

Reintegro y reubicación laboral: una revisión

Francisco Pereira M. (Director)

Jennifer Carolina Giraldo Caro.

Universidad El Bosque

Facultad de Psicología

Especialización en Psicología Ocupacional y Organizacional

Bogotá D.C., Marzo de 2021

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO**

NOTA DE SALVEDAD

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado titulado:

Reintegro y reubicación laboral: una revisión

Presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Psicología ocupacional y organizacional, son responsabilidad de los autores quienes reconocen ante la Universidad que éste trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y la Facultad.

Agradecimientos

Agradezco al profesor Francisco Pereira por el apoyo y la dedicación y a la directora de la Especialización en Psicología Ocupacional y Organizacional, Yolanda Sierra por su colaboración.

Dedicatoria

Para ti, *Martín* , todo mi esfuerzo y dedicación.

Reintegro y reubicación laboral: una revisión

Francisco Pereira M.¹

Jennifer Carolina Giraldo Caro.²

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo hacer una revisión documental sobre el proceso de reintegro y/o reubicación laboral en artículos de revistas indexadas y trabajos de grado de especializaciones y maestrías. A partir de los datos sobre accidentalidad y enfermedad laboral en Colombia, se puede establecer que hay una importante disminución frente a las cifras entre 2018 y 2019, aun así, queda un largo camino por recorrer frente a prevención y seguridad y salud en el trabajo. El proceso de reintegro laboral está reglamentado por el gobierno y las organizaciones tienen un deber con sus empleados, sin embargo, a pesar de ello el proceso no resulta exitoso porque no se tienen en cuenta las etapas y no se ejecuta a cabalidad el plan de rehabilitación que es fundamental para el proceso. Por lo tanto, las mayores dificultades no se encuentran inmersas en las guías para desarrollar la intervención sino en la falta de capacitación del tema y en la ausencia de cumplimiento de estándares de calidad de las organizaciones.

Palabras clave: Reintegro, reincorporación laboral, reubicación laboral, rehabilitación, enfermedad laboral, accidente de trabajo, discapacidad.

¹Psicólogo. M. A. Profesor asociado Universidad El Bosque.

²Psicóloga. Especialista en Evaluación y Diagnóstico Neuropsicológico. Magister en Neuropsicología Clínica. Estudiante de Especialización en Psicología Ocupacional y Organizacional.

Tabla de contenido

Capítulo primero	6
Introducción	6
Justificación	8
Objetivos	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos	11
Capítulo segundo	12
El proceso para lograr el reintegro y/o reubicación laboral	12
Salud	15
Discapacidad	19
Rehabilitación	25
Reintegro y reubicación laboral	32
Estadísticas	35
Marco legal	54
Marco de experiencias	58
Experiencias internacionales.	58
Experiencias nacionales.	64
Daño cerebral adquirido por accidente de trabajo.	69
Planteamiento del problema	71
Capítulo tercero	73
Método	73
Diseño	73
Instrumentos	73

Procedimiento	74
Criterios éticos	74
Capítulo cuarto	76
Resultados	76
Capítulo quinto	81
Discusión	81
Referencias	85

Lista de figuras

<i>Figura 1.</i> Número de personas afiliadas al Sistema General de Pensiones en Riesgos Profesionales; en millones	36
<i>Figura 2.</i> Empresas afiliadas al sistema general de riesgos profesionales	36
<i>Figura 3.</i> Cifras en el Departamento de Amazonas	37
<i>Figura 4.</i> Cifras en el departamento de Antioquía	37
<i>Figura 5.</i> Cifras en el departamento de Atlántico	38
<i>Figura 6.</i> Cifras en el departamento de Arauca.	38
<i>Figura 7.</i> Cifras en Bogotá D.C.	39
<i>Figura 8.</i> Cifras en el departamento de Bolívar	39
<i>Figura 9.</i> Cifras en el departamento de Boyacá	40
<i>Figura 10.</i> Cifras en el departamento de Caldas	40
<i>Figura 11.</i> Cifras en el departamento del Caquetá	41
<i>Figura 12.</i> Cifras en el departamento del Casanare	41
<i>Figura 13.</i> Cifras en el departamento del Cauca	42
<i>Figura 14.</i> Cifras en el departamento del César	42
<i>Figura 15.</i> Cifras en el departamento del Chocó	43
<i>Figura 16.</i> Cifras en el departamento de Córdoba	43
<i>Figura 17.</i> Cifras en el departamento de Cundinamarca	44
<i>Figura 18.</i> Cifras en el departamento del Guainía	44
<i>Figura 19.</i> Cifras en el departamento del Guaviare	45
<i>Figura 20.</i> Cifras en el departamento del Huila	45
<i>Figura 21.</i> Cifras en el departamento de la Guajira	46
<i>Figura 22.</i> Cifras en el departamento del Magdalena	46

<i>Figura 23.</i> Cifras en el departamento del Meta	47
<i>Figura 24.</i> Cifra en el departamento de Nariño	47
<i>Figura 25.</i> Cifras en el departamento de Norte de Santander	48
<i>Figura 26.</i> Cifras en el departamento del Putumayo	48
<i>Figura 27.</i> Cifras en el departamento del Quindío	49
<i>Figura 28.</i> Cifras en el departamento del Risaralda	49
<i>Figura 29.</i> Cifras en el Departamento de San Andrés	50
<i>Figura 30.</i> Cifras en el departamento de Santander	50
<i>Figura 31.</i> Cifras en el departamento de Sucre	51
<i>Figura 32.</i> Cifras en el departamento del Tolima	51
<i>Figura 33.</i> Cifras en el departamento del Valle	52
<i>Figura 34.</i> Cifras en el departamento de Vaupés	52
<i>Figura 35.</i> Cifras en el departamento del Vichada	53
<i>Figura 36.</i> Cifras en Colombia	53
<i>Figura 37.</i> Pensiones por Incapacidad Permanente Parcial	54

Capítulo primero

Introducción

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2019a) define el trabajo como “el conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, satisfacen las necesidades de una comunidad y proveen los medios de sustento necesarios para los individuos” (p. 1). A partir de lo anterior surge la necesidad de desarrollar en el mundo el trabajo decente, el cual debe incluir una serie características que garanticen un empleo productivo, ingresos justos, seguridad laboral, y con ello la oportunidad de obtener desarrollo personal y profesional además de una adecuada integración social, igualdad y justicia (Levaggi, 2004).

De esta manera, las condiciones de trabajo influyen directamente en la salud, aumentando su nivel o generando alteraciones de forma permanente (Gómez, 2007). Los efectos desfavorables que resultan de condiciones de trabajo inadecuadas, son accidentes de trabajo, enfermedades, ausentismo, rotación de personal, inadecuado clima organizacional, entre otros, los cuales inciden directamente, por una parte en la disminución de la productividad de la organización y por otra, en un deterioro significativo de la calidad de vida de los trabajadores (OIT, 2019b).

Según la OIT (2019b) cada año mueren más de 2,3 millones de hombres y mujeres a causa de lesiones o enfermedades laborales. Los accidentes de trabajo o enfermedades laborales, consecuencias de diferentes variables que intervienen en su aparición y/o desarrollo, generaron la necesidad de la implementación del denominado reintegro laboral que según la (Resolución N° 2346, 2007), Artículo 2°, del Ministerio de Protección Social se define como: “la actividad de reincorporación del trabajador al desempeño de una actividad laboral, con o sin modificaciones, después de una

incapacidad temporal o ausentismo, así como también actividades de reubicación laboral temporal, definitiva o reconversión de mano de obra” (p. 2). Este proceso debe estar a cargo de la organización y de la Administradora de Riesgos Laborales (ARL); el objetivo final es proporcionarle al individuo un trabajo que sea acorde a su capacidad laboral y a sus condiciones físicas y mentales (Andrade y Gómez; 2008).

Por lo tanto, la reincorporación laboral implica por un lado, a las organizaciones quienes deben ubicar en un puesto adecuado al trabajador luego de sufrir un accidente o una enfermedad de origen laboral y por otro el interés del individuo por tener una adecuada adherencia al plan de tratamiento establecido para poder desarrollar nuevamente actividades laborales. De esta manera resulta imprescindible que le sea conferido a la persona un trabajo basado en sus aptitudes, capacidades y habilidades, y en el cual se pueda desarrollar personal y profesionalmente, con el fin de lograr un adecuado reintegro laboral.

Para ello es indispensable que se lleve a cabo el debido proceso de rehabilitación integral y funcional con el objetivo de que el trabajador cuente con herramientas y mecanismos que le permitan afrontar el cambio y tener una nueva perspectiva frente a sus posibilidades personales y laborales.

De acuerdo a Boada y Moreno (2013) en el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) la Ley General de Riesgos Profesionales, responsabiliza a las Administradoras de Riesgos Profesionales de la prestación de servicios de rehabilitación funcional y profesional, lo que permite una extensión inmediata hacia los procedimientos para la reincorporación social y laboral del trabajador, por lo tanto para dar respuesta y acompañamiento desde la Dirección General de Riesgos Profesionales se elaboró y divulgó el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales.

La herramienta para la rehabilitación y reincorporación laboral fue diseñada por un grupo multidisciplinario de profesionales del Ministerio de la Protección Social, promulgada en 2010 y actualizada en 2012, en la cual se establecieron cuatro etapas, a saber: en la primera se debe realizar la identificación de los casos que deben ingresar al programa de rehabilitación, en la segunda, se debe realizar la evaluación del caso, en la tercera se desarrolla el plan de rehabilitación y en la cuarta se realiza la retroalimentación

del Sistema General de Riesgos Profesionales (Jiménez y Camberos, 2019). Dado lo anterior, el proceso de reincorporación laboral en Colombia está regulado por esta Guía de manejo, la cual permite tener una estandarización y con ello protocolizar los procedimientos que garanticen una atención adecuada y que satisfaga las necesidades del trabajador, se ha determinado que la adherencia al programa es lo más importante para que se logren los objetivos del proceso. Sin embargo, según la revisión de Jiménez y Camberos (2019) el Manual tiene un lenguaje técnico lo que lo hace difícil seguir y genera grandes dificultades para las organizaciones en el momento de ponerlo en práctica.

La implementación de la guías de manejo confiere a las entidades públicas y privadas un alto grado de responsabilidad ética ante los trabajadores, sin embargo está latente la posibilidad de que no se cumplan las normas lo cual hace que sea de suma importancia su comprensión, socialización y divulgación (Boada y Moreno, 2013).

La ley en Colombia reglamentó la reincorporación laboral como un proceso obligatorio, cuando el individuo ha superado la dificultad médica, mediante la rehabilitación integral suministrada previamente. Aun así, se identifica que los servicios de rehabilitación ejecutan procesos desarticulados, lo que no permite considerar éste, como un proceso integral, con objetivos claros, además del abordaje social y ocupacional requerido (Cáceres, Contreras, Garzón, Rivera y Rozo, 2017).

Dado lo anterior, la detección de las fortalezas y debilidades reportadas en la literatura disponible, sobre la puesta en marcha de los procesos de reincorporación laboral, resulta útil, con el fin de garantizar, no solo el cumplimiento de las normas vigentes, sino además que la readaptación laboral de las personas que ha sufrido accidentes o enfermedades laborales y que han dejado secuelas, esté enmarcado como parte del proceso de la rehabilitación integral.

Justificación

La Seguridad y Salud en el trabajo, es una disciplina que tiene por objetivo la prevención de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, así mismo se enfoca en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad de los trabajadores, con el objetivo de mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo (OIT, 2011). Por lo tanto la seguridad en el trabajo tiene a su cargo la implementación de medidas*,

para prevenir riesgos causados por la ejecución de actividades inherentes al trabajo o al ambiente en el cual se desenvuelve el individuo (Hernández, Monterrosa y Muñoz, 2017).

En Colombia el Sistema General de Riesgos Laborales tiene como propósito prevenir los accidentes y las enfermedades laborales mediante el control de los factores de riesgo, aún así la probabilidad de que ocurra un accidente o una enfermedad laboral existe y por ende una adecuada rehabilitación es fundamental para prevenir las consecuencias en los trabajadores que les impidan adaptarse de nuevo a su vida personal y a su entorno profesional reincorporándose a él en el menor tiempo posible y con las mejores herramientas proporcionadas durante el plan de intervención.

Un reciente informe de la Agencia Europa presenta los resultados de un exhaustivo estudio sobre los costes de los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales en los cinco países de la Unión Europea, en los que se consideraron que los datos disponibles eran de mejor calidad. El coste se sitúa entre el 3% y el 10% del Producto Interno Bruto, lo que representaría aproximadamente entre 36.000 y 120.000 millones de euros al año (Prevención Integral, 2019). En Colombia, a partir de una investigación realizada por el Consejo Colombiano de Seguridad (2019) se estima que los costes asociados, se encuentran entre el 3% y 4% del producto interno bruto nacional, aún así se afirma que no es posible establecer la totalidad pues esto incluye no solo el gasto médico y las indemnizaciones que se deben realizar, sino también la movilización de la organización para solventar la reparación o la sustitución de máquinas y equipos dañados, entre otros, la disminución o interrupción temporal de la producción, el aumento de los gastos en formación y administración y la posible disminución de la calidad del trabajo. Así mismo, se suma a ello, los costos indirectos para los empleadores que se pueden relacionar con la sustitución del trabajador enfermo o lesionado y el tiempo que se invierte en capacitar a quien será su remplazo. Finalmente, debe ser añadido el proceso rehabilitador integral necesario para el reintegro laboral.

La reincorporación laboral es un proceso obligatorio en Colombia cuando el trabajador ha superado su dificultad médica y completado el plan de intervención y rehabilitación establecido. Por ende, es importante revisar si los procesos de rehabilitación, reincorporación y/o reubicación laboral en Colombia, los cuales están

fundamentados bajo los lineamientos de la Ley 100 de 1993, artículo 153 numeral 3, artículo 162; la Ley 776 del 2002 y el Decreto 1072 del 2015 (en los cuales se estableció que es responsabilidad del empleador, instaurar el programa y los procesos asistenciales y de la Administradoras de Riesgos Laborales, proporcionar rehabilitación integral a todos los trabajadores que sufran un accidente de trabajo o se le diagnostique una enfermedad de origen laboral), se realizan adecuadamente, además de determinar si cumplen con los requerimientos exigidos por el bien del trabajador y de la organización a la cual pertenece. Así pues, las empresas y las Administradoras de Riesgos Laborales, tienen la obligación de planear, implementar y realizar seguimiento a los programas de rehabilitación y reincorporación laboral.

El Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores, surge como resultado de la necesidad de estandarizar el proceso de reincorporación laboral. En este manual se puntualiza sobre los procesos de rehabilitación, los objetivos y las directrices que se deben tener en cuenta así como las modalidades de reintegro. A partir de la (Resolución N° 1111, 2017) del Ministerio del Trabajo estándar 3.1.6, las organizaciones, sin importar su actividad económica, deben tener un procedimiento y seguir la normatividad que cumpla con los objetivos necesarios para la reintegración laboral de los trabajadores, y se lleve a cabo un seguimiento para determinar su eficacia.

Según los informes sobre los procedimientos de rehabilitación y el consecuente reintegro laboral, que suministraron las Administradoras de Riesgos en el año 2006 a la Dirección General de Riesgos Profesionales, se determinó que este proceso no era lo suficientemente claro y consistente respecto a los instrumentos y procedimientos descritos en el Manual. Por lo anterior Boada y Moreno (2013) determinaron la necesidad de verificar cómo se estaba realizando la implementación de los procedimientos por parte de las Administradoras de Riesgos Laborales, con el fin de revisar las falencias que se presentaban y con ello proponer la manera mediante la cual se pudiese llegar a los resultados esperados.

Para que dicho retorno sea posible, se requiere que las empresas diseñen e implementen procesos de rehabilitación, reincorporación y/o reubicación laboral para los trabajadores con pérdida de capacidad laboral; sin embargo, se detecta escaso material de

apoyo sobre el tema y la ausencia del plan de reincorporación con las debidas directrices en las organizaciones.

Por lo tanto, este esfuerzo investigativo busca brindar un apoyo a nivel documental respecto a los procesos de Reintegro y/o Reubicación laboral a partir de la búsqueda del marco conceptual, normativo y de experiencias en Colombia, así como del proceso realizado en otros países. Por otro lado, se revisan las cifras de accidentes de trabajo, enfermedades de origen laboral y muertes reportadas por (Fasecolda, 2019). Finalmente se hace una revisión del Manual Guía de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Laborales.

De esta manera, se pretende contribuir y generar un impacto social, determinando las estrategias que se utilizan actualmente en la reincorporación y reubicación laboral e identificando las falencias que se presentan en este proceso.

Objetivos

Objetivo general.

Establecer, a partir de la literatura disponible, el estado actual del desarrollo y puesta en práctica del proceso de reincorporación y/ o reubicación laboral en Colombia.

Objetivos específicos.

1. Establecer el marco conceptual y normativo que rige en Colombia para el reintegro y reubicación laboral.
2. Identificar experiencias de la aplicación del proceso de reintegro y rehabilitación laboral y del Manual de procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores.
3. Revisar experiencias sobre el proceso de reincorporación laboral en otros países.

Capítulo segundo

El proceso para lograr el reintegro y/o reubicación laboral

El trabajo es una actividad imprescindible para el ser humano y tiene como objetivo el desarrollo propio del individuo tanto en el sentido de la igualdad, autonomía y autorrealización como en el crecimiento familiar y social. Su importancia es vital para el desarrollo de todas las esferas del hombre incluyendo el área personal, familiar y comunitaria que en conjunto conducen a la transformación del mundo (Romero, 2017).

Blanch (2003) define el trabajo como una actividad humana la cual es compleja y activa, ejercida de manera individual o grupal y difiere de otras prácticas al ser consciente, propositiva y estratégica. De este modo, el trabajo es una condición que busca la realización personal, el desarrollo de capacidades y el reconocimiento social permitiendo la supervivencia (Mendoza, 2010). Así mismo, le otorga un significado a la vida y posibilita la integración y participación en la sociedad (Agulló, 1997). Actualmente se considera, que el trabajo es la principal actividad productiva que tiene el hombre y puede verse afectada por el ambiente laboral, el cual influye directa e indirectamente sobre la salud del trabajador (Llaneza, 2007).

Para que el trabajo sea una fuente de progreso y crecimiento, es importante que exista un entorno laboral saludable, el cual resulta imprescindible pues potencia el desarrollo de personas, comunidades y países, garantizando una adecuada calidad de vida (Barrios y Paravic, 2006). Es así como se reconoce, que el trabajo con las condiciones adecuadas tiene la capacidad de llevar a las personas a su pleno desarrollo, mientras que con malas prácticas puede causar daño a la salud física o psicológica del trabajador (Moreno, 2011).

De esta manera, las condiciones de trabajo influyen en la salud y mantienen su estado o generan alteraciones de forma permanente (Gómez, 2007). Los efectos desfavorables que resultan de condiciones de trabajo inadecuadas, son los accidentes de trabajo, las enfermedades de origen laboral, el ausentismo, la rotación de personal y el inadecuado clima organizacional, entre otros, los cuales inciden directamente, por una parte, en la disminución de la productividad de la organización y por otra, en un deterioro significativo de la calidad de vida de los trabajadores (OIT, 2019b).

Sin embargo, todos los problemas de salud relacionados con el trabajo pueden ser prevenidos, ya que los factores que los desencadenan se hallan en las condiciones del trabajo, así pues, las organizaciones son los lugares donde se deben establecer e implementar programas estratégicos de prevención y promoción de la salud (Gómez, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) define el entorno de trabajo saludable como “aquel en el que los trabajadores y directivos colaboran en el desarrollo de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del espacio de trabajo” (p. 93). Por lo tanto, el ambiente laboral es de suma importancia ya que es el espacio en el cual las personas suelen pasar la mayor parte de su tiempo. Con condiciones idóneas, propicia la salud mental y la seguridad laboral, garantizando la productividad y la calidad de vida de los empleados. Para ello resulta siendo relevante la existencia de una balanza entre la seguridad de la organización y el bienestar del trabajador, pues dependen el uno del otro (Castañeda, Betancur, Jiménez y Mora, 2017).

Basado en lo anterior, es necesario fomentar la salud psicosocial en el lugar de trabajo ya que está directamente relacionada con la salud pública, dado que las personas en edad de trabajar pasan la mayor parte de su tiempo desarrollando actividades laborales (Gil, 2012).

Respecto a los riesgos laborales, son un conjunto de factores que favorecen la aparición de una situación de peligro y están relacionados de alguna manera con la tarea que realiza el trabajador pudiendo llegar a afectar la salud de éste (Rubio, 2005). Por lo tanto, los factores de riesgo laborales, son condiciones, que en determinadas

circunstancias pueden producir repercusiones negativas en el organismo de un trabajador (Hernández, 2005).

Por su parte, los factores de riesgo psicosocial, son las condiciones organizacionales que tienen probabilidad de generar efectos lesivos sobre la salud de los trabajadores, al ser elementos que pueden afectar negativamente la salud y el bienestar del trabajador, suelen provenir del desequilibrio entre demandas y recursos y de múltiples componentes del trabajo, como falta de control sobre el trabajo, alta intensidad del ritmo de trabajo, horarios sin determinar, o deficiente comunicación organizacional, etc. (Moreno, 2011).

La presencia de factores de riesgo psicosocial afectan la calidad de vida de los trabajadores expuestos y generan un impacto negativo en las condiciones productivas de la organización, pues el bienestar laboral (en el cual los trabajadores tienen buena salud física y mental), es el que le permite a la organización tener un alto grado de sostenibilidad, competitividad y un correcto desarrollo de las labores organizacionales (Castañeda et al., 2017). Es decir, que la problemática desencadenada por el riesgo psicosocial, abarca la disminución de la calidad de vida y el impacto negativo en las condiciones para el sistema de seguridad social, para la productividad personal y organizacional (Matabancho, 2012).

A partir de las cifras que reporta la OIT (2019b) todos los días se presentan muertes generadas por accidentes laborales o enfermedades relacionadas con el trabajo, que en cifras, representan más de 2,78 millones de muertes anuales y 374 millones de lesiones no fatales. Hace más de medio siglo se planteó como objetivo principal de esta organización, la protección de la vida y salud de los trabajadores, sin embargo, este objetivo no se ha conseguido, ya que no hay consenso respecto a cómo se manejan las políticas del trabajo y a cómo se debería definir la incidencia del trabajo sobre la salud.

La promoción de la salud laboral y la prevención de las enfermedades y accidentes laborales relacionados con los riesgos psicosociales deben ser prioridad para los gobiernos por lo que deberían fomentar que las organizaciones contribuyan positivamente con la salud mental, el bienestar y a la calidad de vida laboral de sus trabajadores (Gil, 2012).

En el desarrollo del trabajo, se ampliarán los conceptos más relevantes para la comprensión del proceso de reintegro y / o reubicación laboral, como la salud, discapacidad y rehabilitación.

Salud

La Organización Mundial de la Salud (1946) definió “salud” como: “el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). Así mismo, “la salud es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Briceño-León, 2000, p. 15).

La salud, es un derecho humano fundamental, que permite el adecuado desarrollo de las competencias de los individuos e incluye factores culturales, económicos, políticos e ideológicos de una comunidad (Orozco, Tolosa, Trillos, Perdomo y Vélez, 2014).

Se puede entonces considerar la relación entre salud trabajo, como una interacción entre la productividad y las condiciones laborales adecuadas que permiten la transformación de la sociedad (Castillo, 2010).

Haciendo referencia a la salud laboral, ésta tiene una relación directa con un ambiente de trabajo en condiciones adecuadas y justas ya que los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales interfieren con el desarrollo propio del trabajador y del crecimiento de la organización incidiendo tanto en su productividad como en su solidez (Arboleda, Sanmartín, Sánchez y Tamayo, 2011). Por lo tanto, la salud laboral, constituye el equilibrio entre el bienestar físico, mental y social (Cortés, 2007).

En la actualidad, las prácticas de la salud laboral se delimitan al conflicto que existe entre las condiciones de trabajo y su repercusión en la salud, teniendo por objetivo principal vigilar e intervenir las condiciones de trabajo y modificar o eliminar los factores negativos relacionados con el trabajo que ejerzan un efecto perjudicial para la salud del trabajador (García, Benavides y Ruiz-Frutos, 2000).

La salud laboral busca la prevención de los riesgos laborales y la promoción de la salud física y mental de los trabajadores, centrándose en la organización y composición de la carga laboral para prevenir los riesgos derivados de esta (Carreras, 2010).

Dado lo anterior, el tema de la salud en el trabajo ha desarrollado una gran importancia pues a pesar de tener tantos entes controladores y de estar regidos por organismos internacionales, gobierno y sindicatos, se siguen presentando en cifras, numerosos accidentes mortales y enfermedades que son prevenibles al ser consecuencias directas de las condiciones de trabajo, las cuales hacen parte de un constructo social que puede ser modificado si se siguiera la normatividad y se respondiera adecuadamente frente a la problemática (Andrade y Gómez, 2008).

La Seguridad y Salud en el trabajo, es una disciplina que tiene por objetivo la prevención de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo, así mismo se enfoca en la prevención y promoción de la salud de los trabajadores, con el objetivo de mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo (OIT, 2011). Por lo tanto la seguridad en el trabajo tiene a su cargo la implementación de medidas para prevenir riesgos causados por la ejecución de actividades inherentes al trabajo o al ambiente en el cual se desenvuelve el individuo (Hernández et al., 2017).

Por su parte, la gestión de la salud y seguridad en el trabajo, busca proporcionar un método para evaluar y mejorar los resultados en la prevención de los incidentes y accidentes en el lugar de trabajo por medio de la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo (OIT, 2011).

De esta forma, la salud y seguridad laboral en la prevención de accidentes de trabajo, enfermedades laborales, control de riesgos y condiciones de trabajo, tiene como finalidad brindar a los trabajadores condiciones dignas, y los mismos derechos y oportunidades para todos (Hernández et al., 2017).

Un accidente de trabajo según el Artículo 9º del (Decreto N° 1295, 1994) hace referencia a “todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte” (p. 5), incluye así mismo que el evento ocurra ejecutando órdenes del empleador, aún fuera del lugar y horas de trabajo, y que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, si el transporte lo suministra el empleador. Es así como sucede la relación de causalidad entre el trabajo y la lesión; por lo tanto cuando un accidente se presenta por consecuencia, se está en presencia de una verdadera causa que es aquello por lo que se produce el accidente,

mientras que cuando se presenta por ocasión, se describe una condición más que una causa del accidente (Vicente et al., 2014).

