador que debido a recomendaciones médicas no puede cumplir algunas de las funciones del cargo para el que fue contratado.

Evaluación funcional: Mide capacidades de un individuo en comparación con parámetros de normalidad; enfatiza en las discapacidades para definir la necesidad de rehabilitación, según la discapacidad funcional, y analiza posibles necesidades de adaptación para compensaciones de la pérdida. Da como resultado un diagnóstico funcional y pronóstico ocupacional, y se realiza en un ambiente terapéutico.

Evaluación ocupacional: Mide las habilidades de la persona en comparación con las exigencias de las ocupaciones; enfatiza en el potencial según las capacidades de la persona o del trabajo. Su resultado es un diagnóstico y pronóstico funcional integral. Preferiblemente debe incluir una evaluación en situación simulada o real de trabajo.

Áreas de desempeño: Actividades de la vida diaria, trabajo y ocio/juego.

Componentes de desempeño: "Sensitivomotores, cognitivos, psicológicos y habilidades psicosociales" (López et al., 2001).

Métodos de evaluación: Existen métodos múltiples y variados de evaluación, que oscilan desde pruebas muy especificas para una función determinada hasta baterías de procedimientos que

evalúan todas las esferas del individuo (cognitiva y afectiva) o instrumentos para conocer el nivel funcional en un área de desempeño (actividades de autocuidado, trabajo, etc.).

Componente descriptivo: Relación o resumen descriptivo de un problema que reseña alteraciones o disfunciones en el estatus ocupacional actual o futuro de un sujeto.

Componente explicativo: Refleja la hipótesis sobre la causa o naturaleza de una determinada condición, situación o problema, es decir, son las alteración sensoriomotoras, cognitivas, psicológicas, afectivas y ambientales.

Evidencias o indicios: Conducen a la conclusión sobre la existencia del problema y las hipótesis que las explican, o sea, aquellos indicadores (signos y síntomas) asociados con las causas hipotéticas de los problemas.

Información diagnóstica adicional: Etiología, evolución, pronóstico, incidencia, etc., del cuadro clínico probablemente relacionado con el problema ocupacional. "El diagnóstico ocupacional facilita la ordenación y descripción de los resultados de la evaluación ocupacional haciendo explícitos los elementos que la constituyen" (Romero, 2003).

Enfermedad general: Estado de inhabilidad física o mental de una persona que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión, oficio habitual y actividades diarias.

Discapacidad física: Se puede definir como una desventaja, resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada.

Discapacidad psicológica: Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta trastornos en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanentes.

Discapacidad cognitiva: Función intelectual significativamente por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, autocuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitaria, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, ocio y trabajo.

Discapacidad sensorial: Se encuentra la discapacidad visual, la discapacidad auditiva y otros tipos de discapacidades relacionadas con la disminución de algunos de los sentidos (por ejemplo, la hipogeusia, que es la disminución en la sensación de gusto).

Discapacidad múltiple: Son las que afectan dos o más áreas, caracterizando una asociación entre diferentes discapacidades, con posibilidades bastante amplias de combinaciones.

Ayudas técnicas: Las ayudas técnicas y tecnológicas son los aparatos, instrumentos o equipos utilizados por las personas en situación de discapacidad que les permiten lograr un mayor grado de independencia y mejorar su calidad de vida.

Historia ocupacional: Son todas las actividades laborales que ha tenido la persona, tanto aquellas en las que ha existido relación contractual como en las que no la ha habido.

Intereses: Actividades que le gusta ejecutar al usuario.

Tiempo libre: Conjunto de ocupaciones (actividades, tareas o roles) a las que el individuo puede dedicarse de manera libre y voluntaria cuando se ha librado de sus obligaciones profesionales o sociales, ya sea para descansar o para divertirse.

Juego: Actividad que se realiza con el fin de divertirse, que generalmente sigue determinadas reglas.

Actividad: Son las tareas o experiencias en las cuales la persona participa activamente, donde coordina aspectos motores, cognitivos y emocionales.