Los accidentes laborales pueden generarse entonces por causas inmediatas o básicas, las primeras son las que producen el accidente de manera directa y están conformadas por condiciones inseguras, mientras que las segundas, se encuentran integradas por factores personales (Chinchilla, 2002).

La enfermedad laboral según el Art. 11 (Decreto N° 1295, 1994) se define como: “Todo estado patológico permanente o temporal que sobrevenga como consecuencia obligada y directa de la clase de trabajo que desempeña el trabajador, o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, y que haya sido determinada como enfermedad profesional por el Gobierno Nacional” (p. 5).

Surgen a causa de la exposición constante a un factor de riesgo determinado. Por lo tanto, a diferencia de un accidente de trabajo, que es un suceso repentino, la enfermedad profesional se desarrolla con el paso del tiempo y de manera silenciosa en algunos casos (Ramos y Ospina, 2017).

Dentro de las enfermedades de trabajo existen tres categorías: a) las que adquiere el individuo realizando sus labores establecidas b) las que se agravan como consecuencia de una lesión por un accidente, c) derivadas de procesos patológicos por un accidente. Por su fisiopatología, una enfermedad laboral suele necesitar de algún tiempo para producirse y desarrollarse, lo que hace que sea más difícil llegar al concepto de si es o no producto de las actividades ejecutadas en el trabajo, generando divergencia entre los conceptos de las empresas promotoras de salud y las administradoras de riesgos laborales; lo que en muchos casos obliga a los trabajadores a acudir a las juntas de calificación, para determinar el origen de la enfermedad (Vicente et al., 2014).

La capacidad laboral hace referencia según el Art. 3° (Decreto N° 1507, 2014) al “conjunto de habilidades, destrezas, aptitudes y/o potencialidades de orden físico, mental y social que le permiten al individuo desempeñarse en un trabajo” (p. 2). La forma de evaluar la pérdida de capacidad laboral, incluye la discapacidad, minusvalía y deficiencia, que en conjunto permiten valorar la verdadera pérdida de la capacidad física, la limitación en el desarrollo de distintas labores y las restricciones para estar inmersos en el entorno (Herrera y Madriñan, 2016).

Así pues, la valoración de la pérdida de la capacidad laboral, se determina teniendo en cuenta el porcentaje de origen de calificación que puede ser laboral o común y la fecha de ocurrencia de la lesión o aparición del diagnóstico de la enfermedad. Según el (Decreto N° 1507, 2014), al realizar la calificación de la invalidez se otorga el debido puntaje a cada criterio que debe corresponder al 100% del total de la pérdida de la capacidad laboral. El proceso de valoración de pérdida de la capacidad laboral es independiente de aspectos sociodemográficos como: edad, sexo, estrato socioeconómico, etnia, nivel educativo, tipo de vinculación laboral, afiliación al sistema de seguridad social o ejercicio de su actividad laboral (Moreno, Rubio y Angarita, 2011).

La incapacidad, producto de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, se clasifica, según el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), en incapacidad temporal, permanente, parcial e invalidez. Se entiende por incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado; por incapacidad parcial, cuando el trabajador presenta una disminución definitiva, igual o superior al 5%, pero inferior al 50% de su capacidad laboral; y la invalidez se determina cuando el trabajador pierde el 50% o más de su capacidad laboral.

Todo trabajador que se encuentra afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales y se le defina una incapacidad temporal:

Recibirá un subsidio equivalente al 100% de su salario base de cotización, calculado desde el día siguiente en el que ocurrió el accidente de trabajo o se diagnosticó la enfermedad profesional y hasta el momento de su rehabilitación, reintegro, reubicación, o de ser necesario, la declaración de incapacidad permanente parcial, invalidez total o su muerte. El periodo durante el cual se reconoce la prestación será máximo 180 días, que podrán ser prorrogados hasta por periodos que no superen otros 180 días continuos adicionales, cuando esta prórroga se determine como necesaria para para culminar su tratamiento de rehabilitación. La declaración de la incapacidad temporal es determinada por el médico tratante, el cual deberá estar adscrito a la Entidad Promotora de Salud a través de la cual se preste el servicio (Art. 3 Ley N° 776, 2002, pp.2-3).

Los accidentes de trabajo y enfermedades de origen laboral, consecuencias de diferentes variables que intervienen en su aparición y/o desarrollo, generaron la necesidad de la implementación del denominado reintegro laboral que según la (Resolución N° 2346, 2007) Artículo 2°, se define como “la actividad de reincorporación del trabajador al desempeño de una actividad laboral, con o sin modificaciones, después de una incapacidad temporal o ausentismo, así como también actividades de reubicación laboral temporal, definitiva o reconversión de mano de obra” (p. 2). Este proceso debe estar a cargo de la organización y de la Administradora de Riesgos Laborales; el objetivo final es proporcionarle al individuo un trabajo que sea acorde a su capacidad laboral y a sus condiciones físicas y mentales (Andrade y Gómez; 2008).

Por lo anterior, sigue existiendo un gran camino por recorrer respecto a cómo se protege la salud del trabajador, cómo se vela por sus derechos y cómo se exigen sus deberes.

Hacer una revisión del término discapacidad resulta importante pues es donde inicia la problemática de la persona que sufre un accidente de trabajo, o una enfermedad laboral que tiene consecuencias nefastas para su integridad y su propia visión como ser humano, que necesita de pares, del trabajo y de la sociedad para desarrollarse adecuadamente.

Discapacidad

El tema de la reincorporación laboral involucra la discapacidad, pues es de esta manera, como la sociedad y en cierta medida las organizaciones, designan a quienes por diferentes circunstancias sufren de una pérdida estructural o funcional, que genera la existencia de cambios negativos para su desarrollo en el ámbito laboral, familiar, comunitario y social.

La discapacidad es un neologismo resultante de la traducción que se hizo del idioma inglés al español del término *disability*, el cual se divide en dos partes, la primera, *dis*, hace referencia a dificultad o anomalía y la segunda *ability*, traduce habilidad o capacidad respecto a una aptitud o cualidad que dispone alguien para realizar correctamente una actividad (Del Águila, 2017), sin embargo la palabra *disability* tendría un mayor significado en nuestro contexto si estuviera más relacionada con una dificultad

respecto a una habilidad y no como una discapacidad, que se asemeja y tiene mayor relación con un impedimento en general de quien la experimenta.

La OMS (1981) tiene una clasificación propia de terminología, en donde se denomina *deficiencia*, la pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, *discapacidad*, como restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal debido a una deficiencia y por último, *minusvalía*, como una situación desventajosa siendo esta la consecuencia directa de una deficiencia o una discapacidad impidiendo o limitando el desempeño de un rol que es normal en función de edad, género y factores sociales.

A partir del marco conceptual considerado por la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad debe incluir tres componentes, el primero es un déficit corporal o cognitivo, el segundo, una limitación en la actividad y el tercero, una restricción en la participación. Lo anterior incluye todos los aspectos negativos que se presentan en la interacción del individuo que tiene una condición de salud específica con diversos factores contextuales, entre ellos los ambientales y personales (Vornholt et al., 2018).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2008) establece que el concepto incluye a las personas que “tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Art. 1, p. 3).

Por lo tanto, la discapacidad se relaciona con tener una menor capacidad o una limitación específica, como consecuencia de la cual las alteraciones del individuo repercuten con su vida personal, los lazos familiares y la vida en comunidad. Sin embargo, la discapacidad está más ligada al entorno del individuo y el efecto que tiene en su cotidianidad hace que el concepto esté muy marcado por el ámbito social pues debe ser considerado como una evidente desventaja social que podría no serla si se dispusiera de oportunidad y apoyos adecuados (Momm y Geiecke, 2017).

La OMS (2017) encontró que alrededor del 15% de la población mundial tiene una discapacidad. Algunos incluso argumentan que esta es una estimación baja, dadas las diversas formas en que se define la discapacidad en todos los países. Para autores como Agudelo, Casas, Tovar y Villadiero (2017) las personas con discapacidad son las que

presentan “ deficiencias físicas, mentales, intelectuales y sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (p. 9), se reconoce que esta condición se puede generar por factores ambientales y corporales, enfatizando que la discapacidad no es igual al concepto médico de discapacidad funcional, sino que se refiere a la interacción de la persona y ambiente.

De esta manera, la discapacidad, incluye una limitación o deficiencia que puede ser física, sensorial o cognitiva y que además puede ser temporal o permanente y variar en intensidad o grado. Esta limitación no constituye por si misma una discapacidad, sino hasta el momento que se lleva a cabo la interacción entre el individuo y el entorno, el cual puede tener barreras físicas y sociales, siendo esto lo que en realidad le impide llevar a cabo un adecuado proceso de integración en condiciones de igualdad (Correa, 2009).

Respecto a la discapacidad física, es aquella deficiencia corporal del individuo en el aparato motor, que le dificulta en cualquier grado el funcionamiento del sistema muscular, óseo, o nervioso. Este tipo de discapacidad disminuye en la persona su integración con la sociedad en la medida que no se adecue una infraestructura que le permita llevar su vida de forma normal.

Por su parte la discapacidad sensorial es la disminución o pérdida de alguno de los sentidos, se suele presentar por lo general la discapacidad visual o auditiva; aun así todos los sentidos pueden desarrollar discapacidades (Agudelo et al., 2017).

La discapacidad tiene dos variantes, la primera, de origen genético/ congénito y la segunda, consecuencia de un accidente o enfermedad que haya desencadenado la condición. Cuando la discapacidad es biológica, la imagen representada limita al individuo a su condición natural que no puede ser modificada y nunca tendrá las mismas capacidades que los otros mientras que cuando la discapacidad es adquirida, el individuo se ve como una persona dependiente y socialmente excluida. Por lo tanto, la valoración social es lo que genera que las personas con discapacidad estén condicionadas a su limitación (Valencia, 2014).

En cuanto a la discapacidad intelectual, ésta hace referencia a las limitaciones específicas en el funcionamiento cognoscitivo y en la conducta adaptativa, las cuales se

expresan en habilidades y capacidades intelectuales y sociales (Schalock, Luckasson y Shogren, 2007)

Por su parte, la discapacidad psicosocial, se refiere a la inhabilidad social y psicológica de la persona para interactuar con la sociedad dadas ciertas alteraciones que presenta como labilidad emocional o sentimientos de minusvalía, condiciones que repercuten negativamente en las relaciones con pares y el entorno, en las actividades de la vida cotidiana y específicamente en el desempeño laboral (Agudelo et al., 2017).

La discapacidad laboral de cualquier tipo, (mental o física) relaciona al trabajador con la atención médica, el entorno laboral y el Sistema de Riesgos Profesionales. Por lo tanto, el regreso al trabajo está influenciado por factores individuales y organizacionales que deben tenerse en cuenta en cualquier intervención asociándose fuertemente a la salud mental y física del trabajador (Briand, Durand, St-Arnaud y Corbière, 2007).

En cuanto a los lineamientos dados en la Prevención y Manejo de la Discapacidad para Trabajar, se establece que la discapacidad para trabajar se presenta cuando un trabajador no puede continuar o reincorporarse al trabajo por una lesión o enfermedad sufrida, entonces el individuo no retorna al trabajo por condiciones físicas, psicológicas o sociales (Cuervo y Moreno, 2017).

La Organización Iberoamericana de Seguridad Social determinó la importancia de desarrollar un programa para promover la inclusión laboral de las personas con discapacidad. A partir de ello, Colombia acogió esta propuesta y ahora a través del SENA y el Ministerio del Trabajo se implementan algunas estrategias para incorporar a estas personas a los diferentes contextos laborales. Sin embargo, esta intervención únicamente está dirigida al grupo de personas tienen discapacidad de origen genético/ congénito (Cuervo, 2016).

El modelo social de la discapacidad, afirma que la causa de la condición de discapacidad está basada en factores sociales, por lo tanto, la sociedad debe tener en cuenta las necesidades de todas las personas asumiendo sus diferencias y centrándose en la dignidad del ser humano fundamentalmente. Se caracteriza a la persona con discapacidad a partir del cuerpo, descubriendo las habilidades y las capacidades que este individuo ha desarrollado. Según la evolución, la familia construye su propio concepto del paciente, el cual facilitará o no, el desarrollo de habilidades y capacidades que

intervienen de manera directa en su integración. El proceso socializador resulta fundamental, ya que contribuye con la integración de las personas con discapacidad (Victoria-Maldonado, 2013).

El enfoque social asume, que la discapacidad es el resultado de la conservación del mundo sin modificarlo, en el cual se generan los verdaderos obstáculos para las personas con limitaciones (Gómez y Castillo, 2016). Así que las principales limitaciones de la discapacidad son las impuestas por la misma sociedad (Toboso y Arnau, 2008).

El modelo biopsicosocial por otra parte, se basa la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, en donde se contempla que el componente biológico determina la deficiencia, el componente personal la actividad, y el componente social la participación social, por lo tanto la definición de discapacidad abarca deficiencias, limitaciones y restricciones, lo que sugiere que la interrelación de estas tres esferas genera o disminuye la discapacidad (Garavito, 2014). En consecuencia, este modelo integra los modelos médico y social, además de enfatizar en la importancia de trascender de la terminología de discapacidad como deficiencia a la de discapacidad como diferencia y con otro tipo de reconocimiento social (Hernández, 2015).

El ambiente y la dinámica social demuestran que la discapacidad no es sólo de la persona afectada sino también de las estructuras sociales en donde también se desarrolla. Entonces, en la discapacidad surge una relación de la persona afectada con un ambiente particular que si no es modificado se considerada como discapacitante. De esta manera, la discapacidad no se deriva únicamente del estado físico o mental de una persona, sino que también resulta de condiciones, estructuras, actividades y relaciones interpersonales inmersas en el medio ambiente (Garavito, 2014).

Finalmente, se puede decir que la discapacidad es un concepto global que incluye las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano (Toboso y Arnau, 2008).

Hoy en día varios modelos coexisten, no obstante, se busca llegar a un enfoque de derechos el cual implica inclusión, en donde exista un amplio reconocimiento de la diversidad de los seres humanos, lo cual contribuye con la superación de barreras que se les han impuesto a quienes tienen alguna discapacidad (Hernández, 2015).

En el año 2006, se integraron los modelos médico y social con la promulgación de la Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad y desde ese momento se cuenta con el modelo basado en el enfoque de derechos. A partir de ese momento, quedó establecido jurídicamente que un individuo con discapacidad tiene los mismos derechos y obligaciones que quienes no padecen alguna limitación, así que deben recibir las mismas oportunidades dado el derecho a la equidad y la igualdad (Hernández, 2015). Para ello, se debe realizar una adecuada integración social, teniendo en cuenta que el medio en el cual se desenvuelven las personas debe evitar ser un obstáculo para su desarrollo (Bagnato, 2007).

En el ámbito laboral, cuando la discapacidad surge como consecuencia inmediata de malas prácticas laborales, es importante puntualizar en cómo se mitiga el daño mediante los programas de rehabilitación que deben ser ejecutados por las administradoras de riesgos laborales y las organizaciones en conjunto con el individuo, para darle lugar al proceso rehabilitador que tiene por objetivo final ubicar nuevamente al individuo en su lugar de trabajo, permitiéndole desarrollarse personal y laboralmente a pesar de las secuelas que haya sufrido y que no se puedan eliminar de manera definitiva.

La determinación del grado de discapacidad en un individuo se realiza valorando la discapacidad y limitación funcional junto con factores sociales como el entorno familiar, la situación laboral y profesional, nivel educativo y cultural, basado en ello se busca conocer el impacto real que tiene la discapacidad en el proceso de integración social completa del sujeto (Vicente et al., 2018)

Es así como los grados de discapacidad difieren dependiendo del alcance del proceso rehabilitador, influyendo de forma importante si el individuo vive en área rural o urbana, en un país desarrollado o en uno en vías de desarrollo (Padilla, 2010).

Por medio de la estabilidad laboral reforzada se garantiza la permanencia en el empleo del discapacitado luego de haber adquirido la respectiva limitación física, sensorial o psicológica, como medida de protección especial y de conformidad con su capacidad laboral. Para tal fin se deben establecer los programas de rehabilitación que le permita al individuo alcanzar igualdad y goce efectivo de sus derechos (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU040 de 2018).

En relación a la problemática expuesta, el proceso de rehabilitación influirá directamente en la calidad de vida de la persona afectada y en todas sus áreas de ajuste, por lo que se debe garantizar que se realice con todas las condiciones y protocolos idóneos.

Rehabilitación

La rehabilitación se define como:

El conjunto de procedimientos y acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas, definidas y conducidas por un equipo interdisciplinario, en el que se involucra 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 y en su entorno, y que conduzcan a una reincorporación, al desarrollo de una actividad ocupacional satisfactoria y a una experiencia de vida con calidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009, p. 14).

Este proceso, según citan Boada y Moreno (2013):

Es un componente de la política pública de la discapacidad, e involucra a diferentes partes que deben participar en esta tarea, realizando intervenciones específicas para el desarrollo de capacidades de las personas y sus familias, de acuerdo con las consecuencias derivadas de la presencia de deficiencia, discapacidad y minusvalía en su ámbito cotidiano. Dichas intervenciones están destinadas a favorecer oportunidades y experiencias que les permitan el máximo de autonomía personal en su integración familiar y social (p. 33).

Como concepto, la rehabilitación tiene cinco aspectos relevantes, el primero, la visión filosófica, en la cual se considera la problemática de cada individuo como una falencia específica marcada por cierta desventaja social en donde la limitación está más arraigada en el medio que en la misma sintomatología o carencia, por lo tanto la intervención debe ir enfocada hacia la inclusión social; el segundo, una estrategia específica en donde el objetivo no es evitar la aparición de la enfermedad sino contrarrestar sus desventajas, por

lo tanto se toma como fundamento tanto la capacidad como la discapacidad del individuo para que finalmente este surja con los medios que tiene; la tercera visión se basa en el nivel de intervención en la cual se suman los aspectos de prevención y promoción de la salud, el tratamiento y la reinserción social; el cuarto aspecto es el programa de rehabilitación psicosocial en el cual debe estar presente la rehabilitación cognoscitiva y por último, el quinto aspecto, que incluye profesionales y dispositivos necesarios para la rehabilitación con el fin de que ésta sea exitosa y efectiva (López y Laviana, 2017).

A partir de los aspectos más relevantes de este proceso, su objetivo consiste en recobrar la funcionalidad del individuo afectado física o psicológicamente respecto a sus actividades cotidianas, laborales, sociales y en sus esferas personales, afectivo-emocionales y familiares mediante el uso de técnicas y procedimientos en compañía de profesionales idóneos dependiendo de la patología y de las capacidades conservadas, de la orientación, del plan de intervención y del objetivo de reinserción laboral establecido (Montoya y Pérez, 2016).

De este modo, la habilitación y rehabilitación buscan eliminar o disminuir las limitaciones en la actividad, el Ministerio de la Protección Social (2004a), afirma:

Que las dificultades que un individuo puede tener en la realización, consecución o finalización de actividades; una limitación en la actividad abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud (p.15).

Cuando se presenta un accidente de trabajo o enfermedad laboral, el objetivo de la rehabilitación consiste en que el individuo logre la reincorporación ocupacional, proceso regido por las normatividades establecidas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo con el fin de garantizar un óptimo desempeño en la actividad laboral (Montoya y Pérez, 2016).

Los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales que han sufrido un accidente de trabajo o enfermedad laboral, deben acceder a los servicios de rehabilitación, de acuerdo con el (Decreto N° 1295, 1994). Las Administradoras de Riesgos Laborales, son las encargadas de prestar la asistencia a sus afiliados; en Colombia se realiza el proceso de rehabilitación basado en un enfoque médico,

asistencialista e institucionalizado lo cual conduce a una desarticulación y falta de coordinación en los programas integrales de rehabilitación para la consecución exitosa de la reintegración laboral, la cual debe ser acorde frente a los procesos de intervención que permitan el desarrollo de competencias en la persona con discapacidad, fomentando con ello su inclusión y minimizando las barreras que impiden su participación activa.

De esta manera, es a través del proceso rehabilitador, que la persona potencializa sus capacidades, disminuye sus limitaciones y le permite generar conductas adaptativas, por su parte la sociedad debe realizar los ajustes que sean necesarios para reducir o eliminar las barreras que se interpongan en el proceso de integración (Boada y Moreno, 2013). Este proceso rehabilitador debe reincorporar al trabajador a sus labores en el menor tiempo posible para lo cual se hace necesario un trabajo en equipo y una adecuada coordinación entre las administradoras de riesgos laborales y las entidades encargadas de prestar los servicios especializados de intervención. A través de la literatura, es importante resaltar que el proceso de intervención, debe tener un tiempo límite, objetivos claros y definidos, participación activa de la familia y redes de apoyo del individuo, además de la inclusión de los sectores educativo, salud, trabajo y cultura con el fin de lograr una adecuada integración familiar, social y ocupacional de la persona con discapacidad (Fernández, 2015).

La rehabilitación profesional se apoya en que la actividad que el individuo realice debe ser acorde con sus necesidades y expectativas, en las que se involucra su voluntad y deseo. El trabajo debe ser un medio de autonomía social y económica, además de la forma para el desarrollo integral de la persona (Garavito, 2014).

Con el fin de hacer frente a ésta problemática y de apoyar la política pública en discapacidad, la dirección del Sistema General de Riesgos Profesionales determinó la necesidad de ejecutar un sistema de rehabilitación, cuyo objetivo principal es garantizar la atención oportuna y con calidad de los procesos de rehabilitación a los trabajadores que sufran accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (Ministerio de la Protección Social, 2004b). Este sistema está conformado por el Ministerio de Protección Social, las Administradoras de Riesgos Laborales y Entidades Promotoras de Salud, conjuntamente con la empresa y el trabajador, como los actores que participan en el proceso de rehabilitación, a los cuales se deben definir puntualmente las responsabilidades y los

alcances de cada uno de ellos y los procesos de coordinación, para que la rehabilitación que se ofrece a los trabajadores se dé en términos de oportunidad y calidad (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002).

A partir de las necesidades observadas por la Dirección General de Riesgos Profesionales (DGRP), se elabora y divulga el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales, su primera entrega se dio en el año 2002, luego de ello han surgido actualizaciones al proceso.

El Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores del Ministerio de Salud y la Protección Social (2009) es una herramienta de trabajo que tiene por objetivo brindar lineamientos respecto al debido proceso de rehabilitación y reincorporación de los trabajadores que presentan alguna discapacidad o limitación como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral. A través de este manual se estipula por un lado, el proceso de rehabilitación y sus alcances que tienen como objetivo principal conseguir para el individuo, el desarrollo de competencias que le permitan desempeñarse adecuadamente en el trabajo y por el otro, el debido análisis del puesto de trabajo y modificaciones que permitan al individuo adaptarse a sus nuevas condiciones y obtener su propio reconocimiento personal y social.

En el Manual sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales (Ministerio de la Protección Social, 2012), esta guía, debe ser una herramienta para el adecuado desarrollo de los procedimientos para el reintegro laboral de los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, que presenten discapacidad como consecuencia directa de un accidente de trabajo o enfermedad laboral. Los procesos inmersos en este manual, se encuentran especificados por etapas con el objetivo de propiciar su adecuada comprensión y por ende aplicación, teniendo en cuenta que se debe ajustar respecto a las necesidades de cada paciente y de cada caso de manera particular (Castro y Pinzón, 2018). Este proceso tiene cuatro etapas fundamentales que serán descritas a continuación.

Etapa I. Identificación de los casos para ingresar en el programa de rehabilitación: Se realiza la identificación de los casos que deben ingresar al programa de rehabilitación, en esta etapa se hace fundamental que los individuos ingresen de manera oportuna para lo cual las entidades promotoras de salud junto con las organizaciones, se deben responsabilizar de que así sea. Por su parte, las administradoras de riesgos laborales, deciden los casos que ingresan al programa, coordinando la gestión del proceso de rehabilitación integral de todos los casos.

Etapa II. Actividades de diagnóstico: Se ejecutan actividades de diagnóstico, evaluando la capacidad mental, sensoperceptual, motricidad gruesa, esfuerzo físico, respuesta a exigencias del ambiente laboral y social, aspectos emocionales, autoestima y proyectos de vida, del individuo llegando mediante lo anterior al diagnóstico clínico y funcional. Así mismo se establecen las características necesarias del trabajador para adaptarse positivamente al medio familiar, laboral y social.

Respecto al reintegro laboral, este podrá realizarse cuando las condiciones individuales se ajusten ante las exigencias del puesto y las condiciones de trabajo sin que representen riesgo para el trabajador. Así pues, se establecen cuatro formas de reincorporación laboral.

Reintegro laboral con modificaciones: se realiza cuando el trabajador, para ejercer las mismas actividades de su puesto de trabajo requiere cambios en tareas, tiempos y turnos. La organización, debe implementar las debidas modificaciones antes de realizar el reintegro para lo cual se debe hacer la evaluación del puesto de trabajo y de las adaptaciones sugeridas.

Reubicación laboral temporal: Para aquellos casos en los que se espera que los procesos adaptativos desarrollen las capacidades para el desempeño en el puesto asignado al trabajador, éste no se encuentra incapacitado y puede asumir trabajos con requerimientos de desempeño menor, acordes con sus capacidades actuales. Una vez finalizado el tratamiento médico y las adaptaciones, se reintegra al trabajador a su puesto habitual.

Reubicación laboral definitiva: En aquellos casos en los que las capacidades del individuo no concuerdan en forma definitiva con las exigencias del trabajo que venía

desempeñando, debe considerarse la opción de reubicar al trabajador en otro puesto de trabajo.

Reconversión de mano de obra: Esta se dará en aquellos casos en los que la capacidad funcional del individuo no le permite volver a ejercer la profesión u oficio para el cual estaba capacitado y la empresa haya agotado las alternativas de reubicación laboral, requiriendo un nuevo aprendizaje que le permita reincorporarse al medio laboral idealmente a la misma empresa.

Etapa III. Manejo de la rehabilitación integral: Se ejecuta el proceso de rehabilitación integral el cual se define como el conjunto de acciones terapéuticas y educativas realizado en un tiempo límite, mediante un equipo multidisciplinario, donde es fundamental que se involucre al paciente junto a su familia para lograr las metas establecidas y de esta manera lograr una adaptación exitosa al medio laboral mejorando así su calidad de vida (Ministerio de Protección Social, 2004a). En la implementación del plan rehabilitador se establecen objetivos, metas, estrategias, actividades, tiempos y responsables de acuerdo con el diagnóstico y el pronóstico de cada caso. El plan incluye acciones de rehabilitación funcional y profesional.

Rehabilitación funcional: acciones que permiten al individuo recuperar en la medida de lo posible, la función perdida y potencializar las capacidades conservadas. Incluye programas específicos de terapia física, terapia del lenguaje, psicología, servicios médicos especializados, formulación de órtesis y prótesis, entre otras.

Rehabilitación profesional: Acciones concretas sobre el trabajador, el ambiente laboral y extralaboral en el que interactúa el trabajador y buscan equiparar las capacidades del individuo en todas las esferas adaptativas frente a las exigencias de desempeño laboral y del entorno social.

Etapa IV. Retroalimentación del sistema: Se ejecutan actividades de los procesos de rehabilitación, verificando el cumplimiento del plan de acción y de los resultados obtenidos a través de este. Todos los trabajadores reincorporados laboralmente deben tener un adecuado seguimiento mediante técnicas de evaluación del desempeño ocupacional y la finalización del tratamiento. Este seguimiento es fundamental pues de esta manera se puede determinar el éxito del proceso rehabilitador.

Los resultados o seguimiento de este proceso no se encuentran registrados en ninguna base de datos o plataforma que se pueda consultar con el fin de determinar las cifras de procesos de reintegro exitosos y fallidos para poder hacer cambios y mejoras en el proceso. Bernal (2011), refiere que no hay información acerca de la efectividad o impacto en los trabajadores a partir de la ejecución de las actividades propuestas en el Manual de reincorporación laboral.

Boada y Moreno (2013) conceptuaron que las Administradoras de Riesgos Laborales, deben tener en cuenta la necesidad de realizar una adecuada orientación hacia una actividad que sea diferente a las labores que antes realizaba el individuo y de recuperar por medio de un plan estratégico y con profesionales idóneos las capacidades funcionales. Con ello, se amplían las posibilidades ocupacionales de los trabajadores que están limitados o discapacitados por un accidente de trabajo o enfermedad laboral.

A través del Manual, se destacan todos los aspectos relevantes en el proceso rehabilitador, y es importante que sean tenidos en cuenta, no solo los exclusivos de intervención sino también los ligados a la características inmersas en el puesto de trabajo, en el proceso específico de readaptación laboral en donde la organización cumpla su parte realizando lo estipulado como una nueva inducción y un seguimiento adecuado que permita determinar el grado de inclusión del trabajador al medio laboral y las condiciones bajo las cuales lo está realizando.

Respecto al reintegro, éste proceso es el paso final de una serie de etapas que se deben cumplir previamente como la evaluación, orientación y rehabilitación profesional en donde se precisen intervenciones científicas, técnicas, educativas, formativas y sociales con el objetivo de brindarle al individuo la posibilidad, de acuerdo con sus recursos personales, de obtener y/o conservar un trabajo que se ajuste a sus requerimientos individuales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

Reintegro y reubicación laboral

A partir de la legislación colombiana, al terminar el período de incapacidad temporal, las organizaciones deben reincorporar a los trabajadores a sus puestos de trabajo si cuentan con los recursos personales necesarios para hacerlo, por lo tanto este tipo de incapacidad no puede ser un obstáculo para que se ejecute el proceso establecido. Así

mismo las organizaciones deben proporcionar a los trabajadores incapacitados un trabajo compatible con sus competencias realizando las acciones que sean necesarias para ello (Decreto N° 2351, 1965).

Mediante el Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2020, se plantea como un objetivo determinante, el Plan Nacional de Rehabilitación Integral, Readaptación y Reincorporación Laboral y Ocupacional de los Trabajadores, buscando con ello que haya mayor consenso en cuanto a los conceptos de discapacidad, rehabilitación y reintegro y con ello se garantice un proceso de intervención y reintegro exitoso.

En cuanto al reintegro laboral sin modificaciones, este se realiza cuando las condiciones individuales del trabajador le permiten desarrollar las actividades del puesto de trabajo que antes ocupaba sin representar riesgo para la salud del trabajador. El reintegro laboral con modificaciones, se efectúa, por otra parte cuando el trabajador, para realizar sus funciones requiere que se hagan una serie de modificaciones como, reasignación de tareas, límite de tiempos, asignación de turnos y cambios en horarios específicos.

Por su parte, la reubicación laboral temporal, se realiza cuando el trabajador finaliza su periodo de incapacidad médica y debe continuar en tratamiento o requiere más tiempo para su recuperación funcional, así pues, debe ser reubicado en un puesto que tenga condiciones diferentes en cuanto a complejidad o exigencia, mientras se reestablece su nivel de competencia y de capacidad laboral.

Finalmente la reubicación laboral definitiva, se presenta en aquellos casos en los que la capacidad laboral del trabajador no le permite desarrollar las actividades que desempeñaba antes del accidente o enfermedad, por lo tanto el individuo debe ser reubicado en otro puesto de trabajo, para el cual se realiza el debido análisis y seguimiento (Josa y Molano, 2012).

Sin importar el tipo de reintegro laboral que tenga el individuo, la integración socio laboral debe ser el objetivo principal de la rehabilitación profesional y final del proceso rehabilitador ya que con esta intervención se busca conseguir la mayor recuperación posible del individuo y el desarrollo de nuevas competencias que le permitan adaptarse a sus condiciones personales y laborales. Para ello, se desarrolla la evaluación,

orientación, adaptación, ubicación / reubicación y seguimiento y se deben favorecer condiciones del entorno que permitan un positivo proceso de intervención en el individuo. El pronóstico ocupacional del trabajador depende de diferentes factores como los mecanismos de afrontamiento, el tipo de lesión, el grado de afectación además de las condiciones extralaborales. La organización debe realizar un análisis del puesto de trabajo del individuo y comparar si sus capacidades le permiten volverlo a desarrollar independientemente del diagnóstico otorgado por los profesionales de la intervención (Fernández, 2015).

Al momento de llevar a cabo el reintegro del individuo a sus funciones laborales, es importante que se ejecuten procesos juiciosos de evaluación de las aptitudes del trabajador, para desempeñarse nuevamente en sus actividades laborales, así mismo es fundamental, que exista una adecuada articulación entre el médico evaluador y el funcionario de salud ocupacional con el fin de que este último conozca cuáles son las restricciones laborales y recomendaciones dadas por el médico para reincorporarse a la organización. De esta manera se determinará si el trabajador puede desempeñarse en su puesto de trabajo o debe ser reubicado dadas las restricciones y recomendaciones que garantizan la recuperación del trabajador. Para ello es importante que se realicen evaluaciones médicas ocupacionales de forma obligatoria según la Resolución 2346 de 2007 y se debe tener en cuenta la importancia de realizar evaluación médica preocupacional, realizar evaluaciones médicas ocupacionales periódicas (programadas o por cambios de ocupación) y realizar evaluación médica posocupacional o de egreso (Cuervo, 2016).

El Ministerio de la Protección Social (2004c) define la reubicación laboral como “cambiar al trabajador de puesto de trabajo o de asignación de funciones ya sea temporal o definitivamente, dependiendo de la severidad de la lesión y del análisis del puesto de trabajo” (p. 1). De esta manera, la reubicación se realiza cuando el trabajador haya terminado un periodo de incapacidad y su nueva condición laboral le permita desarrollar solo determinadas actividades o cuando al trabajador se le haya determinado una incapacidad permanente parcial hasta del 49%.

A partir de la protección laboral reforzada, un individuo en condición de discapacidad no puede ser despedido, por ello el propio sistema de salud debe brindarle una serie de

recomendaciones que le permitan tener unas condiciones apropiadas basado en sus limitaciones, ejecutar sus actividades sin poner en riesgo su salud y sin temor a perder su empleo (Torrado, 2015).

Según el estudio realizado por Cuervo (2016), hay desconocimiento en conceptos relacionados con discapacidad, rehabilitación y reintegro en las entidades prestadoras de salud que llevan a cabo en parte estos procesos. Por lo tanto a través del Plan Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo 2013-2020, del Ministerio de Trabajo, se establece que la implementación del Plan Nacional de Rehabilitación Integral, Readaptación y Reincorporación Laboral y Ocupacional de los Trabajadores debe ser uno de sus objetivos primordiales dada su importancia y necesidad en la inclusión exitosa a la sociedad de personas con discapacidad.

De esta manera en el reintegro mediante reubicación laboral, no se pueden desmejorar las condiciones previas del trabajador en su quehacer. Basado en ello debe cumplirse la ley y se deben respetar a cabalidad sus derechos tanto a la dignidad como al mínimo vital. A partir de la sentencia T 554 de la Corte Constitucional Colombiana de 2010, se determinó que el individuo a través de la reubicación dada por la organización, debe ser reintegrado a realizar actividades laborales que le representen los mismos o de ser necesario mayores beneficios a su cargo anterior, y si el individuo no tiene las competencias requeridas para otro cargo es la organización la cual debe capacitarlo para que se desempeñe eficazmente (Torrado, 2015).

Se puede presentar una reubicación temporal, en la cual el tiempo de duración debe tener fecha de inicio y fin establecidos claramente, con el objetivo de hacer control, revisión oportuna y determinar si el trabajador está en condiciones de retornar a la labor que realizaba previo a la incapacidad que dio origen a la condición de reubicado (Ramos y Ospina, 2017).

Respecto a la reubicación definitiva, dada por el hecho de que ya no es posible que el trabajador retorne a la labor que solía realizar, debe existir un proceso de acompañamiento con el objetivo de lograr una adecuada adaptación, que incluye la aceptación de sus actuales capacidades, limitaciones y condiciones de salud (Ramos y Ospina, 2017).

Para cualquiera de estas dos formas de reubicación laboral, la organización deberá adoptar medidas que le permitan llevar a cabo una adecuada evaluación de los puestos de trabajo para determinar de esta manera si el individuo puede desempeñarse en dichas labores y de no ser así, realizar el debido proceso de inducción y capacitación para que el trabajador sea reubicado en otra área, con el objetivo de que se desempeñe de la mejor forma posible y su integridad no sea vulnerada de ninguna manera.

Respecto al nivel de accidentes de trabajo, enfermedades laborales y muertes, es importante establecer cómo se encuentran las estadísticas en lo que va corrido del año 2019. Se hará un comparativo de lo sucedido entre 2018 y 2019 con el objetivo de evidenciar el aumento o disminución en las cifras.

Estadísticas

Los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales, como se evidencia en la siguiente figura, han aumentado considerablemente en los últimos ocho años, pasando de casi siete millones en 2010 a cerca de 11 millones de afiliados en el año 2018.

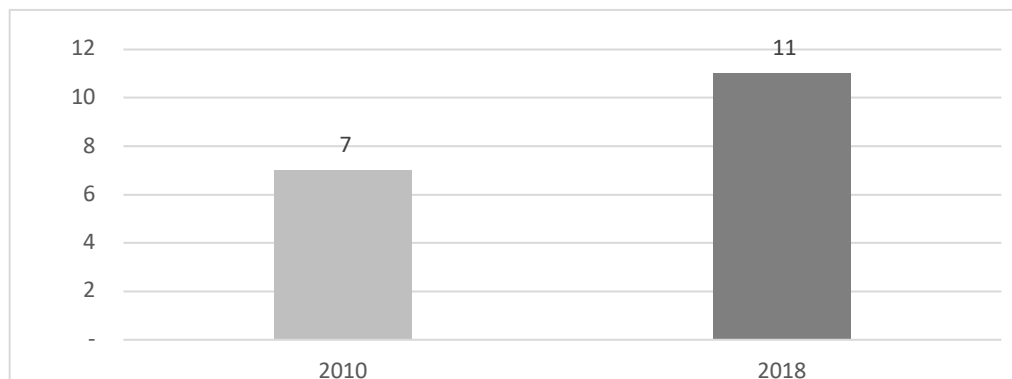


Figura 1. Número de personas afiliadas al Sistema General de Pensiones en Riesgos Profesionales; en millones. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En cuanto a las empresas que se encuentran afiliadas, las cifras también muestran que en los últimos ocho años ha aumentado el doble las organizaciones inscritas a este sistema.

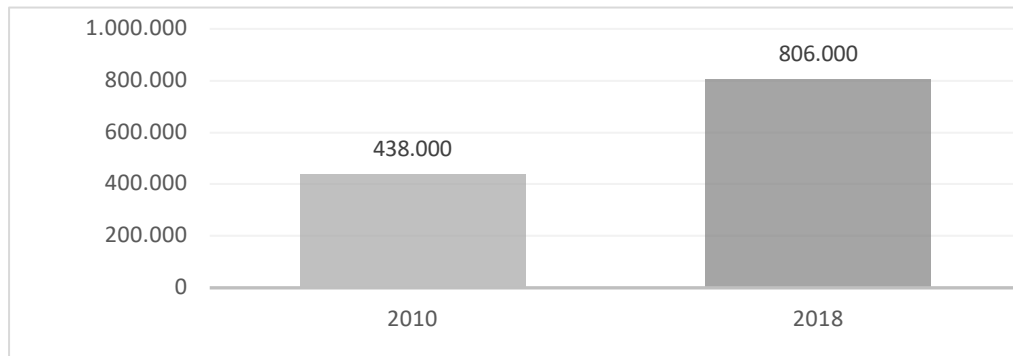


Figura 2. Empresas afiliadas al sistema general de riesgos profesionales. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

A continuación se realiza una descripción de cifras respecto a accidentes de trabajo, enfermedades laborales, muertes causadas por accidente de trabajo y muertes causadas por enfermedad laboral en cada uno de los departamentos de Colombia.

En el departamento del Amazonas, entre 2018-2019, disminuyeron en un 41% los accidentes de trabajo, se evidencia que en ninguno de estos dos años se presentaron enfermedades de origen laboral, en 2018 se reportó una muerte por accidente de trabajo y en 2019 ninguna muerte por esta causa y en ningún año se presentaron muertes generadas por enfermedades calificadas de origen laboral.

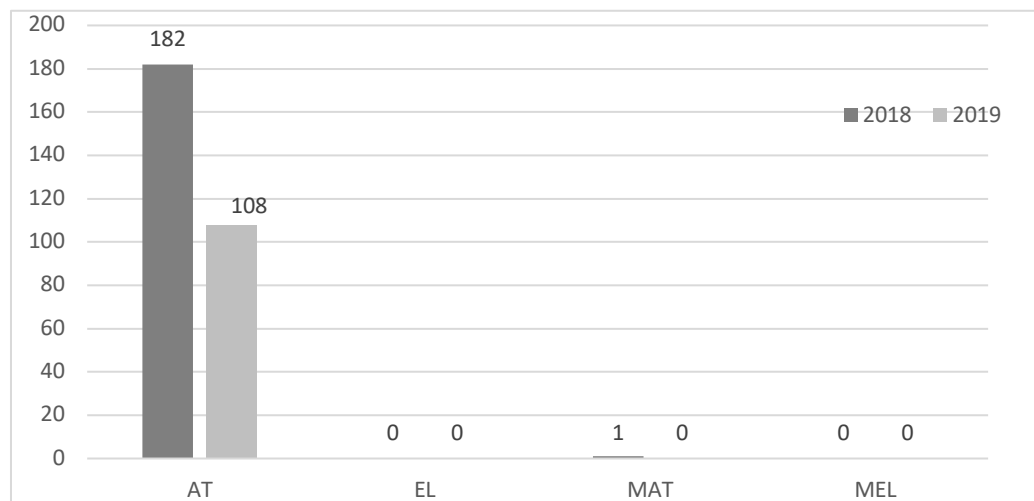


Figura 3. Cifras en el departamento del Amazonas. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Antioquia, entre 2018-2019, disminuyeron en un 22% los accidentes de trabajo, en un 10% las enfermedades laborales, en un 44% las muertes por accidentes de trabajo y en 2019 no se presentó ninguna muerte por enfermedad laboral.

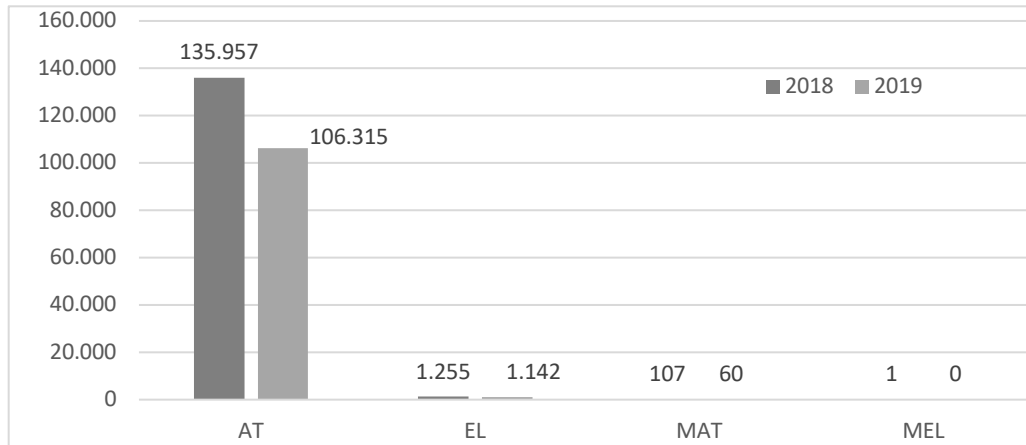


Figura 4. Cifras en el departamento de Antioquía. (Elaboración propia)

En el departamento de Atlántico, entre 2018-2019, disminuyeron en un 27% los accidentes de trabajo, en un 40% las muertes como consecuencia de enfermedades de origen laboral, en 44% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

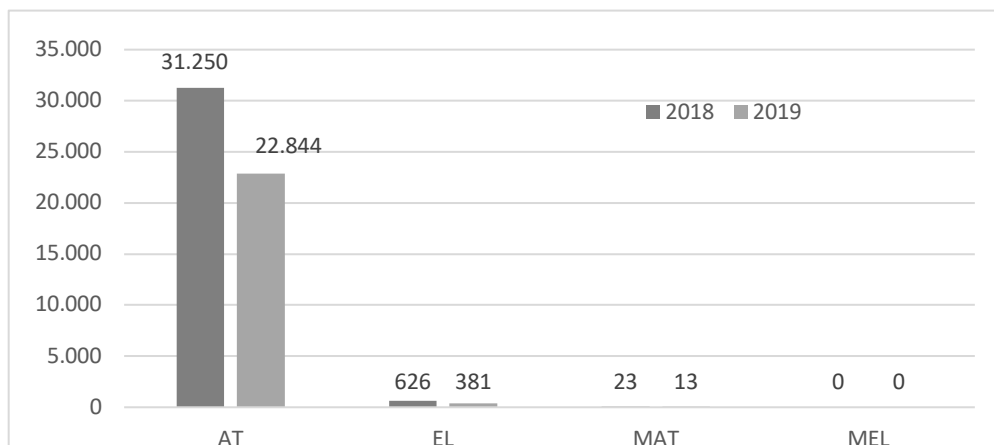


Figura 5. Cifras en el departamento de Atlántico. Nota. La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Arauca, entre 2018-2019, disminuyeron en un 35% los accidentes de trabajo, en un 84 % las enfermedades de origen laboral, hubo en ambos años una muerte registrada por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

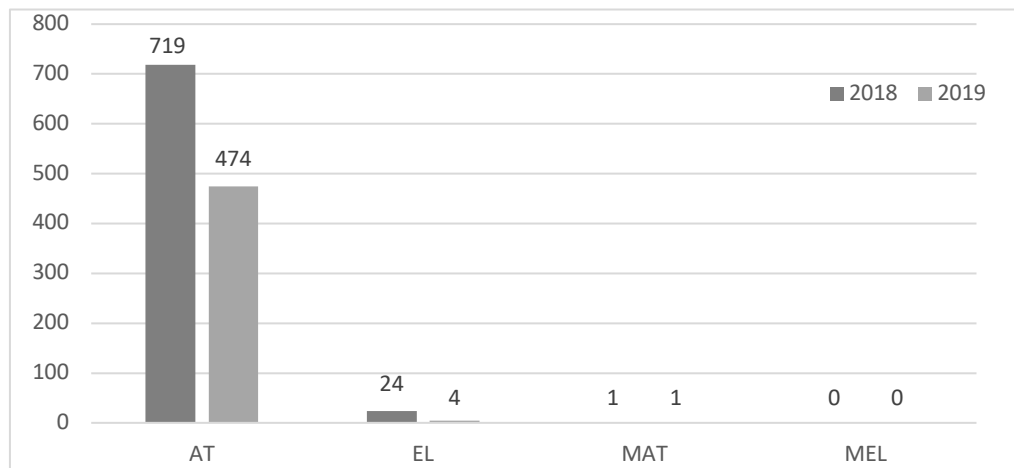


Figura 6. Cifras en el departamento de Arauca. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En Bogotá, entre 2018-2019, disminuyeron en un 21% los accidentes de trabajo, en un 32% las enfermedades de origen laboral, aumentaron en 9% las muertes por accidente de trabajo y aumentó 100% las muertes por enfermedad laboral.

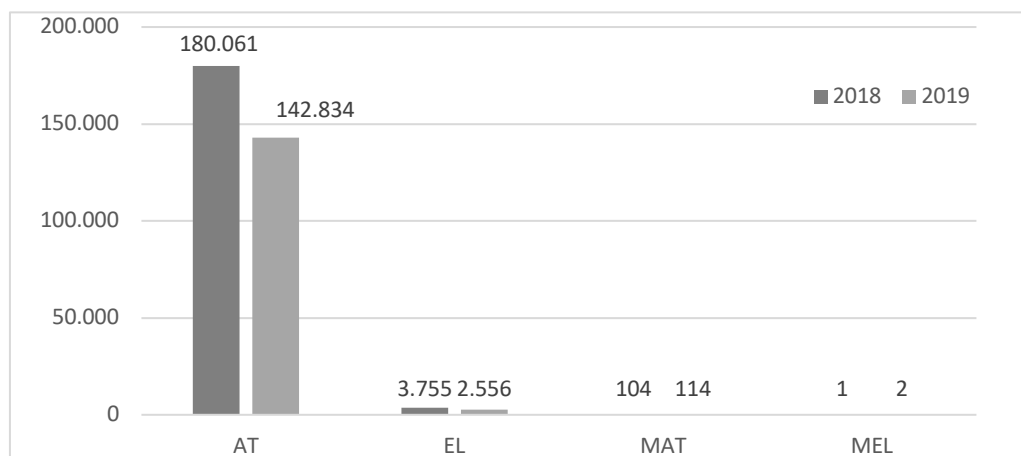


Figura 7. Cifras en Bogotá D.C. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Bolívar, entre 2018-2019, disminuyeron en un 35% los accidentes de trabajo, en un 46% las enfermedades de origen laboral, en 39% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

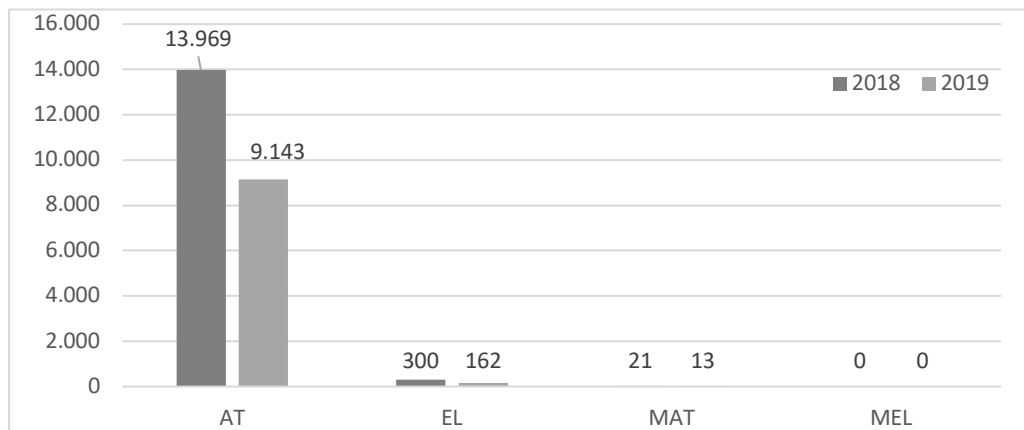


Figura 8. Cifras en el departamento de Bolívar. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Boyacá, entre 2018-2019, disminuyeron en un 31% los accidentes de trabajo, en un 65% las enfermedades de origen laboral, en 11% las muertes por accidente de trabajo y en 2019 no presentó ninguna muerte por enfermedad de origen laboral.

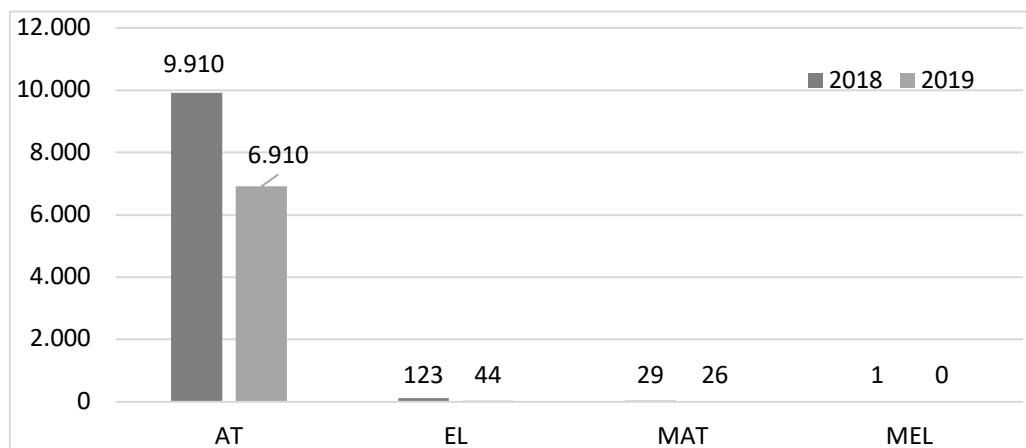


Figura 9. Cifras en el departamento de Boyacá. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Caldas, entre 2018-2019, disminuyeron en un 38% los accidentes de trabajo, en un 69% las enfermedades de origen laboral, en 64% las muertes por accidente de trabajo y en 2019 no se presentó ninguna muerte por enfermedad de origen laboral.