Actividades lúdicas: Son actividades placenteras en sí mismas y que no se realizan por ningún motivo externo a ellas mismas. En el niño, la actividad lúdica es el juego; en el adulto pueden ser nombradas como actividades de ocio. También pueden ser defendidas como actividades opuestas al trabajo.

Actividades laborales: Actividades remuneradas o no que proporcionan un servicio a la comunidad. Estas proporcionan sentimiento de utilidad, de confianza personal e identidad social.

Actividades de la vida diaria: Son aquellas actividades orientadas al cuidado de sí mismo, que incluyen el nivel más básico de la ocupación: alimentación, vestido, higiene menor (lavado de manos, lavado de cara, cepillado de pelo, cepillado de dientes), higiene mayor (uso del baño), control de esfínter, transferencias (desde la cama a la silla de ruedas, desde la silla de ruedas al baño, desde la silla de ruedas a la ducha, etc.).

Baño: Habilidad y capacidad de las personas para ducharse y asearse, mediante la utilización de todos los elementos necesarios para esto.

Vestido: Selección de la ropa y de los accesorios apropiados para el momento del día, clima y ocasión; sacar la ropa del armario; vestido y desvestido de modo secuencial; abrochado y ajuste de ropa y zapatos; aplicación y retirada de ayudas técnicas, prótesis y ortesis.

Alimentación: Poner la comida; selección y utilización de utensilios y elementos de mesa apropiados; llevarse comida y bebida a la boca; sorber, masticar, segregar saliva y deglutir; organización de métodos alternativos de alimentación.

Higiene menor: Obtención y uso de los elementos; manejo de la ropa; mantenimiento de la postura en el inodoro; sentarse y levantarse del inodoro; limpieza de la zona corporal; cuidado de las necesidades menstruales y de incontinencia (incluyendo catéteres, colostomías y otros).

Manejo de dinero: Capacidad de las personas para identificar las nominaciones de los billetes y monedas, así como la habilidad para realizar cálculos mentales rápidos para dar o recibir dinero.

Desplazamientos: Capacidad de trasladarse de un lugar a otro sobre diferentes tipos de superficies y planos.

Uso de transporte: Moverse uno mismo en la comunidad y usar el transporte público o privado.

Actividades de la vida diaria instrumentales: Actividades orientadas a la interacción con el medio y que son a menudo más complejas. Incluyen cuidado de otros, cuidado de mascotas, uso de sistemas

de comunicación (teléfono, internet), uso de transporte público, manejo del dinero, cuidados del hogar, preparación de comidas, ir de compras.

Posición: Manera de estar que adopta una persona.

Movimiento: Capacidad de un cuerpo de cambiar de posición o de lugar.

Postura: Puesta en posición de una o varias articulaciones, mantenida durante un tiempo más o menos prolongado, por medios diversos, con la posibilidad de restablecer en el tiempo la actitud fisiológica más perfecta.

Demandas cognitivas: Consiste en identificar los procesos mentales que se requieren para el desarrollo de actividades pedidas.

Orientación ocupacional: Proceso de análisis de competencias que ayudan a guiar el proyecto profesional del usuario. Se incluyen competencias como: cualidades personales necesarias para realizar una actividad, aptitudes o capacidades para hacer, conocimientos teóricos, oportunidades del entorno, facilitadores ambientales.(Ministerio de la Protección Social, 2010)

Capacidad laboral: Conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes o potencialidades de orden físico, mental y social, que le permiten desempeñarse en una actividad de trabajo. (Ministerio de Trabajo, 2014).

Condiciones de salud: Término genérico que incluye las categorías de enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una condición de salud puede considerar también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas. Las *condiciones de salud* se organizan según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), de acuerdo con el Decreto 1507 de 2014, *Manual de calificación de pérdida de capacidad laboral u ocupacional* (Ministerio de Trabajo, 2014).