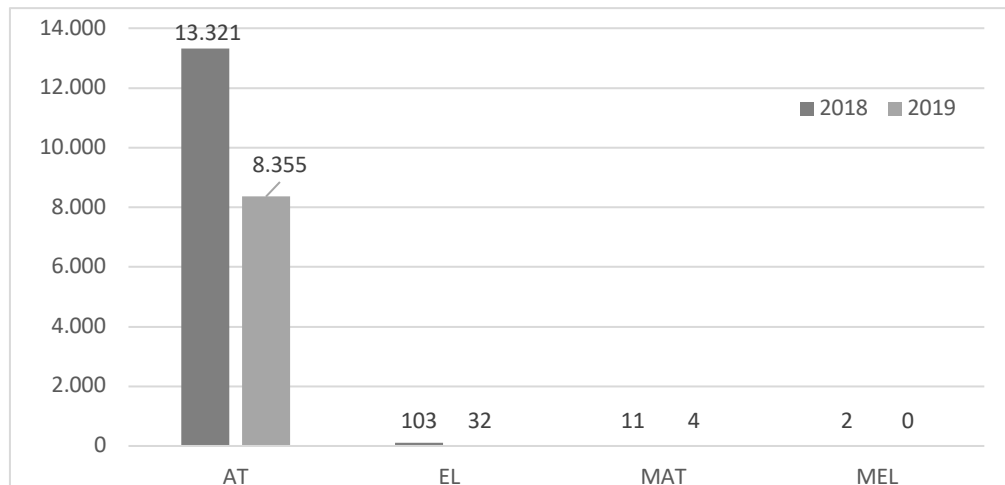


Figura 10. Cifras en el departamento de Caldas. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Caquetá, entre 2018-2019, disminuyeron en un 31% los accidentes de trabajo, en un 31% enfermedades de origen laboral, aumentaron las muertes por accidente de trabajo, registrándose 3 en 2019 y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

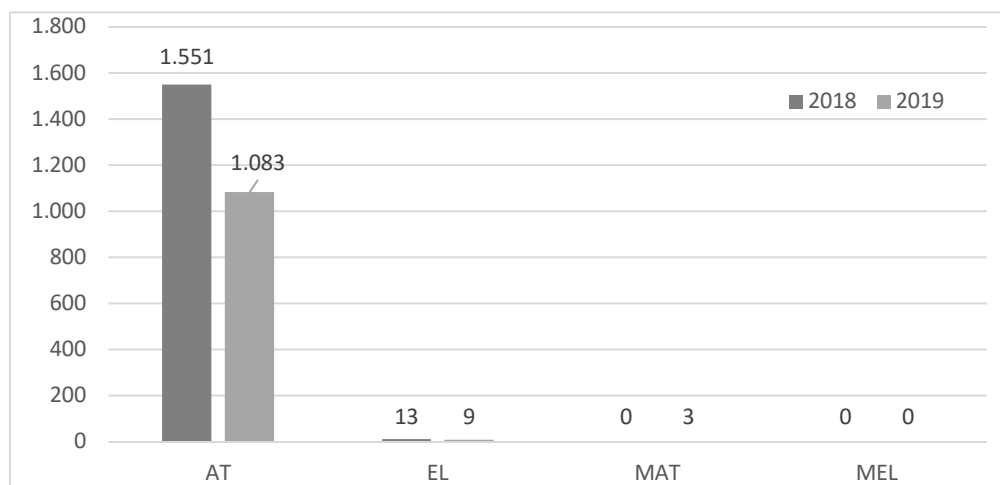


Figura 11. Cifras en el departamento del Caquetá. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Casanare, entre 2018-2019, disminuyeron en un 38% los accidentes de trabajo, aumentaron en un 7% las enfermedades de origen laboral, disminuyeron en un 89% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

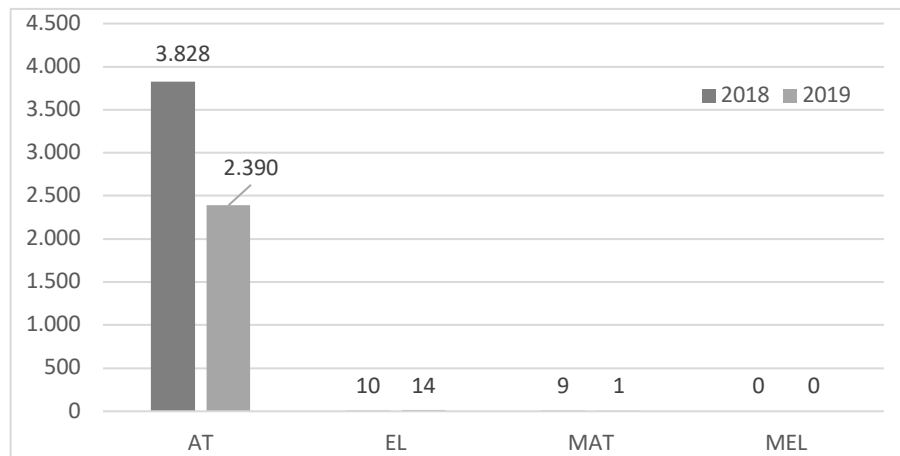


Figura 12. Cifras en el departamento del Casanare. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Cauca, entre 2018-2019, disminuyeron en un 40% los accidentes de trabajo, en un 52% las enfermedades de origen laboral, en 67% las muertes por accidente de trabajo y aumento en un 100% las muertes por enfermedades de origen laboral.

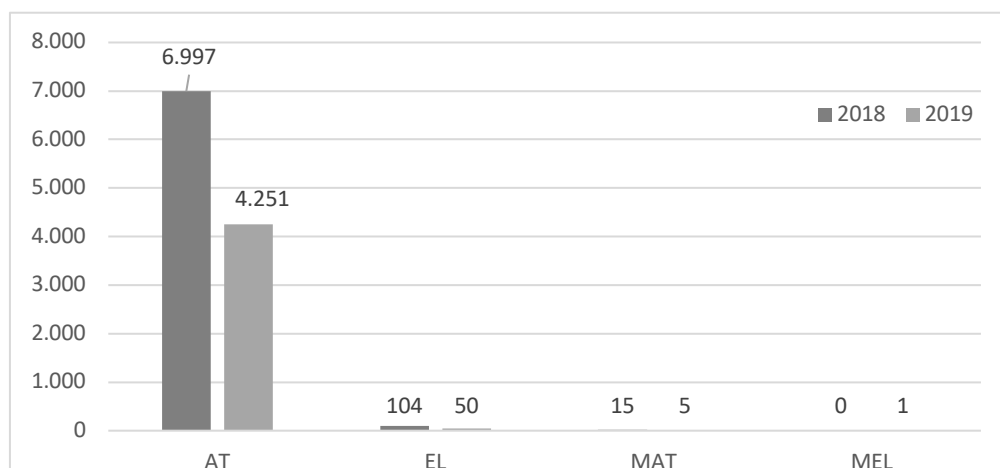


Figura 13. Cifras en el departamento del Cauca. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de César, entre 2018-2019, disminuyeron en un 42% los accidentes de trabajo, en un 74% las enfermedades de origen laboral, en 82% las muertes por accidente de trabajo y aumento en un 100% las muertes por enfermedades de origen laboral.

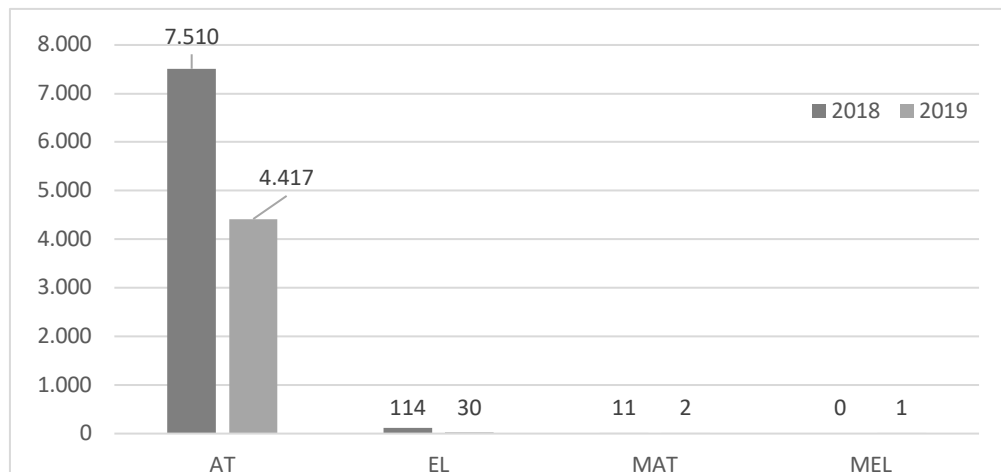


Figura 14. Cifras en el departamento del César. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Chocó, entre 2018-2019, disminuyeron en un 57% los accidentes de trabajo, en un 100% las enfermedades de origen laboral, se mantuvo la proporción en muertes por accidente de trabajo y aumentó en un 100% las muertes por enfermedades de origen laboral.

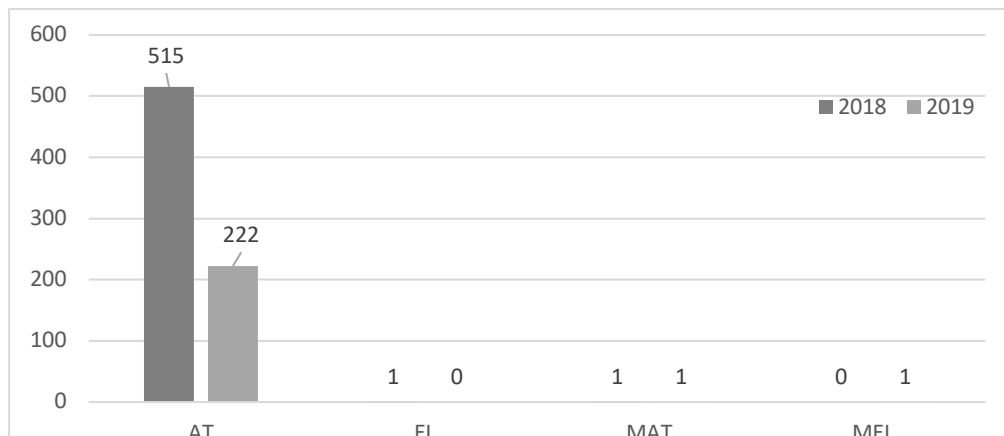


Figura 15. Cifras en el departamento del Chocó. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Córdoba, entre 2018-2019, disminuyeron en un 39% los accidentes de trabajo, en un 18% las enfermedades de origen laboral, en 25% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

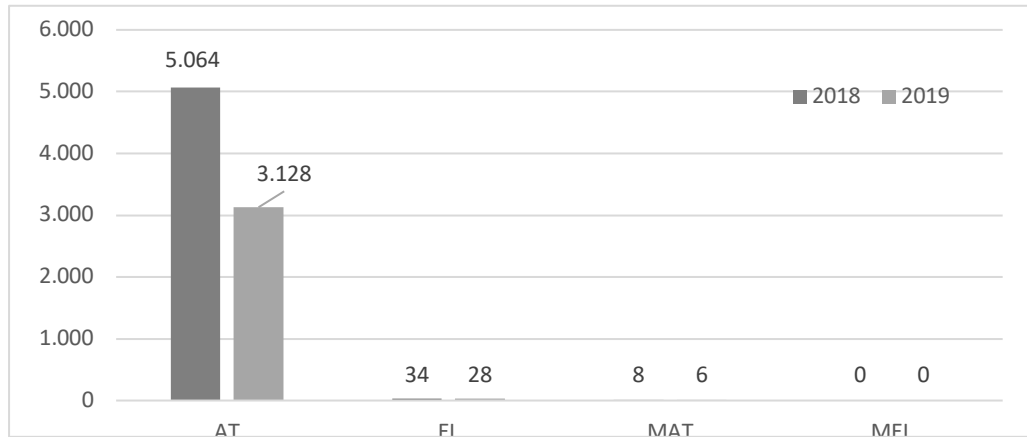


Figura 16. Cifras en el departamento de Córdoba. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Cundinamarca, entre 2018-2019, disminuyeron en un 41% los accidentes de trabajo, en un 34% enfermedades de origen laboral, en 60% las muertes por accidente de trabajo y aumentó en un 100% las muertes por enfermedades de origen laboral.

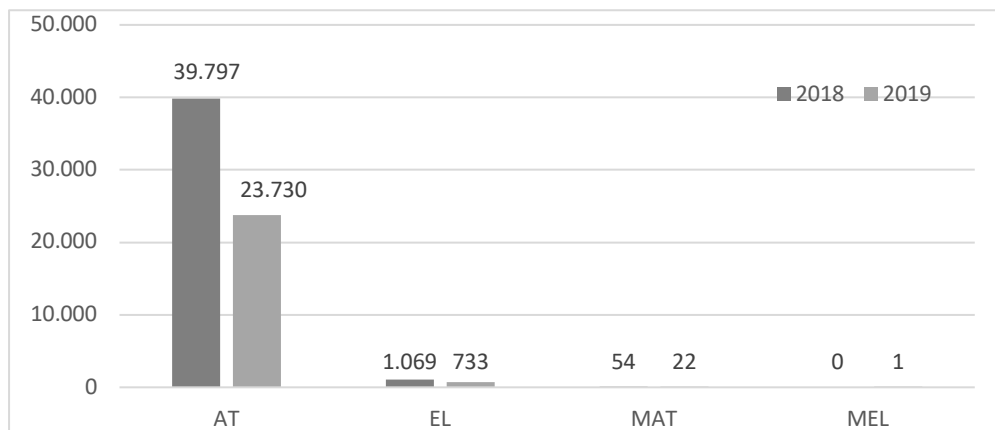


Figura 17. Cifras en el departamento de Cundinamarca. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Guainia, entre 2018-2019, disminuyeron en un 40% los accidentes de trabajo, en un 52% las enfermedades de origen laboral, en 678% las muertes por accidente de trabajo y aumentó en un 100% las muertes por enfermedades de origen laboral.

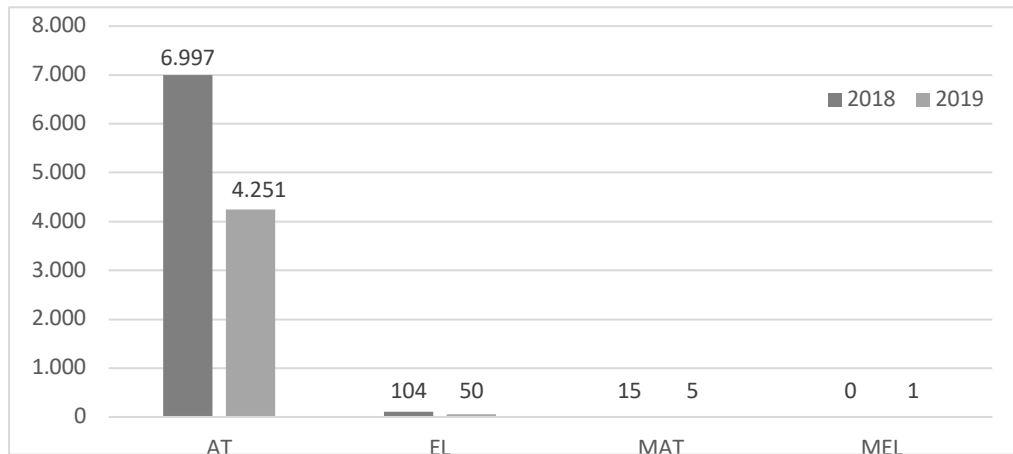


Figura 18. Cifras en el departamento del Guainía. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Guaviare, entre 2018-2019, disminuyeron en un 25% los accidentes de trabajo, aumentaron en un 100% las enfermedades de origen laboral, no se presentaron muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó tampoco ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

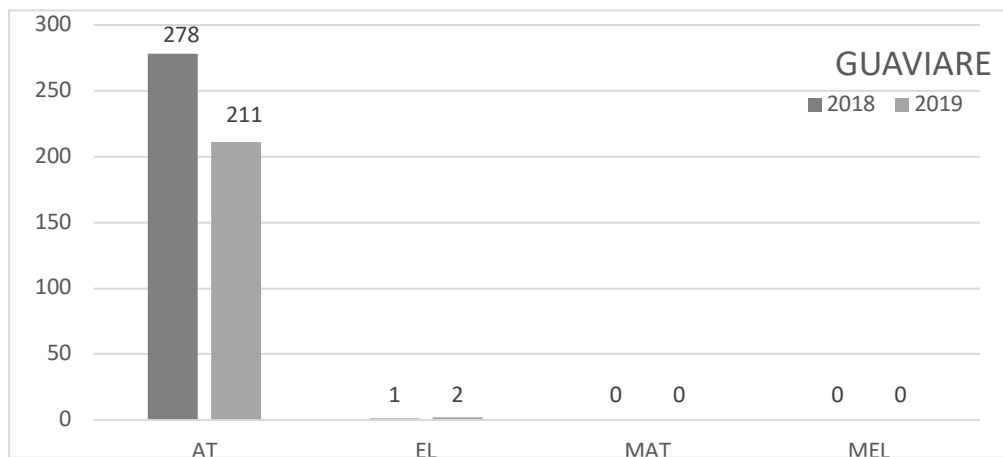


Figura 19. Cifras en el departamento del Guaviare. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Huila, entre 2018-2019, disminuyeron en un 34 % los accidentes de trabajo, en un 64% las enfermedades de origen laboral, se mantuvo el mismo porcentaje de muerte por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

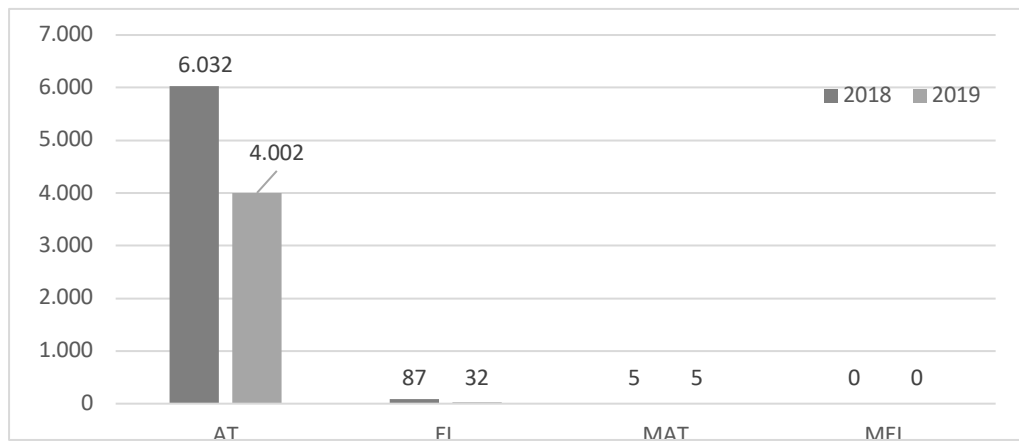


Figura 20. Cifras en el departamento del Huila. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Guajira, entre 2018-2019, disminuyeron en un 47% los accidentes de trabajo, se mantuvo el porcentaje de enfermedades de origen laboral, disminuyó en 100% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

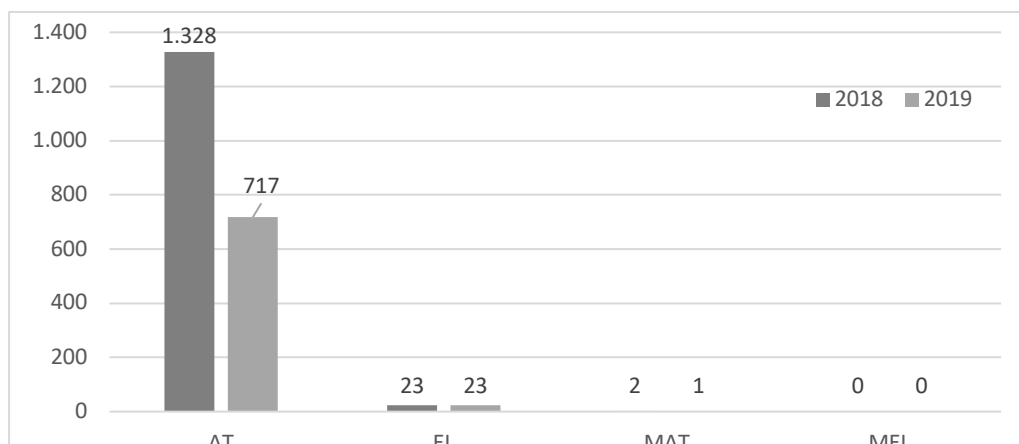


Figura 21. Cifras en el departamento de la Guajira. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Magdalena, entre 2018-2019, disminuyeron en un 36% los accidentes de trabajo, en un 49% las enfermedades de origen laboral, aumentaron en 7% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

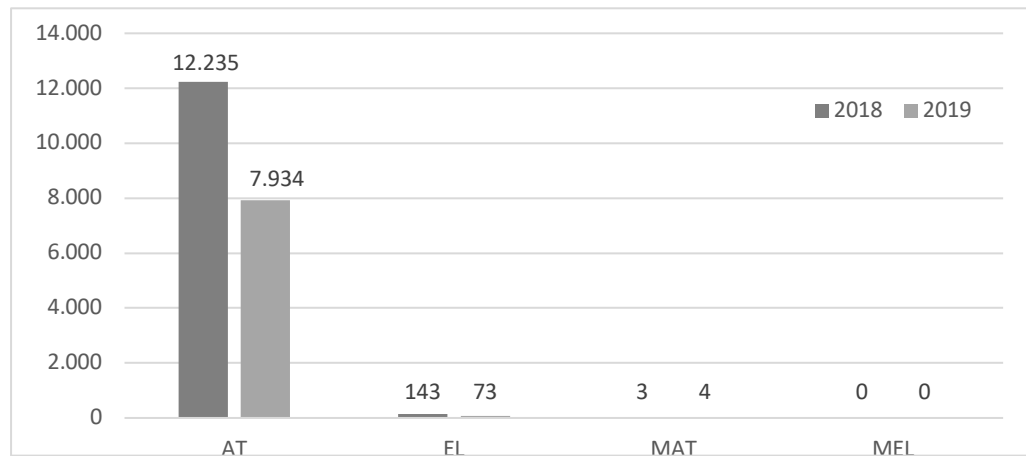


Figura 22. Cifras en el departamento del Magdalena. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Meta, entre 2018-2019, disminuyeron en un 31% los accidentes de trabajo, en un 73% las enfermedades de origen laboral, en 40% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

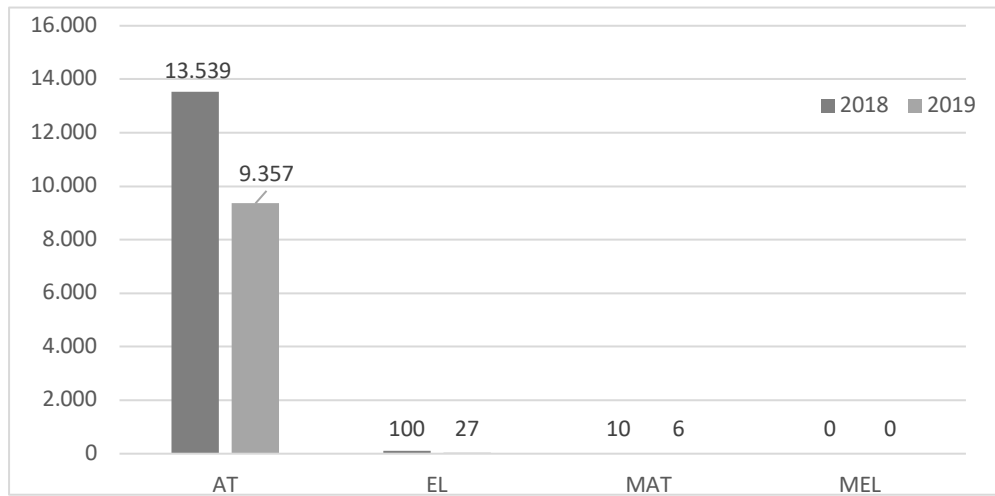


Figura 23. Cifras en el departamento del Meta. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Nariño, entre 2018-2019, disminuyeron en un 39 % los accidentes de trabajo, en un 46% las enfermedades de origen laboral, en 40% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

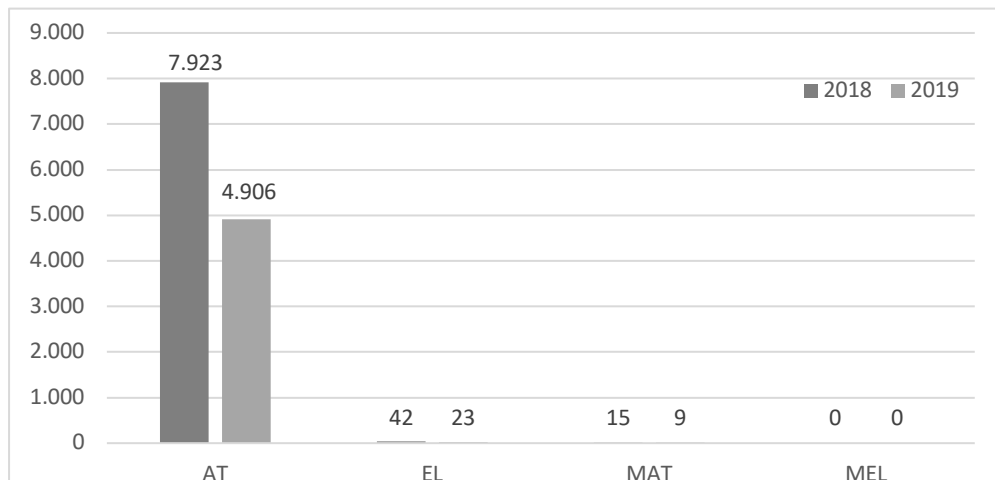


Figura 24. Cifra en el departamento de Nariño *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Norte de Santander, entre 2018-2019, disminuyeron en un 30% los accidentes de trabajo, en un 64% las de enfermedades de origen laboral, en 59% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

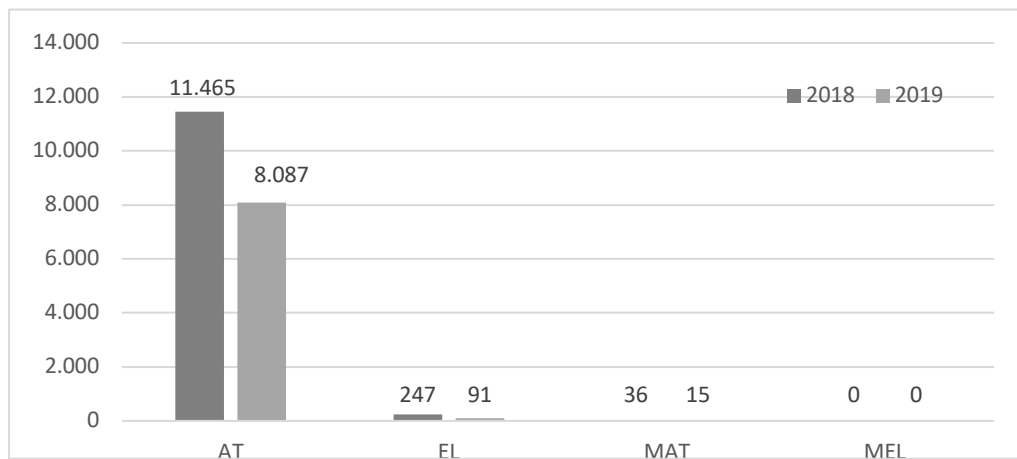


Figura 25. Cifras en el departamento de Norte de Santander. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Putumayo, entre 2018-2019, disminuyeron en un 41% los accidentes de trabajo, en un 34% las enfermedades de origen laboral, en 2019 no se registró ninguna muerte por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

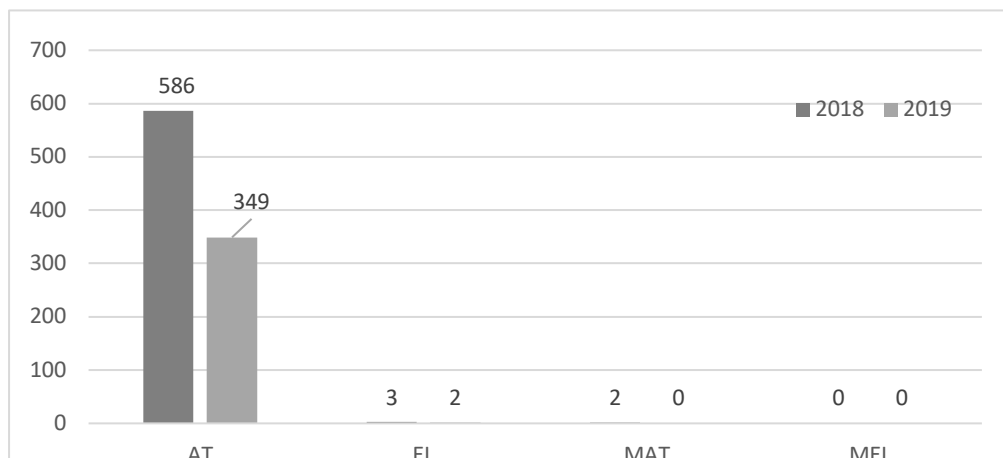


Figura 26. Cifras en el departamento del Putumayo. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Quindío entre 2018-2019, disminuyeron en un 25% los accidentes de trabajo, en un 16% las enfermedades de origen laboral, en 40% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

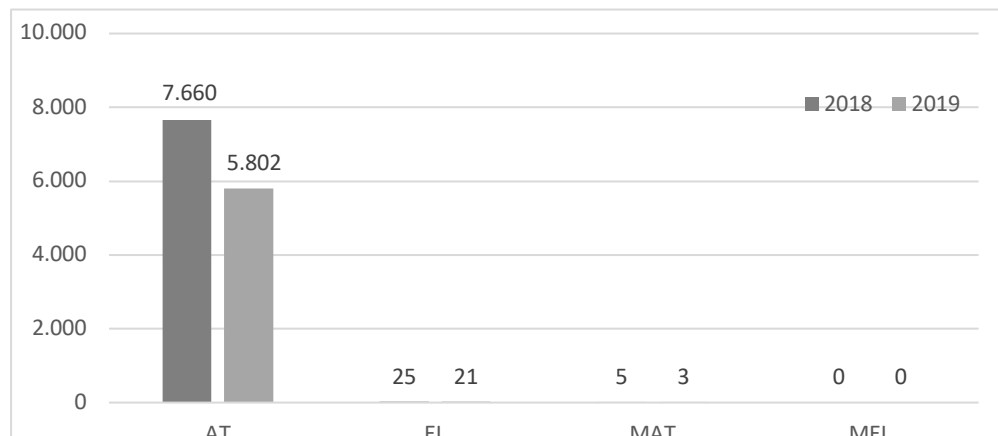


Figura 27. Cifras en el departamento del Quindío. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Risaralda, entre 2018-2019, disminuyeron en un 30% los accidentes de trabajo, en un 21% las enfermedades de origen laboral, en 63% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

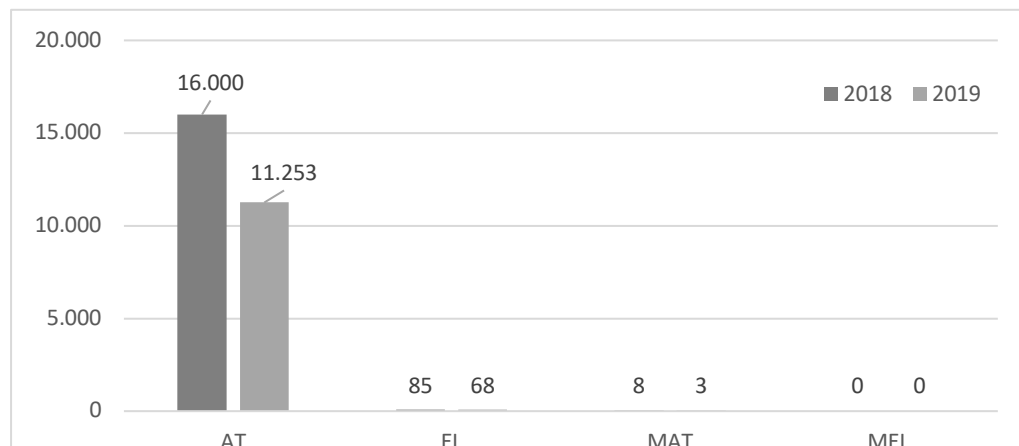


Figura 28. Cifras en el departamento de Risaralda. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de San Andrés, entre 2018-2019, disminuyeron en un 56 % los accidentes de trabajo, en un 67% las muertes como consecuencia de enfermedades de origen laboral, se mantuvo la cifra en accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

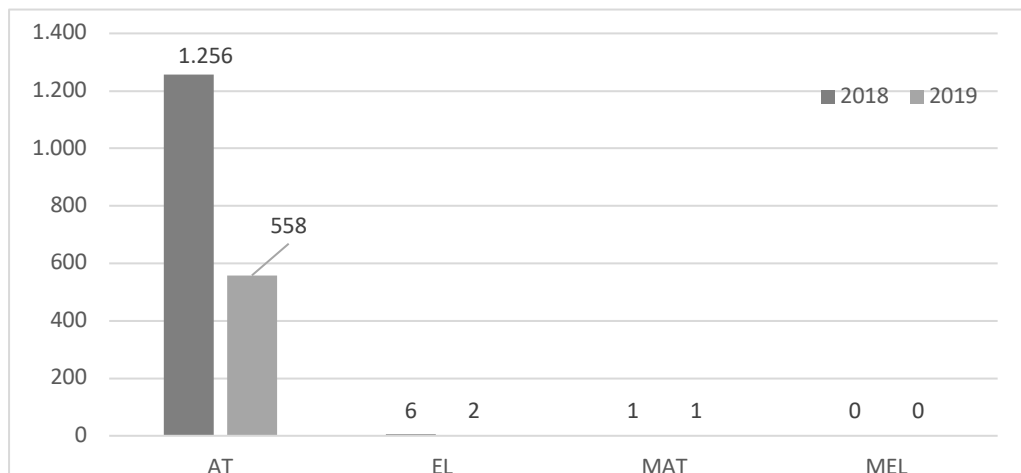


Figura 29. Cifras en el Departamento de San Andrés. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Santander, entre 2018-2019, disminuyeron en un 27% los accidentes de trabajo, en un 47% enfermedades de origen laboral, en 55% las muertes por accidente de trabajo y en un 100% las muertes por enfermedades de origen laboral.

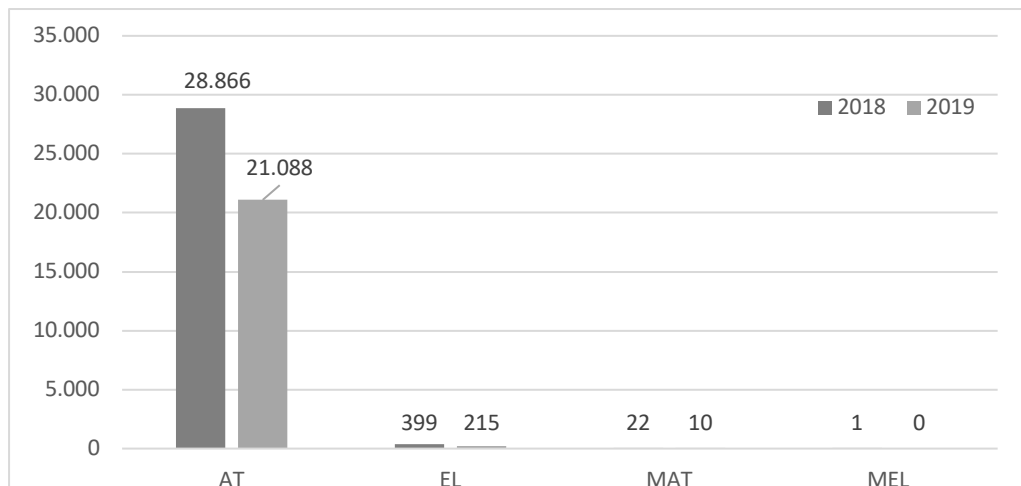


Figura 30. Cifras en el departamento de Santander. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Sucre, entre 2018-2019, disminuyeron en un 41 % los accidentes de trabajo, en un 44% enfermedades de origen laboral, en 100 % las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

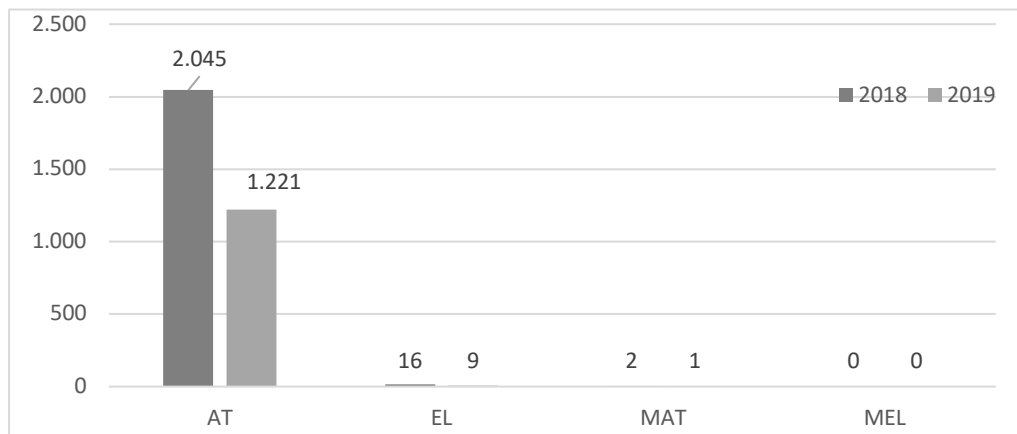


Figura 31. Cifras en el departamento de Sucre. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Tolima, entre 2018-2019, disminuyeron en un 39% los accidentes de trabajo, en un 67% las enfermedades de origen laboral, aumentaron en un 8% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

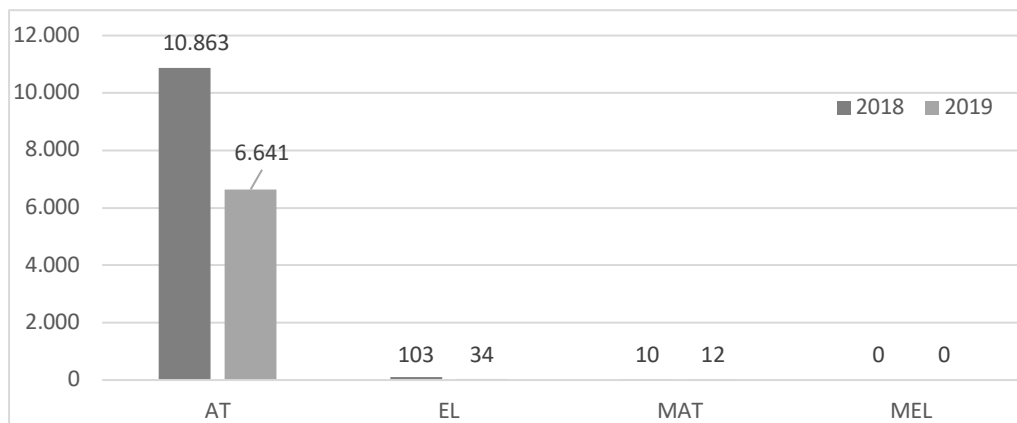


Figura 32. Cifras en el departamento del Tolima. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Valle, entre 2018-2019, disminuyeron en un 31% los accidentes de trabajo, en un 46% las enfermedades de origen laboral, en 16% las muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

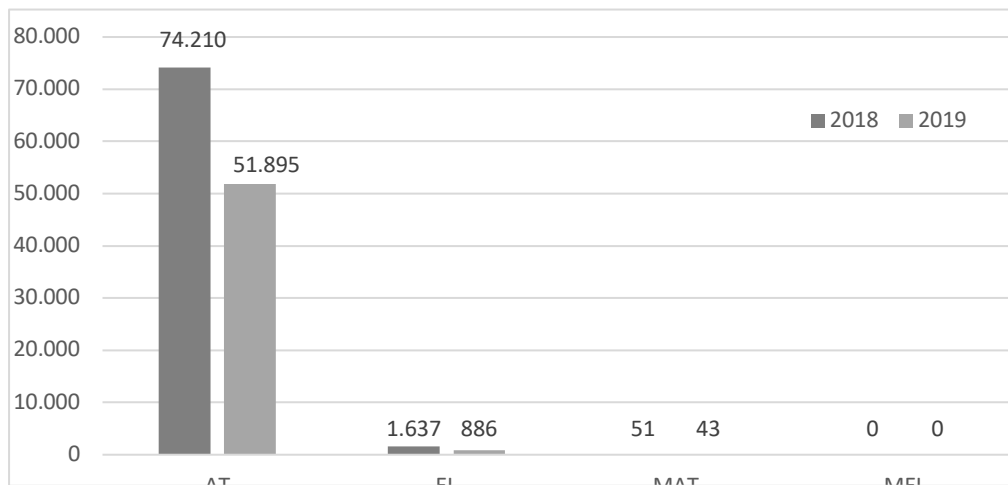


Figura 33. Cifras en el departamento del Valle. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Vaupés entre 2018-2019, se mantuvieron las cifras para accidentes de trabajo, no se presentaron enfermedades de origen laboral, accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

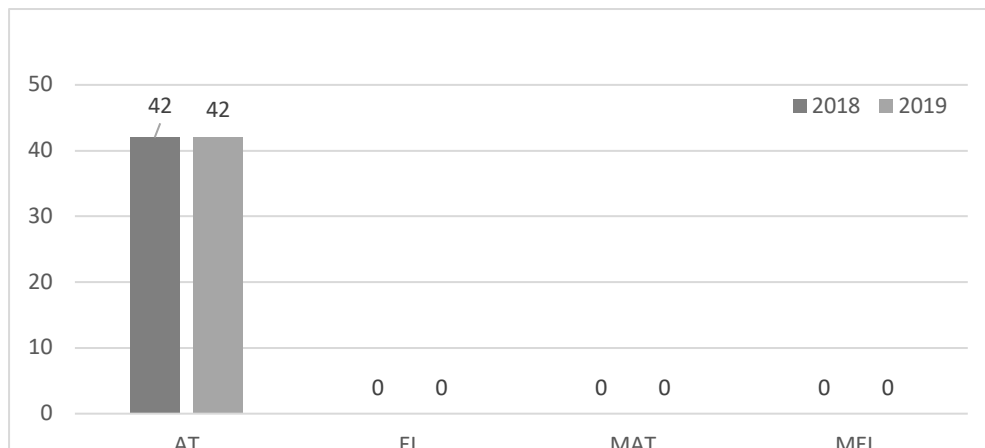


Figura 34. Cifras en el departamento de Vaupés. *Nota.* La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

En el departamento de Vichada, entre 2018-2019, disminuyeron en un 20% los accidentes de trabajo, en 2019 no se presentaron enfermedades de origen laboral, no hubo muertes por accidente de trabajo y en estos dos años no se presentó ninguna muerte por enfermedades de origen laboral.

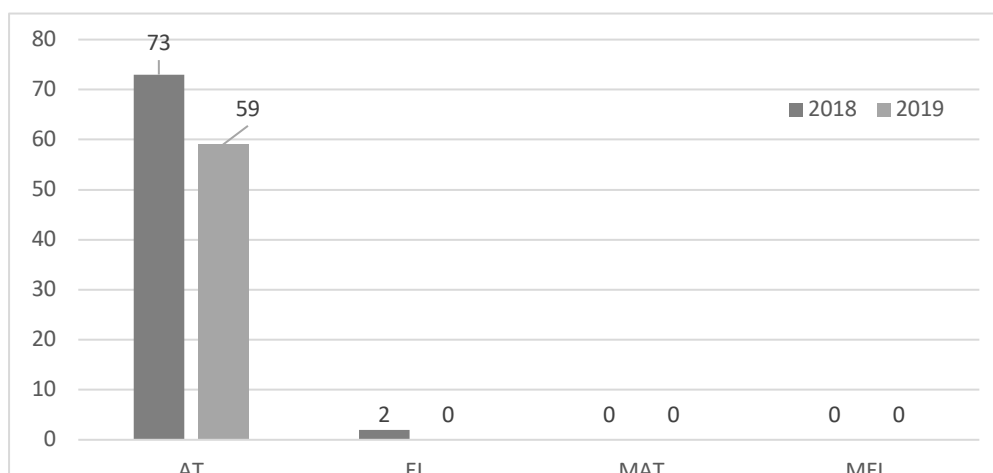


Figura 35. Cifras en el departamento del Vichada. Nota. La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

Respecto a las cifras se evidencia una disminución de 2018 a 2019 considerables. Los accidentes de trabajo, disminuyeron 21%, las enfermedades de origen laboral 36%, las muertes ocasionadas por accidentes de trabajo 32 % y las muertes causadas por enfermedades laborales 33,4%.

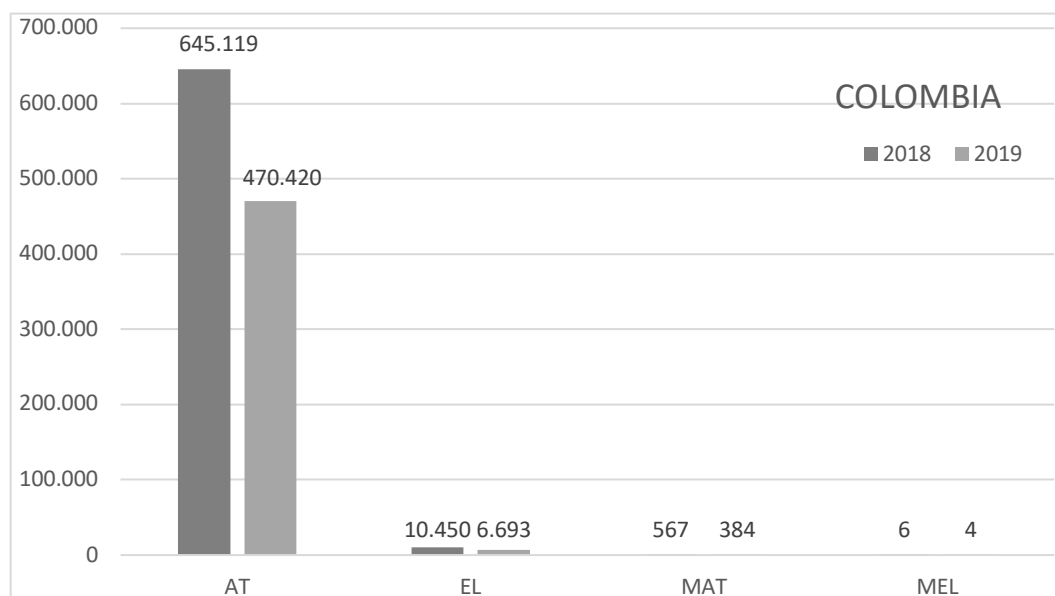


Figura 36. Cifras en Colombia. Nota. La información se adaptó de FASECOLDA (2019).)

En Colombia no se encuentra información respecto a la cantidad de personas que son reintegradas y/ o reubicadas en el trabajo, por lo tanto no hay estadísticas de este proceso ni de su nivel de éxito. Sin embargo, Fasecolda brinda los datos de las incapacidades permanentes parciales pagadas por las administradoras de riesgos laborales, así que estos trabajadores son los que deben ser reintegrados y/o reubicados laboralmente. Por lo tanto, se mostrará esta información, la cual indica en teoría sobre la cantidad de personas que deberían estar incluidas en los respectivos procesos de reintegro y/o reubicación laboral.

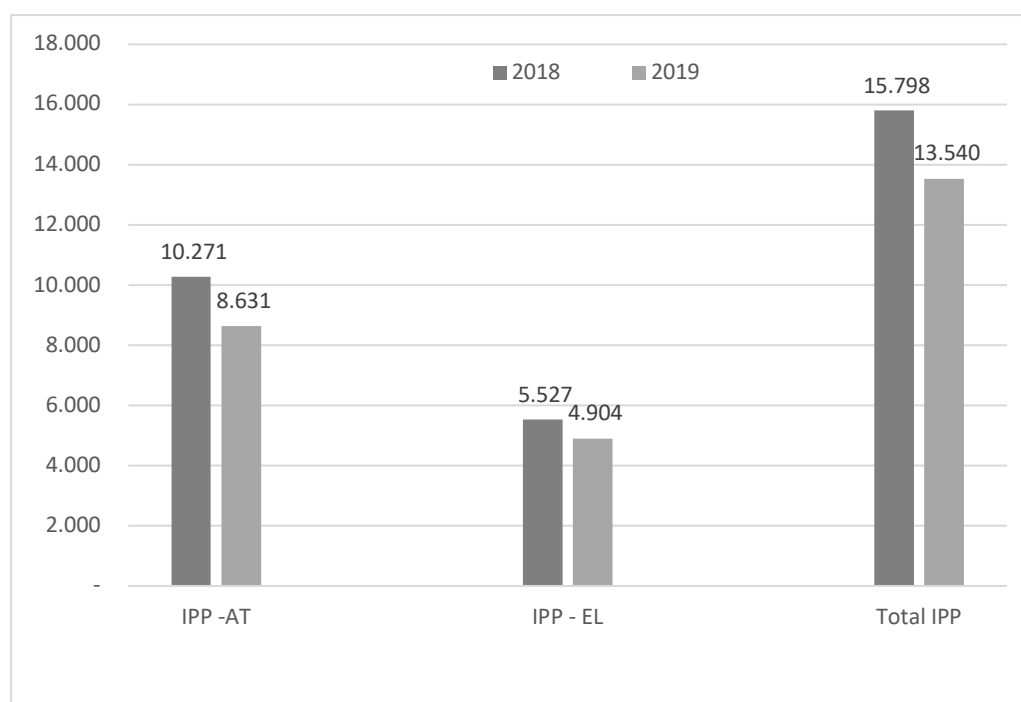


Figura 37. Pensiones por Incapacidad Permanente Parcial. Nota. La información se adaptó de FASECOLDA (2019).

Marco legal

Frente a la salud de los trabajadores, se han desarrollado disposiciones reglamentarias, incluyendo prácticas asociadas a prevención y promoción. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe brindar atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información, y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia,

como lo dispone la (Ley N° 100, 1993), Artículo 153, numeral 3, de conformidad con lo previsto en el Artículo 162, respecto del plan obligatorio de salud

Los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo, por su parte, tienen como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores ocupacionales; ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones psicofisiológicas y manteniéndolo en aptitud de producción de trabajo (Resolución N° 1016, 1989 Artículo 10).

El empleador está obligado a realizar evaluaciones medicas ocupacionales específicas de acuerdo a los peligros y riesgos a que este expuesto un trabajador, y en conformidad al perfil del cargo. A partir de la (Resolución N° 2346, 2007), las evaluaciones son de forma obligatoria y como mínimo las siguientes: evaluación médica preocupacional o de preingreso, evaluaciones medicas ocupacionales periódicas (programadas o por cambios de ocupación), evaluación médica post ocupacional o de egreso. El empleador deberá ordenar la realización de otro tipo de evaluaciones medicas ocupacionales, tales como post- incapacidad o por reintegro para identificar condiciones de salud que puedan verse agravadas o que puedan interferir en la labor o afectar a terceros, en razón de situaciones particulares.

Así mismo mediante el (Decreto N° 1072, 2015), el empleador o contratante, debe abordar la prevención de los accidentes y las enfermedades laborales y también la protección y promoción de la salud de los trabajadores y/o contratistas, a través de la implementación, mantenimiento y mejora continua de un sistema de gestión cuyos principios estén basados en el ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar y Actuar).

Para la calificación de enfermedades de origen laboral, a partir del (Decreto N° 1477, 2014), se cuenta con la Tabla de Enfermedades Laborales, en la cual figuran 42 patologías, aquellas que no figuren en dicha tabla pero se demuestre la relación de causalidad por factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad profesional de quién es y para el dictamen de capacidad laboral, se expidió el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Frente a la discapacidad, a nivel nacional, la Corte Constitucional de Colombia (2009) mediante Sentencia T-751 de 2009, determinó que los trabajadores que sufren una disminución en su estado de salud tienen derecho a seguir trabajando en condiciones que se adapten a su

nueva capacidad laboral como lo explica, la (Ley N° 776, 2002), cuyo artículo 4° estatuye: “Al terminar el período de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, de la misma categoría” (p. 3).