Bibliografía

Bosma, A.R., Boot, C.R.L., Snippen, N.C. et al. (2021). Supporting employees with chronic conditions to stay at work: perspectives of occupational health professionals and organizational representatives. *BMC Public Health 21*, 592 https://doi.org/10.1186/s12889-021-10633-y.

Candia- Ospina, R. del P. (2017). *Modelo de desempeño ocupacional Interdisciplinar para el Reintegro Efectivo en el ámbito laboral*.

Candia- Ospina, R. del P. (R. (2017). Rehabilitación Ocupacional - Laboral : Un proceso de fortalecimiento para desempeño de los roles incluido el trabajo. Volver, una oportunidad. In *Diplomado Herramientas Técnico Legales para administrar trabajadores con restricciones médicas o discapacidad*.

Candia, R. del P. (2017). *Modelo de Desempeño Ocupacional interdisciplinar para el reintegro efectivo en el ambito laboral*.

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. (2012). Bogotá.

Cuervo, Diana ; Cuervo- Diaz, Nidia; ; Cornejo, Patricia; Cruz- Duque , Marco; Estrada - Roncancio, G. G.-R. (2020). *El Sistema de Riesgos Laborales en Colombia*. (Tirant lo Blanch, Ed.). Tirant Lo Blanch.

Cuervo, Diana; Moreno, M. (2017). Prevención y manejo de la discapacidad para trabajar: un campo de estudios necesario para abordar los retos del sistema colombiano de riesgos laborales. *Rev. SAlud Pública*, *19*(4), 567–573.

Gary Kielhofner, Brent Braveman, Kathi Baron, Gail Fisher, Joy Hammel, & Mike Littleton. (1999). The model of human occupation: understanding the worker who is injured or disabled. *Work*, *12*, 37–45.

Lindenger, G. (2015). *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. Retrieved from http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-08825-9

MacEachen, E. (2018). *The science and politics of work disability prevention*. *The Science and Politics of Work Disability Prevention*. https://doi.org/10.4324/9780429443398

Ministerio de la Protección Social. (2010). *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.

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).

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional de Funcionamiento de las discapacidad y de la salud.*

Ståhl, C., Costa-Black, K., & Loisel, P. (2018). Applying theories to better understand socio-political challenges in implementing evidence-based work disability prevention strategies. *Disability and Rehabilitation*, *40*(8), 952–959. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277399

Trabajo, C. M. de. Decreto 1072 de 2015 Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo (2015).

Velozo, C. A., Kielhofner, G., Gern, A., Lin, F. L., Azhar, F., Lai, J. S., & Fisher, G. (1999). Worker role interview: Toward validation of a psychosocial work-related measure. *Journal of Occupational*

Rehabilitation, *9*(3), 153–168. https://doi.org/10.1023/A:1021397600383

Zoer, I., De Graaf, L., Kuijer, P. P. F. M., Prinzie, P., Hoozemans, M. J. M., & Frings-Dresen, M. H. W. (2012). Matching work capacities and demands at job placement in employees with disabilities. *Work*, *42*(2), 205–214. https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1343

Cesla. (2019, noviembre). *Tercer informe de seguimiento sobre ausentismo laboral e incapacidades médicas. Dr. Enán Arrieta Burgos*. Universidad Pontificia Bolivariana. https://www.researchgate.net/publication/337261844.

Collie, A. (s. f.). *Overview of the Compare Project*. Monash University. Consultado el 10 de agosto de 2021. https://www.monash.edu/__data/assets/pdf_file/0019/1301293/Alex-Collie-Overview-of-COMPARE-project.pdf.

Collie, A. (2018). *Workers' compensation claims experience and return to work.* LinkedIn. https://www.linkedin.com/pulse/workers-compensation-claims-experience-return-work-alex-collie/.

Collie, Alex. Australia. 2017 – 2021. Revisión a la bibliografía el autor. Consultado en el sitio web https://www.linkedin.com/pulse/workers-compensation-claims-experience-return-work-alex-collie/ el 10 de agosto de 2021.