En el mismo sentido la Corte Constitucional (2009) en Sentencia T 751 de 2009 cita la misma ley en su art. 8: “Los empleadores están obligados a ubicar al trabajador incapacitado parcialmente en el cargo que desempeñaba o a proporcionarle un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesario” (p.10).

Por otro lado, se deben garantizar y asegurar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la adopción de medidas de inclusión, acción afirmativa y de ajustes razonables y eliminando toda forma de discriminación por razón de discapacidad, en concordancia con la (Ley N° 1346, 2009) en su Artículo 1°.

En cuanto al Sistema de Riesgos Laborales (Ley N° 1562, 2012) Art. 11 numeral 2 c, se dispone que las ARL “deben desarrollar programas, campañas, crear o implementar mecanismos y acciones para prevenir los daños secundarios y secuelas en caso de incapacidad permanente parcial e invalidez, para lograr la rehabilitación integral, procesos de readaptación y reubicación laboral” (p. 9), así mismo en el Art. 11 numeral 2a deben “desarrollar programas regulares de prevención y control de riesgos laborales y de rehabilitación integral en las empresas afiliadas” (p. 8). Por su parte en el Art. 26. Numeral g, las empresas deben “facilitar los espacios y tiempos para la capacitación de los trabajadores a su cargo en materia de salud ocupacional y deben adelantar los programas de promoción y prevención a cargo de las Administradoras de Riesgos Laborales” (p.17).

Por otra parte, tanto la organización como la administración del Sistema General de Riesgos según el (Decreto N° 1295,1994) deben atribuir prestaciones asistenciales y servicios de salud a los cuales tienen por derecho los afiliados al sistema, además de incluir la rehabilitación integral y las obligaciones de los empleadores y trabajadores en este aspecto fundamental de la práctica laboral

Así mismo, se establece que toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiera sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social.

Para estos efectos el Gobierno nacional a través de los Ministerios de Trabajo, Salud y Educación Nacional, deben establecer los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con los programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que en general cuenten con los instrumentos que le permitan auto realizarse, cambiar la calidad de sus vidas, así como a intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad (Artículo 18 Ley N° 361, 1997, p. 9).

En el Sistema General de Riesgos Profesionales, (Ley N° 776, 2002) dispone sobre la Reincorporación al trabajo en su Artículo 4°, que “al terminar el periodo de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, de la misma categoría” (p. 3). Por lo tanto, El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en (Decreto N° 2177, 1989) Artículo 16°, contempla que “Todos los patronos públicos o privados están obligados a reincorporar a los trabajadores inválidos, en los cargos que desempeñaban antes de producirse la invalidez si recuperan su capacidad de trabajo” (p. 3). Respecto a la reubicación laboral, se definió en la (Ley N° 776, 2002) de quien es Artículo 8° que “Los empleadores están obligados a ubicar al trabajador incapacitado parcialmente en el cargo que desempeñaba o proporcionarle un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesario” (p. 4).

Finalmente, se debe tener en cuenta como cita la (Ley N° 82, 1988) de quien es la “Readaptación profesional y el empleo de personas invalidas”(p.1), definiendo así la correcta ubicación del trabajador en una ocupación adaptada a su constitución fisiológica y psicológica

Marco de experiencias

Este esfuerzo investigativo sobre los procesos de reintegro y /o reubicación laboral luego de un accidente de trabajo o enfermedad laboral, puede ser ilustrado al observar algunas experiencias de aplicación tanto en el ámbito internacional como en el ámbito nacional.

Experiencias internacionales.

La Organización Internacional del Trabajo convoca a gobiernos, empleadores y trabajadores para que se emprendan acciones conjuntas destinadas a promover el trabajo decente en el mundo. Esta entidad, cuenta con un programa para las personas en situación de discapacidad; promoviendo su integración y plena participación en el mercado laboral. Este enfoque integrador está basado en los principios de igualdad de oportunidades, igualdad de trato y no discriminación, los cuales han sido proclamados en el Convenio 159 de la OIT (1983), “sobre la readaptación profesional y el empleo”.

A partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), esta herramienta describe la salud, sus componentes y sus estados relacionados. Los dominios de la CIF son dominios de y relacionados con la salud, los cuales están descritos desde una perspectiva corporal, individual y social a través de dos listados básicos: Funciones y Estructuras Corporales y Actividades-Participación lo cual proporciona un perfil útil del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud del individuo (OMS, 1981).

Respecto a estudios e investigaciones realizadas en diferentes países sobre la rehabilitación, reintegro y/o reubicación laboral, se darán a conocer lo más relevantes para esta revisión.

En un estudio llevado a cabo en Ontario, se determinó que existen grandes dificultades en el reintegro laboral, se tuvo en cuenta el dolor lumbar relacionado con el trabajo y la discapacidad a la que conlleva. Investigaciones recientes sugieren que las intervenciones que se centran en el lugar de trabajo e incorporan los principios de la ergonomía participativa y la coordinación del regreso al trabajo pueden mejorar la patología y reducir la discapacidad después de una lesión en la espalda relacionada con el trabajo. Las intervenciones o programas en el lugar de trabajo son difíciles de diseñar e implementar dados los diversos individuos y entornos involucrados, cada uno con sus

propias circunstancias únicas. El mapeo de intervención proporciona un marco para diseñar e implementar intervenciones o programas complejos, aun así resulta costoso por lo que no es tan probable que se implemente en los diferentes escenarios en donde es posible que sea eficaz su adaptación (Amendolia et al., 2009).

Por otra parte, en China, las recientes reformas al sistema de rehabilitación de lesiones laborales demuestran que las autoridades gubernamentales están tomando medidas iniciales para reducir la carga de la discapacidad laboral. Según las investigaciones, los largos períodos de discapacidad e incapacidad para trabajar han tenido efectos psicológicos, médicos, sociales y económicos devastadores en los trabajadores de todo el mundo. Muchos estudios epidemiológicos y de revisión que provienen de múltiples perspectivas, han demostrado que la discapacidad laboral suele ser, el resultado de interacciones complejas que involucran a varias partes como aseguradoras, abogados, empleadores y proveedores de atención médica, que pueden interactuar positiva o negativamente con el trabajador durante el proceso de discapacidad. Por otra parte, el comité asesor de expertos propuso dos nuevas normas nacionales sobre rehabilitación médica, ocupacional y social que fueron aprobadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en 2008, la primera se enfoca en el diagnóstico y tratamiento para la rehabilitación de lesiones laborales, y la segunda, se delimita los elementos de servicio para rehabilitación de lesiones laborales, en donde se incluye programas de evaluación funcional, tratamiento, asesoramiento y capacitación, procesos que son necesarios para la rehabilitación (Costa-Black, Cheng, Li y Loisel, 2011).

Para superar los desafíos que no se pueden resolver únicamente con la parte clínica, recientemente se ha dedicado una gran cantidad de investigación a probar y diseñar una combinación de intervenciones clínicas y ocupacionales que muestren resultados positivos para prevención y rehabilitación, como el modelo Sherbrooke, el cual fue desarrollado en Quebec (Canadá), con el fin de prevenir la discapacidad relacionada con el dolor de espalda. Aunque esta y otras intervenciones basadas en evidencia parecen prometedoras, la implementación de soluciones prácticas a nivel de salud pública sigue siendo un gran desafío en muchas partes del mundo. Como ha sido propuesto por el modelo de Sherbrooke, la evidencia asevera que es importante desarrollar el plan de rehabilitación en el lugar de trabajo en lugar de en un entorno clínico, utilizar equipos

interdisciplinarios y un enfoque de organización para reintegrar a los trabajadores al lugar de trabajo lo antes posible y cambiar el plan de rehabilitación de un enfoque de enfermedad a un modelo ecológico en donde se involucre el sistema de personal, el lugar de trabajo, el sistema de compensación, seguro y el sistema de cuidados de salud (Costa-Black et al., 2011).

Por otra parte, en el estudio, “Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas”, Vicente (2016) determinó que dentro del sector salud están inmersas las prestaciones del sistema público y de seguridad, por lo tanto se le debería prestar mayor atención a las incapacidades médicas largas pues si se tuviera consciencia del impacto negativo de la pérdida de salud en la población trabajadora y su repercusión para todos los involucrados, se utilizarían mejor los recursos para la atención, promoción y prevención en torno a la incapacidad temporal y permanente.

A través de la investigación “Programas de vuelta al trabajo para bajas prolongadas por motivos de salud: barreras y facilitadores de su eficacia” realizada en España por Pere-Boix, Cobos, Gadea y Solé (2019) los autores concluyen que la intervención temprana indudablemente produce mejores resultados que las intervenciones tardías, por lo tanto hacer uso del programa de apoyo para la vuelta al trabajo inmediatamente sucede un accidente de trabajo o se detecta una enfermedad laboral tiene mayores probabilidades de éxito. Según esta investigación, cuando el trabajador dura incapacitado más de seis meses, las probabilidades de reincorporarse con éxito se reducen drásticamente. Así mismo, según la evidencia los programas no deben estar enfocados únicamente en la rehabilitación médica sino en un programa integral que incluya elementos sociales y laborales los cuales hacen que la rehabilitación en un paciente tenga mayores probabilidades de éxito. De igual manera, se destaca que cuando se produce una reincorporación laboral tras una incapacidad de larga duración, en algunos casos, la adaptación laboral conlleva a la estigmatización social como sucede en el caso de enfermedades mentales

Mediante el estudio “Incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la Comunidad Autónoma” en Madrid elaborado por Benavides, et al. (2007) se determinó que el 50% de los trabajadores incapacitados han

vuelto al trabajo antes de los 9 días, mientras que un 25% de los trabajadores requiere más de 26 días de incapacidad. Se observaron diferencias entre hombres y mujeres, por grupos de edad y según las actividades económicas estudiadas. De esta manera, a través de este estudio se concluyó que la reincorporación al trabajo después de una incapacidad temporal es un proceso complejo que está influido por variables sociodemográficas como la edad y el sexo y variables laborales como la actividad que desempeña el individuo.

En un estudio sobre factores “Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia” realizado por González-Barcalaa et al. (2006) se determinó que la probabilidad de reincorporación al trabajo se reduce con el incremento de la edad, con los regímenes autónomos, en trabajadores independientes y en los pacientes diagnosticados con enfermedades de salud mental. Así mismo otros factores que también influyen son el estado civil, el número de hijos, la antigüedad en el empleo y el nivel socioeconómico. Finalmente este estudio, demuestra a través de estadísticas basadas en una investigación amplia, que las mujeres tienen más probabilidades de reincorporarse al trabajo con éxito que los hombres y que la vuelta al trabajo depende de si la incapacidad termina por vencimiento de tiempo, caso en el cual es más improbable que suceda o si finaliza por mejoría del paciente, en cuyo caso existe mayor probabilidad de éxito en la reincorporación laboral

Los factores más importantes en la determinación de la duración de la incapacidad temporal en la población de Alcalá fueron la edad, el diagnóstico de la enfermedad y el régimen de seguridad social. Los resultados muestran que la probabilidad de volver al trabajo fue el doble en el personal de salud comparado con el del régimen general. Así mismo, influye en este proceso el nivel de estudios y el estado civil dado que la probabilidad de volver al trabajo fue superior en los trabajadores que tenían un mayor nivel de estudios. Lo anterior se puede deber a que existe una mayor formación para recuperarse de la enfermedad entre los trabajadores de elevado nivel socioeconómico y de estudios; así como unos menores requerimientos físicos del trabajo, además de una mayor inversión en el tratamiento lo que se asocia directamente con el aumento en las probabilidades de volver al trabajo. Según esta investigación suelen ser más importantes los factores socioeconómicos y laborales a la hora de determinar la duración de una incapacidad laboral que la enfermedad que la origina (Royo-Bordonada, 1999).

Frente a países latinoamericanos, en México, de acuerdo con los datos proporcionados por la División de Información en Salud, se infiere que es difícil lograr reintegrar a la vida social y laboral a los trabajadores después de sufrir un accidente o una enfermedad que los haya afectado por secuelas permanentes. Según las estadísticas, los grupos de edad más afectados oscilan entre los 30 y 59 años de edad, población que es laboralmente activa y que por medio de prestaciones económicas, se cubren en cierta medida sus necesidades, no obstante no se asegura una futura reincorporación laboral. Entre las secuelas más frecuentes por accidente de trabajo son la amputación traumática o fractura de mano y muñeca así como fracturas de pierna y fémur. Respecto a las enfermedades laborales, las patologías por las cuales se suele otorgar invalidez con más frecuencia suelen ser las crónico-degenerativas, oncológicas y cardíacas (López, Hernández y Pérez, 2014).

Respecto a los trabajadores que lograron reincorporarse, las cifras determinaron que la media de los trabajadores son bachilleres, por lo que en el proceso de intervención tomaron talleres de esfuerzo físico y no de trabajo mental, dadas sus características escolares y culturales. En cuanto a los aspectos sociodemográficos más frecuentes en las personas reincorporadas, se encontró mayor prevalencia del sexo masculino, edades entre rango los 30 a 49 años y escolaridad básica primaria y secundaria. Se logró establecer que quienes se reintegraron a un puesto específico en su lugar de trabajo, solían desempeñarse en actividades con dificultad entre ligera y mediana. El total de los incapacitados que se reincorporaron al contexto laboral fue 20% de los 48 que formaron el grupo de estudio (López et al., 2014).

Por otra parte, el estudio de Fernández (2009) realizado en Chile concluyó que luego de una incapacidad médica por accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral, el 89% de la población ha vuelto a trabajar, hallándose el 66,7% satisfecho con su proceso de reintegro laboral. En el 72.4% de quienes se reintegran, la organización refiere que su desempeño se ha mantenido o mejorado. Finalmente, el 92% de trabajadores con los que se llevó a cabo el estudio, afirman que el resultado ha sido exitoso. Por lo tanto se tienen en cuenta las técnicas del modelo de intervención implementado y utilizado.

La Guía de Orientación para el Reintegro Laboral de trabajadores/as con diagnóstico de patología mental calificado de origen laboral, se realizó en Chile basándose en

evidencia internacional y con el apoyo de la OIT, mediante una investigación en donde se determinaron las dimensiones y variables de la efectividad del tratamiento y en el reintegro al trabajo a partir de la consulta a un panel de expertos en esta materia. A partir de esta guía se concluye que el reintegro al trabajo en personas que han padecido enfermedades mentales de origen laboral es un proceso complejo que requiere de una adecuada intervención el momento de la rehabilitación funcional e integral. El proceso de reintegro incluye, restituir, reconstituir, recobrar y volver a ejercer una actividad, por lo tanto indica incorporar de nuevo a una colectividad o situación social o económica. En este proceso interviene el trabajador, su entorno familiar, la organización y la administradora de riesgos laborales, se destaca la importancia de una efectiva comunicación entre el equipo rehabilitador y la organización en aras de que el tratamiento cumpla con los objetivos y se llegue al reintegro en el menor tiempo posible. Se destaca el papel de la familia como sistema protector y facilitador para el proceso de reintegro (Fernández, 2009).

La legislación en Brasil no establece la reincorporación de los trabajadores al contexto laboral luego de sufrir un accidente de trabajo o una enfermedad de origen laboral, de esta manera las entidades que se encargan de llevar a cabo los procesos de intervención son las únicas que establecen que personas inmersas en los planes de rehabilitación pueden retornar al trabajo, y las que no quedan desamparadas y sin la posibilidad de conseguir un empleo digno y acorde a sus necesidades. Así pues, son los trabajadores quienes deben cumplir con ciertas características para obtener una revinculación laboral (Bernal, 2011)

Experiencias nacionales.

En Colombia, el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), en donde se encuentran tanto entidades públicas como privadas, tiene por objetivo principal, la atención y protección de los trabajadores respecto a aquellas condiciones o situaciones que ponen en riesgo su salud física o psicológica como pueden ser los accidentes de trabajo o las enfermedades laborales que ocurren como consecuencia de las funciones que estos desarrollan. Este sistema, está conformado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, el Consejo Nacional de Riesgos Laborales, la

Superintendencia Nacional de Salud, la Superintendencia Financiera de Colombia y las Administradoras de Riesgos Laborales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Por su parte, las Administradoras de Riesgos Laborales tienen como propósito garantizar la asistencia y la rehabilitación integral de la población que sufre accidentes de trabajo o enfermedades de origen laboral. Esta Rehabilitación debe tener como objetivo final la reincorporación laboral en el menor tiempo posible pero de forma satisfactoria y para que esto sea posible es necesario el trabajo en conjunto tanto de la ARL como de la IPS, esta última debe garantizar que el paciente tenga la intervención de un equipo multidisciplinario para asegurar el éxito del proceso.

Un intento de llevar a cabo un modelo de intervención integral, se realizó en la ciudad de Pereira, Risaralda, mediante la creación de un Programa de seguimiento y Reintegro Laboral, para el estado de salud de los trabajadores con enfermedades de origen común o laboral con el objetivo de desarrollar un plan de acción para mantener en óptimas condiciones a los servidores en su reintegro laboral teniendo en cuenta las normas vigentes. Este modelo tiene un enfoque multidisciplinario con profesionales en las áreas de psicología, medicina laboral, fisioterapeuta, abogado y profesional en seguridad y salud en el trabajo; en donde se analizan el ausentismo y en los casos requeridos se lleva a cabo el proceso completo de reintegro laboral. Los lineamientos de este programa de intervención se basan en el Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores del Ministerio de Protección Social. Su objetivo ha sido identificar los casos pertinentes de trabajadores que deben ingresar al programa para mitigar las consecuencias biopsicosociales, seguir la norma establecida y reintegrar al trabajador a un puesto de trabajo productivo que contribuye a una buena calidad de vida personal, familiar y laboral. El alcance del programa se encuentra delimitado para los trabajadores de la ciudad de Pereira que se encuentran afiliados a la ARL por cuenta del Municipio según el (Decreto N° 1072, 2015) lo cual hace referencia a personal de planta central, de educación, trabajadores oficiales, contratistas y estudiantes. Según este modelo que se ha venido practicando, sus cifras muestran que 97 % de los casos los trabajadores pueden reintegrarse a sus puestos de trabajo, en el 2 % se ha tenido que hacer un ajuste respecto a las actividades que realizan incluyendo un reintegro con recomendaciones y en menos del 1% se ha tenido que llevar a cabo

reubicación laboral. Cuando se culmina el plan de rehabilitación se brindan ciertas opciones de reincorporación laboral, entre las cuales se encuentran, el reintegro laboral sin modificaciones, el trabajador ha recuperado su capacidad laboral, reintegro laboral con modificaciones: el trabajador para desempeñar el mismo cargo requiere de modificaciones, reubicación laboral temporal: el trabajador no cuenta con incapacidad médica y aún está en tratamiento o requiere tiempo para su recuperación funcional, este debe ser reubicado de manera temporal en un puesto de menor complejidad o exigencia, mientras se restablece la capacidad individual y las condiciones de trabajo no representen riesgo para el trabajador, reubicación laboral definitiva: en aquellos casos en los que la capacidad residual del trabajador no corresponde a las exigencias del trabajo que venía desempeñando, debe considerarse la opción de reubicar el servidor en otro puesto de trabajo, previa identificación y evaluación respectiva (Alcaldía de Pereira, 2015).

Otro caso interesante, es el de Envigado, Antioquía, en el cual la Alcaldía, elaboró el “Manual sobre Procedimientos Reincorporación Ocupacional temprana de los Trabajadores”, con el objetivo de desarrollar procedimientos para los trabajadores vinculados a la compañía que presenten discapacidad permanente o parcial, como consecuencia directa de un accidente de trabajo o enfermedad laboral. Se realiza un abordaje integral al trabajador, siguiendo los lineamientos del grupo que viene manejando su patología independiente del origen de la misma. La rehabilitación, por tanto, debe abordar a esa persona en situación de discapacidad en forma integral teniendo en cuenta sus necesidades; así mismo, debe medir sus resultados de acuerdo con el grado de integración de la persona con discapacidad a la vida laboral, mediante el ejercicio de los roles que le son propios y que además desea y puede desempeñar. Ante una contingencia de accidente de trabajo o enfermedad laboral, esta actuación implica no solo la evaluación, diagnóstico y atención oportuna y eficiente sobre el daño, sino también la aproximación temprana al pronóstico ocupacional, con el propósito de establecer intervenciones adecuadas que conduzcan al reintegro laboral y apoyen el proceso de rehabilitación profesional.

En cuanto a la reincorporación laboral, Guerrero y Mina (2016), realizaron un estudio enfocado en describir el proceso de reincorporación laboral en trabajadores con base al manual de rehabilitación de procedimientos de un Ingenio del Valle del Cauca. El 100%

de los trabajadores eran hombres encargados del corte de caña con una antigüedad en el cargo de más de 16 años, En cuanto a la variable de reincorporación laboral, el 46 % de la población presentó accidente laboral con más de 100 días de incapacidad, predominando el reintegro laboral con modificaciones y reubicación en un 90%. Respecto al seguimiento requerido luego del proceso de reintegro laboral, solo se le realizó al 38% de la población y en mayor proporción en los trabajadores que presenta accidentes laborales, igualmente la evaluación medico ocupacional post incapacidad solo fue realizada al 33%, estas cifras dan cuenta que no a todos los casos de reincorporación se les realizan dichas actividades, siendo esto un factor importante ya que forma parte del seguimiento. Aunque en varios estudios de investigación abordan el tema de reincorporación laboral, no se encontraron sobre la medición de la efectividad del proceso de reincorporación laboral en sectores de ingenios azucareros. Adicionalmente el presente estudio arroja que el 39.3% presentó nueva incapacidad luego de su reintegro laboral, de los cuales el 28,4% fue a causa de la misma enfermedad o accidente, este resultado evidencia posibles fallas en el proceso de rehabilitación funcional o en el reintegro laboral.

También es importante que al momento del reintegro laboral de los trabajadores se realice un proceso de reinducción, capacitación y sensibilización al cargo o al nuevo cargo que desempeñará. Así como la importancia de realizar nuevas investigaciones sobre el impacto que tiene para la empresa el tipo de reincorporación laboral y el porcentaje de ausentismo a causa de los días de incapacidad generados o la implementación de un proceso de gestión para la reincorporación laboral.

Fernández (2015) realizó un estudio sobre reincorporación laboral según la extremidad afectada en trabajadores con fracturas por accidente laboral y concluye que el personal con estudios de posgrado suele reincorporarse al trabajo más rápido, la modalidad de reintegro más utilizada es la de reintegro laboral con modificaciones. Respecto al tiempo para volver al trabajo, esta variable se relaciona directamente con el tipo de reintegro que deba realizarse pues cuando se requiere modificación se requiere de mayor tiempo dado que estos cambios se hacen necesarios cuando hay algún tipo de discapacidad en el trabajador que lo obligue a tener tiempos de recuperación física más prolongados. Por otro lado, realizar modificaciones en un puesto de trabajo requiere de

un proceso en la estructura organizacional y en muchos casos no hay una respuesta efectiva en el área de seguridad y salud en el trabajo lo cual genera un alto impacto en la salud y dificulta la reincorporación temprana. Por último, existe una gran variabilidad en los resultados de retorno al trabajo posterior a una fractura, los cuales están influenciados por aspectos que van más allá de la misma limitación física, como la naturaleza de la lesión, el tipo de tratamiento médico recibido además de los factores ambientales y personales de cada trabajador.

Referente a la satisfacción en población reintegrada laboralmente, según la investigación cualitativa realizada por Bernal (2011), se conoció la satisfacción laboral a través de la información recolectada de trece personas reubicadas laboralmente por un periodo igual o mayor a dos meses. Se identificaron siete categorías a partir de la percepción de los propios trabajadores relacionándose frecuentemente con su discapacidad y proceso de reubicación. Se determinó, que la mayoría de los trabajadores se encontraban conformes con las características de su trabajo y que por lo general, habían desempeñado actividades manuales o técnicas y fueron reubicados ejecutando labores del mismo rango. Sin embargo, el individuo que tenía un cargo administrativo, fue reubicado en un cargo de menor calificación, ya que esa labor podía ser realizada por una persona con menor formación académica. Dado lo anterior, según esta investigación, los trabajadores de perfiles más altos con cargos profesionales, suelen tener mayores dificultades en el reintegro con reubicación laboral pues la organización prefiere darles un cargo de menor exigencia tanto intelectual como física, lo cual afecta su desarrollo personal y limita su crecimiento profesional.

En cuanto al ausentismo en estos trabajadores, a través del estudio realizado por Arias, Carvajal y Cruz (2012) se concluyó que el ausentismo laboral en esta población se suele asociar a factores como la edad, antigüedad en el puesto de trabajo y características sociodemográficas. Luego del proceso de reintegro laboral, la causa más común de ausentismo fue incapacidad por enfermedad general, seguida de ausentismo por accidente y enfermedad laboral. Los autores refieren que los trabajadores han sido reincorporados, se ausentan por causas médicas y en cifras, lo hacen más que los trabajadores que no han sido reincorporados, lo cual podría asociarse a la falta de seguimiento. Por lo tanto, basado en las conclusiones se determina que es necesario que

se fortalezca el acompañamiento a los trabajadores con algún porcentaje de disminución de capacidad laboral con el fin de propiciar éxito en su reintegro.

Referente a la reconversión laboral, según la investigación sobre estas experiencias llevada a cabo por Ceballos, Yepes y Jiménez (2019), la reconversión de mano de obra presenta inconsistencias respecto a la normatividad y la puesta real en marcha del proceso, lo que hace que los trabajadores que viven la situación tengan experiencias negativas frente a sus expectativas haciendo difícil el proceso de reintegro en el cual falla la implementación, control y vigilancia ejercida. A partir de las entrevistas, se determinó que hay un gran desconocimiento en la reconversión laboral en cuanto a los derechos y deberes del Sistema General de Riesgos Profesionales, generando con ello desinformación en el trabajador respecto a su situación. Así mismo, el estudio informó sobre la frustración de los trabajadores quienes se sienten excluidos en una sociedad que limita el reintegro de las personas con discapacidad y no les permite ser productivos a pesar de su condición. Basado en esto, los trabajadores que han sufrido accidentes de trabajo o enfermedad laboral, se encuentran en una marcada condición de vulnerabilidad. Por lo tanto, se evidencia una dificultad entre la articulación existente entre las organizaciones, el sistema de salud y la administradora de riesgos profesionales, lo cual retrasa y disminuye las probabilidades de un proceso de reintegro laboral exitoso.

A pesar de los altos costos asociados con los problemas de salud mental en el lugar de trabajo hay escasos estudios sobre programas de rehabilitación para el regreso al trabajo de personas con patologías asociadas a factores neuropsicológicos. La mayoría de los programas de rehabilitación para el regreso al trabajo y reinserción laboral mejor documentados se refieren a trabajadores con trastornos físicos.

Como consecuencia directa de los accidentes de trabajo, el daño cerebral adquirido es una patología que con frecuencia perjudica a la población laboralmente activa y que resulta siendo una de las principales causas de discapacidad permanente. A continuación se expondrán las principales alteraciones derivadas de traumatismo craneoencefálico y su influencia en el proceso de rehabilitación y reincorporación laboral.

Daño cerebral adquirido por accidente de trabajo.

Los accidentes de trabajo en donde se presenta un trauma craneoencefálico suelen ser muy comunes, afectándose el encéfalo por el golpe recibido y con ello teniendo como consecuencias la alteración de capacidades cognoscitivas y del funcionamiento físico, tratándose de una de las principales causas de discapacidad en personas menores de 60 años.

Las secuelas del daño cerebral dependen directamente del lugar de la lesión y la severidad, además del tiempo de recuperación. Una lesión cerebral traumática genera daños tanto anatómicos como funcionales en el cerebro, afectando con ello directamente los procesos cognoscitivos, afectivos y comportamentales, estas alteraciones de orden neuropsicológico suelen limitar el desempeño del individuo en todas las esferas de su vida. Aun así, las alteraciones que se presentan en los traumatismos craneoencefálicos son muy variadas y dependen fuertemente de factores asociados a la lesión como la localización, gravedad, tipo de daño cerebral y la extensión de las zonas afectadas (Ginarte y Aguilar, 2002). Este tipo de secuelas dificultan en gran medida los procesos de readaptación social y laboral.

Con la investigación realizada sobre el proceso de rehabilitación en daño cerebral adquirido por accidente de trabajo en el año 2000, se determinó que las condiciones sociales y culturales afectan la recuperación del trabajador pues en la medida que tengan menores recursos económicos así mismo tendrán menos oportunidades para lograr una mejor calidad de vida. En cuanto al reintegro, el proceso fue logrado por la mitad de los pacientes de la muestra quienes padecieron un traumatismo craneoencefálico leve y moderado, es decir que quienes sufrieron mayores daños no pudieron reintegrarse por su nivel de discapacidad. De esta manera quedó en evidencia como es lógico, que un menor nivel de daño se asocia a un mejor desempeño en su vida personal y en su desarrollo profesional. Los autores determinaron que es fundamental realizar un seguimiento médico y psicosocial en estos pacientes y en su grupo familiar, dadas las dificultades de integración que pueden manifestarse con posterioridad al accidente, así como ejecutar el debido plan de rehabilitación en todas las etapas finalizando con los debidos controles, evaluaciones y seguimiento. Se destaca, que una alta proporción de pacientes con secuelas leves y moderadas derivadas del accidente de trabajo pudieron retornar al trabajo y mantener el mismo nivel de responsabilidad previo, sólo un tercio de los pacientes de este

estudio, con secuelas severas, estaba trabajando al momento del seguimiento. Es importante resaltar que el ajuste social suele ser mejor en pacientes que están trabajando. Según las recomendaciones de este estudio, se determina la importancia de realizar un debido control y seguimiento a largo plazo para permitir un manejo idóneo del impacto psicosocial del daño cerebral adquirido (Rebolledo, Horta, Carbonell y Truco, 2000).

Mediante el proceso de evaluación neuropsicológica, se determinan las alteraciones y procesos preservados del paciente con el fin de elaborar el plan de rehabilitación teniendo en cuenta una jerarquía de tareas con distintos grados de complejidad, el cual permita el mayor grado de autonomía, la reinserción socio-laboral y un aumento en la calidad de vida del paciente (Ginarte y Aguilar, 2002). En este proceso se hace fundamental la participación de la familia como red de apoyo que influye en la recuperación del paciente, así mismo se deben realizar las respectivas adecuaciones en su entorno cotidiano que le permitan evolucionar y adaptarse. Todo lo anterior posibilita la reorganización de redes neurales permitiendo la recuperación funcional del cerebro después de una lesión (Juárez y Machinskaya, 2013). Por lo tanto, la rehabilitación neuropsicológica permite que se estimulen los procesos cognoscitivos afectados mediante las técnicas de habilitación y rehabilitación, de esta manera, se repercute positivamente en la independencia y funcionalidad del paciente (Machuca, Madrazo, Rodríguez y Domínguez, 2002).

No obstante diferentes factores influyen en la posibilidad de adaptación del paciente a su entorno personal, social y laboral como la edad, según diferentes investigaciones se determinó que a menor edad en el momento de producirse la lesión, menor nivel de alteración residual y mayor capacidad de recuperación y a mayor edad, existe más probabilidad de desarrollar un déficit cognitivo y tener secuelas psiquiátricas. Con respecto al nivel educativo, la educación del individuo incluye en la aparición de alteraciones neuropsicológicas. De esta manera, entre haya un mayor desarrollo educativo e intelectual junto a los recursos cognitivos previos, existen mayores probabilidades de utilizar mecanismos para sustituir y compensar los déficits que aparezcan secundarios al traumatismo. En cuanto a la personalidad, ésta variable influye de cierta manera en las consecuencias de las lesiones cerebrales pues luego de un daño cerebral de intensidad leve o moderada, existe la posibilidad de que se exacerben los rasgos de personalidad,

mientras que en los de mayor gravedad suelen preservarse muy pocos rasgos y aparece el llamado cambio de personalidad postraumático (Ginarte y Aguilar, 2002).

Planteamiento del problema

El ambiente laboral, presenta diferentes factores de riesgo que sin control pueden dar lugar a accidentes de trabajo y/o enfermedades de origen laboral, lo cual puede desencadenar discapacidad física o mental. El reintegro laboral es el paso final que se presenta en el proceso de enmendar la disminución de una capacidad física o mental como consecuencia de la inadecuada práctica laboral. El éxito de este proceso se encuentra en la rehabilitación, como medio que le permite al individuo satisfacer sus necesidades y potencializar sus habilidades.

En Colombia, dentro del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), las entidades responsables de la prestación de los servicios asistenciales y de rehabilitación de los trabajadores que sufran accidente de trabajo o enfermedad laboral, son las Administradoras de Riesgos laborales.

Según el Ministerio de la Protección Social (2004a) los recursos utilizados en el desarrollo del plan de rehabilitación, específicamente en los procesos de atención terapéutica integral no son óptimos, pues no han demostrado resultados eficaces y satisfactorios en la posterior reintegración socio laboral del trabajador la rehabilitación integral, como proceso debe minimizar el decir, la limitación en la actividad y la restricción en la participación y ello se debe representar en benecitos personales, sociales y económicos para el trabajador y la organización a la cual pertenece.

Dado lo anterior, es importante establecer si existen cifras del proceso de reintegro y/o reubicación laboral en Colombia y si es exitoso dado el plan que propone el Manual Guía de Reincorporación Laboral.

Capítulo tercero

Método

Diseño

El diseño utilizado fue de enfoque cuantitativo a través del método de revisión documental o de literatura.

El enfoque cuantitativo como bien lo dice Hernández, Fernández y Baptista (2014) es el que “Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (p. 4). Y respecto a la revisión documental comentan Hernández et al (2014) que “consiste en detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación. (p. 61)

Se tuvieron en cuenta artículos que cumplieran con los criterios establecidos, los principales términos de búsqueda fueron: “reintegro laboral”, “reubicación laboral”, “rehabilitación integral”, “rehabilitación funcional”, “enfermedad laboral”, “accidente de trabajo” y “seguridad y salud en el trabajo.

El criterio temporal de búsqueda se delimitó a los artículos publicados en los últimos 15 años (2004 a 2019). Este criterio es el usualmente aceptado por la comunidad científica respecto a la pertinencia y validez de las investigaciones

Instrumentos

Bases de datos.

Cielo, Redalyc, Science of direct

Fuentes secundarias.

Revista científicas donde fueron publicados los artículos objeto de estudio.

Trabajos de grado de Especialización y Maestría referentes al tema de seguridad y salud en el trabajo.

Procedimiento

Fase I. Revisión

A partir de la revisión de las bases de datos, se tuvieron en cuenta los artículos que cumplieran con los criterios establecidos, respecto a los principales términos de búsqueda. Se procedió a leer el *abstract* de cada artículo y determinar su importancia, hacer una revisión de la revista y el año de su publicación.

Fase II. Selección.

El tamizado de las bases de datos seleccionadas se realizó considerando que los artículos abordaran problemáticas en la reincorporación y reubicación laboral, que tuvieran relación con el retorno al trabajo luego de un accidente de trabajo o enfermedad de origen laboral, que fueran de origen teórico o empírico y finalmente que tuvieran diseños de intervención, aplicación y resultados.

Criterios éticos

Con base a la (Ley N° 1090, 2006) expedida por el Congreso de Colombia de la profesión de Psicología, se tienen en cuenta los siguientes aspectos relacionados con el presente trabajo:

Artículo 2: El cual refiere la responsabilidad en la labor del psicólogo que es consecuente con sus actos; competencia, para desarrollar avances científicos relacionado con el área de trabajo; tiene en cuenta los estándares morales y éticos para su actuar dentro de su labor. Así mismo, respeta la integridad y protege el bienestar del grupo de personas con quienes trabaja y ofrece un servicio; resaltando la relación con profesionales de manera interdisciplinaria en pro del bienestar de la comunidad.

Artículo 3: Que explica las actividades del ejercicio profesional del psicólogo, donde se evidencia la fundamentación, diseño y gestión de diferentes maneras de rehabilitación de los

Capítulo cuarto

Resultados

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (2002) en la “Gestión de las discapacidades en el puesto de trabajo”, la readaptación laboral es un proceso único para cada persona en donde deben primar las diferencias individuales dado que las características de las secuelas varían dependiendo de la edad, el contexto social, cultural, el grado de escolarización, las redes de apoyo y el tipo de cargo que se tiene; por lo tanto debe existir un programa específico de adaptación para cada trabajador.

Teniendo en cuenta la investigación realizada por Boada y Moreno (2013) los trabajadores deben recibir un proceso integral el cual les permita vivir la experiencia de adaptación basada en sus capacidades y limitaciones con el fin de desarrollar mecanismos para afrontar los cambios y con ello adquirir conocimientos, competencias y un alto grado de disposición en el proceso de reincorporación al trabajo. No obstante, en el análisis de la población estudiada, se concluyó que el 50% de los casos de reincorporación laboral no fue exitoso, esto, debido a una serie de factores siendo el principal la falta de compromiso del trabajador, por lo cual se determinó que las estrategias planteadas no involucran al trabajador y su familia de una manera efectiva en los procesos de rehabilitación. De esta manera, los programas de rehabilitación como servicio especializado no se encuentran coordinados y se evidencia que predomina un estilo de rehabilitación que no es congruente frente a las necesidades de los individuos que ingresan al programa dadas sus circunstancias personales, sociales, culturales y laborales.

A partir del Manual Guía de reincorporación laboral, la rehabilitación hace parte de un proceso integral que incluye una serie de actividades y pasos para conseguir un tratamiento eficiente que permita el reintegro laboral del trabajador. Sin embargo a partir de las fuentes citadas y la literatura consultada, se evidencian una serie de dificultades,

entre ellas, los parámetros de ingreso de los individuos con enfermedades laborales a los programas de rehabilitación, dado que mientras se hace el debido proceso y la respectiva calificación se pierde tiempo valioso para ejecutar el proceso temprano de rehabilitación, de esta manera no se realiza debidamente el ciclo de gestión integral lo cual obstruye la identificación, diagnóstico, intervención oportuna, seguimiento y reintegro de los trabajadores. Según la investigación realizada por Castro y Pinzón (2018) muchos casos de enfermedades en Colombia no son atendidos en los términos establecidos por la ley porque hay un conflicto de intereses entre las Entidades Promotoras de Salud (incapacidades de 3 a 180 días) y las Administradoras de Riesgos Laborales, a las cuales no les conviene que las enfermedades se dictaminen como laborales pues así evitan asumir el costo de la rehabilitación. El trámite para determinar que la enfermedad es de origen laboral puede demorar meses e incluso años evitándose así una intervención temprana para el proceso de rehabilitación y reincorporación o reubicación laboral según sea el caso. Respecto a esto, se puede relacionar fuertemente con la investigación realizada por quien destaca que el éxito del proceso rehabilitador se encuentra no solo en los factores personales, sociales y culturales los cuales si inciden directamente sino también el ingreso temprano a programas efectivos e integrales que le permitan al trabajador asumir sus falencias, desarrollar nuevas competencias y hacer uso de sus habilidades para continuar sintiéndose útil, para sobrevivir y para seguir siendo parte de la sociedad. De esta manera, como destaca, la intervención temprana indudablemente si produce mejores resultados que las intervenciones tardías, por lo tanto hacer uso del programa de apoyo para la vuelta al trabajo inmediatamente sucede un accidente de trabajo o se detecta una enfermedad laboral tiene mayores probabilidades de éxito.

Así mismo, se evidencian falencias en la articulación de trabajo entre profesionales de distintas áreas, por lo cual es fundamental que se realice mayor capacitación a los profesionales en temas de discapacidad y se valore la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario, donde mediante objetivos claros y reales se puede conseguir un proceso exitoso de reincorporación laboral.

En Colombia varias ciudades han adaptado el Manual Guía y lo ejecutan teniendo en cuenta ciertos parámetros del original, pero esto conlleva a que no se efectúen los procedimientos de una manera estandarizada, convirtiéndose en una fuente de

desinformación sin lograr el alcance real que el Manual tiene planteado. Basado en esto, es importante que se estandarice el proceso de reincorporación laboral y esté más regulado por las Administradoras de Riesgos Laborales y de forma consciente por las organizaciones, las cuales cumplen un papel fundamental en el éxito del proceso de reintegro y/o reubicación laboral.

La reubicación laboral de un trabajador, supone un cambio para la organización pues se debe establecer un cargo que se adapte al perfil del trabajador, a sus condiciones y limitaciones producto del accidente de trabajo o enfermedad laboral. La reubicación responde al cambio sugerido por la Administradora de Riesgos Laborales dadas las necesidades del trabajador. En la investigación realizada por Bernal (2011) se determinó que varios trabajadores que debieron ser reubicados temporal o definitivamente, informaron mantener el mismo puesto de trabajo y con las mismas actividades de siempre, lo que da cuenta que las disposiciones del Manual Guía no se cumplen y que las Administrados de Riesgos Laborales no realizan por un lado, el adecuado proceso de seguimiento que requieren todos los trabajadores reincorporados laboralmente mediante técnicas de evaluación del desempeño ocupacional y cambios en las condiciones laborales y por otro no tienen la información actual del trabajador y en cifras las estadísticas de los procesos que son exitosos con el procedimiento completo que incluye el Manual de reincorporación laboral.

Es importante resaltar que las Administradoras de Riesgos Laborales, cuando hacen el proceso de indemnización de un trabajador por incapacidad permanente parcial, suspenden los procesos de acompañamiento y seguimiento al reintegro, dejando al trabajador y empleador sin el apoyo necesario para garantizar un proceso exitoso. Por su parte los empleadores manifiestan que existe un creciente número de trabajadores que en virtud de un evento laboral, presentan incapacidad laboral prolongada y dificultad para el reintegro (Cuervo, 2016).

En Colombia, el proceso de rehabilitación se lleva a cabo sin tener en cuenta las necesidades propias del individuo, la inclusión de sus redes de apoyo y de su entorno familiar, la adaptación temprana al entorno laboral y otros factores que determinan el éxito del proceso, aun estando el Manual establecido y teniendo claras directrices para ejecutar

el reintegro. Según algunos casos reportados, la intervención se suele realizar de manera aislada convirtiéndola en un proceso desarticulado y pobre.

Dada la revisión que se realizó, se resaltan aspectos fundamentales en el debido proceso de reintegro laboral, la importancia de la intervención temprana la cual supone mayores oportunidades de éxito, la coordinación eficiente entre las entidades promotoras de salud y las administradoras de riesgos laborales para el bien del trabajador y su respectiva organización, el manejo de la rehabilitación como un proceso integral que debe abarcar no solo la parte médica sino también la parte social y laboral para que el paciente se adapte eficazmente y la implementación del Manual donde se siga de forma coordinada y estandarizada incluyendo un proceso de seguimiento que permita evidenciar falencias y oportunidades y que conlleve al inicio de una sistematización de cifras para el conocimiento del reintegro y/ o reubicación laboral en Colombia.

A partir del modelo Sherbrooke, el cual fue desarrollado e implementado primero en un entorno de rehabilitación ocupacional en Quebec (Canadá) para casos de dolor lumbar, y que ha sido ampliamente utilizado por su eficacia, se destaca la importancia de utilizar un enfoque interorganizacional y una combinación de intervenciones de rehabilitación ocupacional y clínica aplicadas para promover la reanudación de la actividad y el reintegro de forma gradual incluyendo mejoras o cambios en el entorno laboral. Los principios propuestos por este modelo ahora son reconocidos por estar basados en evidencia y están siendo utilizados en la rehabilitación ocupacional para reducir la discapacidad laboral y para promover un reintegro temprano. Este modelo prioriza entonces centralizar el plan de rehabilitación en el lugar de trabajo en lugar de en un entorno clínico, utilizar equipos interdisciplinarios y un enfoque interorganizacional para reintegrar a los trabajadores al lugar de trabajo lo antes posible y cambiar el plan de rehabilitación de un enfoque puro de enfermedad / lesión a un modelo ecológico de gestión de casos bien coordinado con atención a las interacciones entre todos los sistemas pertinentes (es decir, el sistema personal, el sistema del lugar de trabajo, el sistema de seguridad y el sistema de salud).

Finalmente es importante que se evidencie que la mayoría de los países industrializados y también los subdesarrollados como Colombia, se enfrentan a una fuerza laboral que envejece, lo que hace que la incidencia de discapacidad debido a enfermedades crónicas entre los trabajadores sea más pronunciada (Vornholt et al., 2018). Por lo tanto

lidar con la discapacidad se convertirá en un problema mayor de lo que es hoy, razón por la que se debe mejorar el proceso de intervención frente a secuelas de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y hacer un proceso de reincorporación que beneficie al individuo y a su entorno familiar, social y laboral.

Capítulo quinto

Discusión

A partir de las cifras reportadas por Fasecolda (2019) en Colombia hasta la fecha se han presentado 470.420 accidentes de trabajo, 6.693 enfermedades laborales, 384 muertes por accidente de trabajo y 4 muertes por enfermedad laboral. Las cifras evidencian que a pesar de que la salud en el trabajo ha desarrollado una gran importancia, de tener tantos entes controladores y estar regidos por organismos internacionales, gobierno y sindicatos, se siguen presentando en cifras, numerosos accidentes mortales y enfermedades que son prevenibles pues son consecuencias directas de las condiciones de trabajo las cuales hacen parte de un constructo social que debe ser modificado siguiendo la normatividad y respondiendo adecuadamente frente a las necesidades laborales.

Bogotá, capital de Colombia, es la ciudad que presenta las tasas más altas de accidentes y muertes laborales. En 2019, se han registrado 142.834 accidentes de trabajo y 2.556 enfermedades laborales. Respecto a las muertes por accidente de trabajo, este año ha habido 114 mientras que en 2018 hubo 104 aumentando la cifra un 9 % y frente a las muertes por enfermedad laboral, en 2018 se registró una y en 2019, se han registrado dos, aumentando la cifra un 100% (Fasecolda, 2019).

Vaupés, es la ciudad en Colombia donde se presentan las tasas más bajas de accidentes de trabajo y muertes laborales. En 2019, se han registrado accidentes de trabajo, enfermedades laborales, muertes por accidente de trabajo y muertes por enfermedad laboral (Fasecolda, 2019).

Respecto a las estadísticas sobre los procesos de reincorporación laboral, no se encuentran disponibles en Fasecolda ni en ningún otro sistema de información. A partir de una solicitud realizada a la Administradora de Riesgos Profesionales Positiva, este ente

manifestó que no manejan los datos de reintegro o reubicación laboral y que únicamente tienen información separada de las organizaciones que están afiliadas con ellos respecto a incapacidades. Bernal (2011), expuso que la Universidad Nacional de Colombia tiene un observatorio de reincorporación ocupacional para llevar las estadísticas de los trabajadores colombianos que son reincorporados, sin embargo existen dificultades para obtener la información cuanto no se tiene sistematizada.

En Colombia, en lo que va corrido de este año se han pagado 8.631 incapacidades permanentes parciales por accidente de trabajo y 4.909 incapacidades permanentes parciales por enfermedad laboral para un total en el país de 13.540 incapacidades, disminuyendo a nivel Colombia respecto al año 2018 un 15 %. Estas cifras son las que harían alusión a la cantidad de trabajadores que deberían hacer parte de los programas de rehabilitación y reintegro laboral (Fasecolda, 2019).

Dado el alto nivel de accidentalidad y enfermedad laboral, todas las organizaciones deben tener un plan de contingencia frente a como se va a responder ante los casos de trabajadores con secuelas de un accidente de trabajo o de una enfermedad laboral. Se debe hacer el respectivo uso del Manual Guía estipulado para el proceso de reincorporación, a través del área y de los profesionales de seguridad y salud en el trabajo se deben implementar las medidas adecuadas para hacer frente a esta problemática dando respuestas acordes a lo que estipula la ley y permitiéndole al trabajador recuperar en la medida de lo posible su bienestar físico, mental y social.

Según varios estudios realizados en Colombia, la mayoría de los trabajadores que deben ser reincorporados laboralmente tienen a cargo a su familia la cual depende de sus ingresos. Se ha identificado que respecto a la cifra de trabajadores que sufren accidentes, tienen niveles de escolaridad bajos lo cual no les permite acceder con facilidad a un trabajo, por lo tanto encontrar otro en el caso que no se logre su reintegro es aún más difícil pues se suma su discapacidad representada en algún grado de pérdida de la capacidad laboral. De esta manera, si no se realiza un adecuado proceso de ingreso, rehabilitación y reintegro laboral, el trabajador va a tener un impacto negativo en su calidad de vida además de que se disminuyen altamente sus probabilidades de tener ingresos que les permitan vivir dignamente.

Según la revisión teórica realizada, se puede decir, que las mayores dificultades que se presentan en Colombia respecto a la reincorporación laboral no estarían basadas en el desarrollo del programa estipulado por el Manual Guía, sino en el desarrollo de cada una de las etapas del proceso, en la desinformación y en la falta de profesionales idóneos que cuenten con la capacitación requerida para entrelazar las necesidades, oportunidades y falencias del trabajador con el objetivo de propiciar un programa que en el tiempo establecido pueda cumplir los propósitos y permita un reintegro laboral productivo con la debida disminución de las secuelas de su lesión.

Se evidencia un inapropiado desarrollo del proceso de rehabilitación integral, en esta etapa se debe tener en cuenta no sólo la recuperación de la salud sino también el desarrollo de nuevas competencias que les permitan a los trabajadores sustituir de alguna manera sus falencias y con ellos tener una mejor perspectiva en cuanto a sus posibilidades de volver al trabajo y asumir sus responsabilidades. Para que este proceso rehabilitador sea exitoso, los servicios de salud prestados deber ser de alta calidad y para ello es importante que los recursos económicos destinados para esto sean acordes a los profesionales, elementos, y materiales que se requieren.

En el manual está establecido el proceso de forma adecuada, el problema radica cuando se lleva a la practica, hay demoras en la calificación de enfermedades laborales, en el acceso de los trabajadores luego de sufrir un accidente de trabajo, la demora de los tramites entre las entidades promotoras de salud y las administradoras de riesgos laborales, dificultad en asumir responsabilidades por los costos asociados al realizar los procesos, dificultad en la articulación y en el manejo multidisciplinario de profesionales , en la proceso rehabilitador que satisfaga las necesidades y que sea ejecutado teniendo en cuenta los tiempos que son necesarios para obtener resultados positivos.

Es imprescindible que las organizaciones se concienticen de la necesidad de mejorar las condiciones laborales y que existan sanciones importantes cuando se evidencie que un accidente de trabajo o enfermedad laboral surgió por negligencia y falta de medidas adecuadas. A pesar de la información existente y de la regulación frente al trabajo, aún se necesita capacitar mas a lar organizaciones sobre seguridad, además de enfatizar que es mas costosa la actuación derivada de accidentes de trabajo y enfermedades laborales que una prevención adecuada y un manejo acertado de salud en el contexto laboral.

En la actualidad, la discapacidad debe ser entendida como un problema social y no de la persona que tiene una deficiencia, por lo tanto la sociedad deben ser más inclusiva eliminando barreras que le impiden a estas personas un desarrollo profesional y una participación activa en sociedad.

A partir del trabajo desarrollado por Jiménez y Camberos (2019), las falencias en el reintegro laboral se deben al lenguaje técnico utilizado en el Manual Guía, por lo cual las autoras desarrollaron una forma, la cual es de fácil entendimiento y de puesta en práctica. Sin embargo a partir de esta investigación, de la literatura sobre la tematica en Colombia y en otros países como China, Mexico y España, además de los autores consultados, la falencia en el proceso se encuentra más que en la guía establecida en la falta de capacitación de las organizaciones respecto a los costes que tiene la falta de compromiso y regulación frente a practicas de seguridad y salud en el trabajo que representa en cifras entre un 3% y 4% de interno bruto, la desarticulación entre organizaciones y administradoras de riesgos laborales para llevar a cabo los debidos procesos en caso de accidentes, la batalla entre entidades prestadoras de salud y administradoras de riesgos laborales por quien asume los gastos en casos de accidentes o enfermedades laborales, la inclusión e intervención tardía a programas de apoyo para la vuelta al trabajo, la falta de capacitación a profesionales de la salud respecto a la importancia de un proceso de rehabilitación articulado e interdisciplinario que permita que los objetivos se cumplan, las falencias de las organizaciones para reintegrar a sus trabajadores y permitirles efectuar actividades que se ajusten a sus capacidades y necesidades ya sea con reintegro o reubicación laboral y finalmente la falta de seguimiento, lo cual indica que el proceso está claramente evidenciado en el manual guía, sin embargo no se cumple, no se respetan sus tiempos, parámetros, lineamientos y por ello cientos de casos de reintegro no resultan siendo exitosos.