Cuervo-Díaz, D. *et al*. (2017). Prevención y Manejo de la discapacidad para trabajar: un campo de estudios necesarios para abordar los retos del sistema colombiano de riesgos laborales. *Revista de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia*, 19(4):567. Consultado el 10 de agosto de 2021. https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.57350.

Cuervo-Díaz, D. (2021, 11 de mayo). *Conversatorio: prevención y manejo de la discapacidad para trabajar* [video] YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=EYWx8-7y-H4.

Cuervo-Díaz, D. y Cuervo, N. (eds.) (2020). *Sistema de Riesgos Laborales en Colombia*. Tirant Lo Blanch.

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. (2012). Bogotá.

Drucker, P. (1989). *Las nuevas realidades en el gobierno y en la política, en la economía y en los negocios, en la sociedad y en la perspectiva mundial*. Editorial Norma.

Job Accommodations, Return to Work and Job Retention of People with Physical Disabilities: A Systematic Review. Jansin Wong, Natasha Kallish, Deborah Crown y otros. Consultado en el pdf del sitio web Journal of Occupational Rehabilitation (2021) 31:474–490 https://doi.org/10.1007/s10926-020-09954-3 , consultado el día 09 de agosto de 2021.

Kielhofner, G., Braveman, B., Baron, K., Fisher, G., Hammel, J. y Littleton, M. (1999). The model of human occupation: understanding the worker who is injured or disabled. *Work*, *12*, 37–45.

López, B., Molina P. y Arnaiz, B. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Editorial Médica Panamericana.

Lindenger, G. (2015). *Handbook of Vocational Rehabilitation and Disability Evaluation*. http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-08825-9.

McKinsey & Company. (s. f.). *McKinsey Organization Blog.* https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/the-organization-blog.

Mugayar-Baldocchi, M., Schaninger, B. y Sharma, K. *The future of Work: Seizing the normal opportunities of the new normal*. Consultado el 10 de agosto de 2021. https://www.mckinsey.com/business-functions/organization/our-insights/the-organization-blog/the-future-of-work-seizing-the-opportunities-of-the-new-normal?cid=other-eml-dre-mip-mck&hlkid=d58badecf56d4061a840e1244437c102&hctky=11452407&hdpid=512b0d72-2812-4add-84f8-bfd0cb552423

MacEachen, E. (2018). *The science and politics of work disability prevention*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429443398

Ministerio de la Protección Social. (2010). *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.

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).

Ministerio de Trabajo Decreto 1072 de 2015 Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo (2015).

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional de Funcionamiento de las discapacidad y de la salud.*

Romero, D. M. (2003). *Terapia ocupacional: teorías y técnicas*. Editorial Masson.

Ståhl, C., Costa-Black, K. y Loisel, P. (2018). Applying theories to better understand socio-political challenges in implementing evidence-based work disability prevention strategies. *Disability*

and Rehabilitation, *40*(8), 952–959. https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1277399

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional de Funcionamiento de las discapacidad y de la salud.*

Velozo, C. A., Kielhofner, G., Gern, A., Lin, F. L., Azhar, F., Lai, J. S. y Fisher, G. (1999). Worker role interview: Toward validation of a psychosocial work-related measure. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *9*(3), 153–168. https://doi.org/10.1023/A:1021397600383.

Wong, J., Kallish, N., Crown, D. *et al*. (2021). Job Accommodations, Return to Work and Job Retention of People with Physical Disabilities: A Systematic Review. *J Occup Rehabil* 31, 474–490. Consultado el 09 de agosto de 2021. https://doi.org/10.1007/s10926-020-09954-3.

Zoer, I., De Graaf, L., Kuijer, P. P. F. M., Prinzie, P., Hoozemans, M. J. M. y Frings-Dresen, M. H. W. (2012). Matching work capacities and demands at job placement in employees with disabilities. *Work*, *42*(2), 205-214. https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1343