Referencias

- Agudelo M.L., Casas. E., Tovar, A. y Villadiero, E. (2017). *Guía para la inclusión de personas con discapacidad en el ámbito laboral*. (Tesis). Especialización Gerencia del Talento Humano Cohorte LII. Universidad Sergio Arboleda. Bogotá D.C., Colombia. Recuperado de <https://repository.usergioarboleda.edu.co/bitstream/handle/11232/1005/Gu%C3%ada%20para%20la%20inclusi%C3%B3n%20de%20personas%20con%20discapacidad%20en%20el%20%C3%A1mbito%20laboral.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Agulló, E. (1997). *Jóvenes, trabajo e identidad*. (pp. 87-96) España: Universidad de Oviedo. Servicio de Publicaciones. Recuperado de https://books.google.de/books?id=Tg2sK6zLu6IC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Alcaldía de Pereira (2015). *Programa de Seguimiento y Reintegro Laboral Integral*. (PSRLI). Pereira: El autor. Recuperado de [http://www.pereira.gov.co/Transparencia/Informes/Programa%20de%20Seguimiento%20y%20Reintegro%20Laboral%20Integral%20\(PSRLI\).pdf](http://www.pereira.gov.co/Transparencia/Informes/Programa%20de%20Seguimiento%20y%20Reintegro%20Laboral%20Integral%20(PSRLI).pdf).
- Ammendolia, D., Cassidy, I., Steensta, S., Soklaridis, E., Boyle, S., Eng, H., Howard, B., Bhupinder, y Côté, P (2009). Designing a workplace return-to-work Program for occupational low back pain: an intervention mapping approach. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10(1), 65. (on line). Recuperado de <https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-10-65>
- Andrade, V. y Gómez, I. (2008). Salud Laboral. Investigaciones realizadas en Colombia. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 9-25. Recuperado de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/701->
- Arboleda, S., Sanmartín, C. Sánchez. C. y Tamayo, A. (2011). *Diseño de una herramienta para facilitar el proceso de reincorporación laboral en empresas pymes dirigida a los trabajadores*. (Trabajo de Grado). Especialización en Gerencia de la Salud Ocupacional. Área de Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad CES. Medellín. Colombia. Recuperado de <https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/1764/2/REINCORPORACI%C3%93N%20LABORAL.pdf>

- Arias, P., Carvajal, R. y Cruz, A. (2012). Ausentismo en Trabajadores con Reintegro Laboral. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 2(4), 14-18. Recuperado de https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/4845
- Bagnato, M. (2007). Calidad de vida y discapacidad. Teoría y práctica. *Ponencia presentada en las Primeras Jornadas Institucionales sobre Discapacidad de la Facultad de Ciencias Sociales*. Universidad de la República de Uruguay. Montevideo.
- Barrios, S. y Paravic, T. (2006). Promoción de la salud y su entorno laboral saludable. *Revista Latinoamericana Enfermagem* 14(1), 136-41. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a19.pdf>
- Benavides, F., Plana, M., Serra, C., Domínguez, R., Despuig, M., Aguirre, S., Soria, M., Sampere, M. y Gimén, G. (2007). Incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la Comunidad Autónoma. *Rev. Esp. Salud Pública*, 81(2), 183-190. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/resp/2007.v81n2/183-190/es/>
- Bernal, M. (2011). *Satisfacción laboral de población reubicada en un empleo posterior a accidente de trabajo o a enfermedad profesional*. (Trabajo de grado). Maestría en seguridad y salud en el trabajo. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. Recuperado de <https://docplayer.es/21618014-Satisfaccion-laboral-de-poblacion-reubicada-en-un-empleo-posterior-a-accidente-de-trabajo-o-a-enfermedad-profesional-marcela-bernal-gaviria.html>
- Blanch, J. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. En J. M. Blanch Ribas, M. J. E. Tomás, C. G. Durán y A. M. Artiles (Eds.), *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos* (pp. 19-147). Barcelona: UOC. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=988634>
- Boada, J. del R. y Moreno, M. (2013). *Las ARP y el Manual Guía sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Una aproximación reflexiva*. Bogotá D.C. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado https://www.researchgate.net/publication/270890711_Las_ARP_y_el_Manual_Guia_sobre_Procedimientos_para_la_Rehabilitacion_y_Reincorporacion_Ocupacional_de_los_Trabajadores_en_el_Sistema_General_de_Riesgos_Profesionales_Una_mirada_Reflexiva.
- Briand, C., Durand, M.J., St-Arnaud, L. y Corbière, M. (2007). Work and mental health: Learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with

- musculoskeletal disorders. *International journal of law and psychiatry*, 30. 444-457. DOI: 10.1016/j.ijlp.2007.06.014
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En R. Briceño- León, M. De Souza y C. Coimbra, (Coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fio- Cruz. Recuperado de <http://books.scielo.org/id/rmmbk/pdf/briceno-9788575415122-02.pdf>
- Cáceres, H., Contreras, L., Garzón, P., Rivera, P. y Rozo, V. (2017). Implementación de estrategias interdisciplinarias para el retorno al trabajo: revisión de literatura. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 17 (1), 23-35. doi:10.5354/0719-5346.2017.46375
- Carreras, J. (2010). *Trabajo, medio ambiente y salud: Retos y oportunidades desde la óptica de la salud laboral*. Recuperado de <http://www.ecologiapolitica.info/?p=4929>.
- Castañeda, Y., Betancourt, J., Salazar, N. y Mora, A. (2017). Bienestar laboral y salud mental en las organizaciones. *Revista Electrónica Psyconex*. 9(14), 1-13. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/328547>.
- Castillo J. (2010) *Documento clínica del trabajo*. Bogotá D.C.: Universidad del Rosario. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Grupo de Investigación Salud, Cognición y Trabajo. Recuperado de <https://www.urosario.edu.co/Escuela-de-Medicina/Investigacion/Grupos-de-investigacion/Categoria-A/Investigacion-en-Salud-Cognicion-y-Trabajo-GiSCY/Presentacion/>
- Castro, A., y Pinzón, C (2018). *Estudio comparativo de la inclusión y rehabilitación laboral existente entre Colombia y la Unión Europea*. (Trabajo de grado). Especialización en Higiene, Seguridad y Salud en el Trabajo. Facultad de Ingeniería. Universidad Distrital Francisco José De Caldas. Bogotá. Colombia. Recuperado de <https://repository.udistrital.edu.co/bitstream/handle/11349/14603/CastroRuizAndr?squence=1>
- Ceballos, C., Yepes, C., y Jiménez, C. (2019). Experiencias en reconversión laboral: trabajadores que asisten a un consultorio de seguridad social en Colombia. *Hacia la Promoc. Salud*, 24(2), 75-90. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.2.7
- Chinchilla, S. (2002). *Salud y Seguridad en el trabajo*. San José de Costa Rica: Editorial Universidad Nacional Estatal a Distancia. EUNED. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?id=Y35TDM74KmUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Consejo Colombiano de Seguridad (2019). *Reducción de accidentes laborales de cara a la protección social de los trabajadores, los retos del 52 Congreso de Seguridad*. Recuperado de <https://ccs.org.co/reduccion-de-accidentes-laborales-y-transformacion-productiva-de-cara-a-la-proteccion-social-de-los-trabajadores-los-retos-del-52-congreso-de-seguridad-salud-y-ambiente-2019/>.

Correa, L. (2009). Panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia. *Vniversitas*, 118, 115-139. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnijuri/article/view/14511>.

Corte Constitucional de Colombia. Sala Séptima de Revisión. *Sentencia T-751/09*. Referencia: expediente T-2324661. Acción de Tutela-Requisitos para obtener reconocimiento y pago de incapacidades laborales derivadas de un accidente de trabajo. Magistrado Ponente: Nilson Pinilla Pinilla. Bogotá, D. C., (22 de octubre de 2009). Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/T-751-09.htm>.

Corte Constitucional de Colombia, Sala Plena. (2018). *Sentencia SU040/18*. Referencia: Expediente T-5.692.280. derecho a la estabilidad laboral reforzada de persona en condición de discapacidad o disminución física-Protección constitucional. Magistrada Ponente: Cristina Pardo Schlesinger. Bogotá D.C. (10 de mayo de 2018). Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU040-18.htm>

Cortés, J. (2007). *Técnicas de prevención de riesgos laborales: Seguridad e Higiene en el Trabajo*. (9ª ed.). España: Ediciones Tébar.

Costa-Black, K., Cheng, A., Li, M., y Loisel, P. (2011). "The practical application of theory and research for preventing work disability: a new paradigm for occupational rehabilitation services in China?", *J. Occup. Rehabil.*, 21 (S1), 15–27. <https://doi.org/10.1007/s10926-011-9296-2>

Cuervo, D. (2016). Prevención y manejo de la discapacidad para trabajar: un análisis al sistema de riesgos laborales Colombiano. *XXXVI Congreso de Ergonomía, Higiene, Medicina y Seguridad Ocupacional. 22ª Semana de la Salud Ocupacional*. (1 al 4 noviembre. Medellín. Colombia. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/309762289_Preencion_y_manejo_de_la_discapacidad_para_trabajar_Un_analisis_del_sistema_de_riesgos_laborales_colombiano

Cuervo, C. y Moreno, D. (2017). Análisis de la siniestralidad en el sistema general de riesgos profesionales reflexiones desde la academia *Vniversitas*, 135, 131-164. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.vj135.assr>.

Decreto 2351 (1965) por el cual se hacen unas reformas al Código Sustantivo del Trabajo. *Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial* 31.754 del 17 de septiembre de 1965. Recuperado de https://www.redjurista.com/Documents/decreto_2351_de_1965_poder_ejecutivo.aspx#/

Decreto 2177 (1989) por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio número 159, suscrito con la Organización Internacional del Trabajo, sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas. *Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial* 38.991 del 21 de septiembre de 1989. Recuperado de https://www.redjurista.com/Documents/decreto_2177_de_1989_ministerio_de_trabajo_y_seguridad_social.aspx#/

Decreto 1295 (1994) por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. *Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial* 41.405 del 24 de junio de 1994. Recuperado de https://www.redjurista.com/Documents/decreto_1295_de_1994_ministerio_de_trabajo_y_seguridad_social.aspx#/

Decreto 1477 (2014) por el cual se expide la Tabla de Enfermedades Laborales. *Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial* 49.234 del 5 de agosto de 2014. Recuperado de https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/36482/decreto_1477_del_5_de_agosto_de_2014.pdf/b526be63-28ee-8a0d-9014-8b5d7b299500

Decreto 1507 (2014) por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. *Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial* 49.247 del 12 de agosto de 2014. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1507-DE-2014.pdf>

Decreto 1072 (2015) por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. *Presidencia de la República de Colombia. Diario Oficial* 49.523 del 26 de mayo de 2015. Recuperado de <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/0/DUR+Sector+Trabajo+Actualizado+a+15+de+abril++de+2016.pdf/a32b1dcf-7a4e-8a37-ac16-c121928719c8>

- Del Águila, L. (2007). *El concepto de discapacidad y su importancia filosófica. Investigación sobre un aspecto fundamental de la condición humana*. Tesis. Licenciado en Filosofía. Sección de Filosofía. Departamento de Humanidades. Facultad de Letras y Ciencias Humanas. Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/443/DEL_AGUILA_UMERES_LUIS_CONCEPTO_DISCAPACIDAD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Federación de Aseguradoras Colombianas. Fasescolda (2019). *Riesgos laborales. Estadísticas del ramo*. Recuperado de <https://fasescolda.com/ramos/riesgos-laborales/estadisticas-del-ramo/>
- Fernández, S. (2009). Evaluación del proceso de reintegro socio-laboral en personas que han sufrido accidentes del trabajo que fueron atendidas en terapia ocupacional del Hospital del Trabajador Santiago. *Ciencia & Trabajo*, 33, 123-129. Recuperado de <http://www.fiso-web.org/content/files/articulos-profesionales/2619.pdf>
- Fernández, E. (2015). *Reincorporación laboral según la extremidad afectada en trabajadores con fracturas por accidente laboral en un programa de rehabilitación integral de la ciudad de Cali*. (Trabajo de grado). Maestría de salud ocupacional. Escuela De Salud Pública. Facultad de Salud. Universidad del Valle. Santiago de Cali. Colombia. Recuperado de <https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmlui/bitstream/handle/10893/10531/BD-0542441.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Garavito, D. (2014). *La inclusión de las Personas con Discapacidad en el mercado laboral colombiano, una acción conjunta*. Trabajo de grado, Maestría en discapacidad e inclusión. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/51854>
- García, A. M., Benavides, F. y Ruiz-Frutos, C. (2000). Salud Laboral. En F. G. Benavides, C. Ruiz-Frutos, C. y A. M. García. *Salud Laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp. 49-50). Barcelona: Masson.
- Gil, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública*, 29(2), 237-242. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a12v29n2.pdf>

- Ginarte, Y. y Aguilar, I. (2002). Consecuencias neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. *Revista Cubana de Medicina*, 41(4), 227-231. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232002000400008&script=sci_abstract
- Gómez, I. (2007). Salud laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. *Univ. Psychol. Bogotá*, 6 (1), 105-113. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v6n1/v6n1a11.pdf>
- Gómez, E. y Castillo D. (2016). Sociología de la discapacidad. *Tlamelaua*, 10(40), 176-194. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-69162016000200176&lng=es&nrm=iso.
- González-Barcalaa, F.J., Cadarso-Suárezb, Valdés-Cuadradoa, L. , Lado-Lemac, M.E. Bugarín-González, R., Vilariño-Pomboey, C. y Hervada-Vidalc., X. (2006). Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Aten Primaria*, 37(8), 431-437. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706703997>
- Guerrero, Y. y Mina, A. (2016). *Descripción del proceso de reincorporación laboral, con base al manual de procedimientos en trabajadores de un ingenio del Valle del Cauca período 2012 a 2015*. (Trabajo de Grado). Especialización en Salud Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Libre. Santiago de Cali. Colombia. Recuperado de https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9665/Guerrero_Mina_2016.pdf?sequence=1.
- Hernández, A. (2005). *Factores o agentes que afectan la salud*. México: Limusa.
- Hernández, M. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2145-77192015000200004&script=sci_abstract&tlng=es
- Hernández, R., Fernández. C y Baptista, P. (2014) *Metodología de la investigación*. (6ª ed.). México: Mc Graw Hill. Recuperado de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>.
- Hernández, H., Monterrosa, F. y Muñoz, D. (2017). Cultura de prevención para la seguridad y salud en el trabajo en el ámbito colombiano. *Advocatus*, 14(28), 35 – 43. <https://doi.org/10.18041/0124-0102/advocatus.28.889>.

- Herrera, B. y Madriñan, L. (2016). *Tendencia de discapacidad física en trabajadores por amputación en miembro superior causada por accidente laboral en la ciudad de Santiago de Cali, en el periodo enero 2012-diciembre 2014*. Proyecto de investigación para optar al título de Magister en Salud Ocupacional. Facultad de ciencias de la salud, Universidad libre. Santiago de Cali. Valle. Colombia. Recuperado de https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9666/Herrera_Madrinan_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Jiménez, E.A. y Camberos, J.A. (2019). Guía “De regreso al trabajo” necesidad empresarial para la adecuada implementación de los procesos de rehabilitación, reincorporación y reubicación laboral dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. *SIGNOS - Investigación en sistemas de gestión*, 11(1), 87-98. <https://doi.org/10.15332/s2145-1389.2019.0001.05>.
- Josa, V. y Molano, A. (2012). *Impacto del programa de rehabilitación profesional “óptimo” en trabajadores afiliados a la administradora de riesgos laborales de seguros de vida alfa s.a., quienes presentaron accidente de trabajo o enfermedad laboral entre los años 2005 – 2011*. (Trabajo de grado). Terapeutas Ocupacionales. Departamento de la Ocupación Humana. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20256>.
- Juárez, C. y Machinskaya, R. (2013). Rehabilitación Neuropsicológica de un caso de lesión fronto-temporal derecha como resultado de un traumatismo craneoencefálico. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 5(1), 28-36. DOI. 10.5579/ml.2013.0113
- Levaggi, V. (2004). *¿Qué es el trabajo decente?*. Ginebra, Suiza: OIT. Dirección Regional Adjunto de la Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe Recuperado de https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_LIM_653_SP/lang--es/index.htm.
- Ley 100 (1993) por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Congreso de Colombia. Diario Oficial 41.148* del 23 de diciembre de 1993. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Ley 361 (1997) por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones. *Congreso de Colombia. Diario Oficial 42.978* del 1 de febrero de 1997. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html

Ley 776 (2002) por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. *Congreso de Colombia. Diario Oficial 45.037* del 17 de diciembre de 2002. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0776_2002.html

Ley 1090 (2006) por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. *Congreso de Colombia. Diario Oficial 46.383* del 6 de septiembre de 2006. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

Ley 1346 (2009) por medio de la cual se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006. *Congreso de Colombia. Diario Oficial 47.427* del 31 de julio de 2009. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1346_2009.html.

Ley 1562 (2012) por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. *Congreso de Colombia. Diario Oficial 48.488* del 11 de julio de 2012. Recuperado de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1562_2012.html.

López, V., Hernández, A. y Pérez, C. (2014). Reincorporación laboral de las personas con discapacidad. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 26(1), 12-17. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51677>

López, M, y Laviana, M. (2017). Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guion para el debate. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 3(131), 257-276. doi: 10.4321/S0211-57352017000100015.

Llaneza, J. (2007). *Factores de riesgo psicosociales. Prevención. Ergonomía y psicología aplicada: Manual para la formación del especialista* España: Lex Nova.

Machuca, F., Madrazo, M., Rodríguez, R. y Domínguez, M. (2002). Rehabilitación Neuropsicológica Multidisciplinaria, Integral y Holística del daño cerebral. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55 (1), 123–137. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=260221>

Matabancho, S. (2012). Salud en el trabajo. *Revista Universidad y Salud*, 1(15), 87-102. Recuperado de <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/1270>

Mendoza, G. (2010). La jurisprudencia de la Corte Constitucional frente a la creación del trabajo formal. Presentado en el 6.º Encuentro de la jurisdicción constitucional. “*Diálogos con la Nación*,” Bogotá. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/viencuentro/conferencia%20gemm.php>.

Ministerio de la Protección Social (2004a). *Lineamientos de política habilitación/rehabilitación Integral para el desarrollo Familiar, Ocupacional y social de las personas con discapacidad*: Bogotá D.C. El autor. Recuperado de https://books.google.com.co/books/about/Lineamientos_de_politica_habilitacion_re.html?id=q5r4jwEACAAJ&redir_esc=y

Ministerio de la Protección Social (2004b) *Informe de Enfermedad Profesional en Colombia Años 2001 – 2002 “Una oportunidad para la prevención*. Bogotá D.C.: El autor. Recuperado de https://issuu.com/monitores3/docs/informe_de_enfermedad_profesional_en_colombia

Ministerio de la Protección Social (2004c). *Preguntas más frecuentes sobre el tema de reubicación laboral*. Recuperado de http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Archivos/PR_EGFRECIENTES-REUBICACION.pdf,

Ministerio de la Protección Social (2012). *Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales*. Bogotá D.C.: Dirección General de Riesgos Profesionales. Recuperado de <https://www.libertycolombia.com.co/sites/default/files/2019-07/Manual%20para%20rehabilitacion%202012.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social (2009). *Manual de procedimiento para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales*. Bogotá D.C. Colombia. El autor. Recuperado de http://www.ridsso.com/documentos/muro/207_1456181250_56cb900214d16.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). *Aseguramiento en riesgos laborales* Bogotá D.C. Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/Aseguramiento%20en%20riesgos%20laborales.pdf>.

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2002). *Servicios de Rehabilitación para personas en edad laboral con discapacidad en Colombia*: Bogotá D.C.

- Momm, W. y Geiecke, O. (2017) Discapacidad, conceptos y definiciones. En *Gestión y Política. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (pp.1-50). Madrid, España: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Subdirección General de Publicaciones. Recuperado de <https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/17.pdf>.
- Montoya, V. y Pérez, Z. (2016). Valoración cuantitativa para la reincorporación ocupacional. *Salud Uninorte*, 32(2), 319-336. DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.32.2.8836>
- Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl.1), 4-19. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57s1/especial.pdf>
- Moreno, A., Rubio, X., y Angarita C. (2011). *Valoración de pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en Colombia. Antecedentes, realidades y perspectivas de actualización* Bogotá D,C,: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/49463>
- Naciones Unidas (2008). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*- Nueva York y Ginebra, ONU. Recuperado de https://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_sp.pdf
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (1983) *C- 159 Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas Adopción: Ginebra, 69ª reunión CIT (20 junio 1983) - Estatus: Instrumento actualizado (Convenios Técnicos).El Convenio puede ser denunciado: 20 junio 2025 - 20 junio 2026*. Recuperado de https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312304.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2002). *Gestión de las Discapacidades en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT*. Ginebra, Suiza: OIT. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_218554.pdf.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2011). *Sistema de gestión de la Seguridad y la salud en el trabajo: una herramienta para la mejora continua*. (1ª ed.). Turín: OIT. Recuperado de

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_154127.pdf.

Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2019a). *Trabajo. Definición*. Recuperado de <https://www.oitcinterfor.org/taxonomy/term/3315?page=1>.

Organización Internacional del Trabajo, OIT. (2019b). *Seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra, Suiza: OIT. Recuperado de <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang--es/index.htm>.

Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la OMS*. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Recuperado de https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1981). *La Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y Minusválidos*. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad -CIDDM-.. Ginebra, Suiza: OMS

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2010). *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS Contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Recuperado de https://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2017). *10 datos sobre la discapacidad*. Recuperado de <https://www.who.int/features/factfiles/disability/es/>

Orozco, A., Tolosa, I., Trillos, M., Perdomo, M. y Vélez, C. (2014). Fundamentación del fisioterapeuta rosarista en el área de salud y trabajo. Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. *Documentos de investigación*, 18, 1-26. Recuperado de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4972/BI%2018%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Padilla, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16, 381-414. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/ilrdi/n16/n16a12.pdf>.

Pere-Boix, I., Cobos, D., Gadea, R. y Solé, M (2019). Programas de vuelta al trabajo para bajas prolongadas por motivos de salud: barreras y facilitadores de su eficacia. *Seguridad y salud en el trabajo*, 98, 6-13. Recuperado de https://app.mapfre.com/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1102661

- Prevención Integral. (2019). *El dato del día: ¿cuánto cuestan los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales?y ¿quién paga por ellos?: sobre todo los trabajadores.* Recuperado de <https://www.prevencionintegral.com/en/actualidad/noticias/2019/08/24/dato-dia-cuanto-cuestan-accidentes-trabajo-enfermedades-profesionales>
- Ramos, E., y Ospina, Y. (2017). Efectos que tiene la reubicación laboral en la motivación, satisfacción y desempeño de los corteros de caña en un ingenio azucarero del norte del Valle del Cauca. *Revista de Investigación en Ciencias Estratégicas*, 4(2), 72 – 104. Recuperado de <https://revistas.upb.edu.co/index.php/rice/article/view/5269>
- Rebolledo, P., Horta, E., Carbonell, C., y Trucco, M. (2000). Traumatismo encefalocraneano: adaptación psicosocial. *Rev Chilena Neuro-Psiquiatría* 388(2), 104-111. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000200005>
- Resolución 1016 (1989) por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país. *Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y de Salud*. 31 de marzo de 1989. Recuperado de http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Res_Ext_1016_1989.pdf.
- Resolución 2346 (2007) por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales y el manejo y contenido de las historias clínicas ocupacionales. *Ministerio de la Protección Social*. 23 de julio de 2007. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/ihc/Lists/Resoluciones/DispForm.aspx?ID=4&ContentTypeId=0x0100F912A783706DBF4AA773245C7D7E11F8>
- Resolución 1111 (2017) por el cual se reglamenta los estándares mínimos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo en el marco del sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de riesgos laborales para los empleadores y contratantes. *Ministerio de Trabajo*. 27 de Marzo de 2017. Recuperado <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/647970/Resoluci%C3%B3n+1111-+est%C3%A1ndares+m%C3%ADimos-marzo+27.pdf>
- Romero, M. (2017). Significado del trabajo desde la psicología del trabajo. Una revisión histórica, psicológica y social. *Psicología desde el caribe*, 34(2), 120-138. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v34n2/2011-7485-psdc-34-02-00120.pdf>

- Royo-Bordonada, M.A. (1999). La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 13(3), 177-184. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71348-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71348-8).
- Rubio, J. (2005). *Técnicas de prevención de riesgos laborales. Manual para la formación de nivel superior en prevención de riesgos laborales*. España: Ediciones Diaz de Santos.
- Schalock, R., Luckasson, R. y Shogren, K. (2007). El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38(4), 5-20. Recuperado de <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART10365/articulos1.pdf>.
- Toboso, M. y Arnau, M. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen Araucaria. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 10(20), 64-94. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/282/28212043004.pdf>.
- Torrado, Q. (2015). *De la protección laboral reforzada: un estudio sobre el desequilibrio contractual*. (Trabajo de grado). Facultad de Derecho. Centro de investigaciones socio jurídicas. Universidad Católica de Colombia. Bogotá. D.C. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2598/1/DE%20LA%20PROTECCION%20LABORAL%20REFORZADA.pdf>
- Valencia, L.A. (2014). *Breve historia de las personas con discapacidad: De la opresión a la lucha por sus derechos*. Recuperado de <http://www.rebelion.org/docs/192745.pdf>.
- Vicente, J. (2016). Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Med Segur Trab* 62 (242), 49-65. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2016000100006.
- Vicente, M., Terradillos, M., Capdevila, L., Ramírez, M., Aguilar, E., Aguado, M., López, A., y Torres, J. (2018) Discapacidad e incapacidad laboral en España. Actualización legislativa 2016. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 56(1), 84-91. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im181m.pdf>.
- Vicente, M., Torres, I., Ramírez, M., Capdevila, L., Terradillos, M., López, A. y Aguilar E. (2014). Accidente de trabajo por crisis epiléptica y traumatismo craneoencefálico con resultado de muerte. Una revisión desde la jurisprudencia y legislación en España. *Acta Neurol Colomb*, 30(4), 337-341. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n4/v30n4a15.pdf>.

Victoria-Maldonado, J. A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>.

Vornholt, K., Villotti, P., Muschalla, B., Bauer, J., Colella, A., Zijlstra, F, Ruitenbeek, V., Uitdewilligen, G & Corbière, M. (2018) Disability and employment – overview and highlights. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27 (1), 40-55, <https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1387536>.