

Universidad Nacional de Colombia
©Jazmine del Rosario Boada Mojica
© Marisol Moreno Angarita
Facultad de Medicina
Instituto de Desarrollo Humano, Discapacidades y Diversidades I.D.H.
Línea de Investigación Discapacidad, Políticas y Justicia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Decano
RAUL ESTEBAN SASTRE CIFUENTES

Vicedecano
ARIEL IVAN RUIZ PARRA

Vicedecano de Investigación
JAVIER ESLAVA SCHLAMABACH

Oficina de Publicaciones
Primera edición, 2013
ISBN 978-958-761-
Diseño Héctor Suárez Castro
Corrección de estilo: Carlos Andrés Almeyda Gómez
Impresión: Panamericana Formas e Impresos S.A
quien actúa solamente como impresor
XX
Primera edición

Bogotá, D. C, Colombia, 2013

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización
escrita del titular de los derechos patrimoniales
Impreso y hecho en Bogotá, D. C., Colombia

**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

Jazmine del Rosario Boada Mojica

Marisol Moreno Angarita

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

Bogotá, D.C. - Enero de 2013

Catalogación en la publicación de
la Universidad Nacional de Colombia

© Jazmine del Rosario Boada Mojica

© Moreno Angarita, Marisol

Jazmine del Rosario Boada Mojica y Marisol Moreno Angarita –

Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina: Instituto de Desarrollo Humano,
Discapacidades y Diversidades I.D.H.

Línea de Investigación Discapacidad, Políticas y Justicia, 2013

XX pp.

ISBN: 978- xxxxxxxxxx

1. Rehabilitación. 2. Riesgos profesionales. 3. Guía de Rehabilitación .

Queda rigurosamente prohibida sin la autorización escrita de los titulares, bajo las sanciones establecida por las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

Este estudio no hubiese sido posible sin la colaboración y el apoyo de la División de Riesgos profesionales del antiguo Ministerio de la Protección Social. Se agradece su colaboración. Todos los contenidos son total responsabilidad de los autores y no comprometen al Ministerio.

De manera especial se agradece a las Administradoras de Riesgos profesionales que voluntariamente participaron en el proceso y están interesadas en cualificar sus competencias en el mismo.

DEDICATORIA

Mientras los conceptos, las prácticas y los discursos relacionados con la rehabilitación integral de una persona sigan aislados, descontextualizados y desarticulados, no será posible garantizar calidad de vida para estos ciudadanos colombianos.

La rehabilitación es un resultado holístico, intersectorial, interdisciplinario y sostenido que involucra a toda la sociedad y que como tal debe activar todas las estructuras y estrategias sociales disponibles.

Tenemos que avanzar, poner el acelerados, para mejorar las condiciones de lo que hay. Estudiar, investigar, discutir, analizar, contrastar, explorar y proponer son algunas de las tareas urgentes en este campo.

El presente estudio es una muestra del interés que tiene la Universidad Nacional de Colombia, la Maestría en Discapacidad, los grupos de investigación “Discapacidad e Inclusión Social” y la línea de “Discapacidad, Políticas y Justicia”, por avanzar en estos campos.

Dedicamos este trabajo a los ciudadanos que han necesitado rehabilitarse y acuden a las respuestas que el estado tiene para responderles. Estamos conscientes que todavía nos falta mucho por responder integralmente a esta aspiración.

Las autoras.

PRESENTACIÓN

Como un aporte a las ARP de Colombia, a todos los estudiosos del tema y a los trabajadores del país, tenemos el gusto de presentar este libro resultado de un estudio exploratorio de los procesos de rehabilitación y reincorporación ocupacional tomados y analizados entre los años 2007 y 2009 en Colombia, vistos desde la implementación por parte de las ARP del *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales*. Teniendo como marco de referencia la normativa colombiana al respecto y las políticas de instituciones como la ONU, la OMS y la OIT, las autoras analizan cuantitativa y cualitativamente los fenómenos del accidente de trabajo y de la Enfermedad Profesional enmarcados en la implementación del Manual. Estos temas no son tan estudiados como se debiera por lo que ameritan de un esfuerzo conjunto para cualificar los resultados que se desean alcanzar y que los trabajadores merecen.

Los principales aciertos del proceso, lo mismo que sus debilidades, son develados en función de brindar una ayuda clara y concisa tanto a las ARP, como a los trabajadores y a las entidades gubernamentales que intervienen en la prestación de los servicios. En un lenguaje sencillo, se presentan las principales características del desenvolvimiento de una situación que atañe a todo trabajador.

Se ofrece un análisis del recorrido que debe considerarse cuando sucede un accidente de trabajo y/o una Enfermedad Profesional, tanto en el trabajador como en todos los otros actores, que además del trabajador intervienen en la rehabilitación o la reincorporación ocupacional.

Los datos no son la realidad, pero sí pueden mostrar aspectos de esa realidad que nos interesa conocer, comprender y transformar positivamente. Estos datos permiten múltiples interpretaciones que trascienden el alcance del presente estudio, pero que el lector puede retomar como un todo integrado para clarificar el panorama y permitir observar desde diferentes ángulos las características de la situación.

Le invitamos a una lectura cuidadosa y grata a través de la cual se presenta el desempeño de las ARP y las consecuencias de su propia forma de efectuar los procesos de rehabilitación y reincorporación ocupacional.

Se agradece la colaboración desinteresada de las ARP que desearon brindar sus aportes para este estudio y se advierte que el informe es total responsabilidad de las autoras. No se compromete tampoco ninguna responsabilidad de parte del antiguo Ministerio de Protección Social.

Este modesto estudio es un aporte para que otros puedan continuar explorando un tema que requiere de un mayor esfuerzo investigativo del que ha tenido hasta el momento. Sus datos corresponden al periodo comprendido entre 2008 y 2009, por lo que se advierte que algunas situaciones pueden estar ya cambiando a la fecha, pero que otras ameritan continuar su riguroso estudio.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Nivel, funcionamiento y discapacidad	28
Tabla 2.	ARP públicas y privadas	50
Tabla 3.	Tamaño de las ARP	50
Tabla 4.	Dimensiones, definición y variables del proceso	51
Tabla 5.	Número de casos de AT en rehabilitación	54
Tabla 6.	Número de casos de AT en rehabilitación por sexo	55
Tabla 7.	Número de casos rehabilitación ocupacional/casos total rehabilitación	56
Tabla 8.	Número de casos rehabilitación funcional/casos total rehabilitación	57
Tabla 9.	Número de casos por tipo de rehabilitación	58
Tabla 10.	Número de casos por tipo de orientación ocupacional	59
Tabla 11.	Número de casos por tipo de reintegro	60
Tabla 12.	Número de casos fracaso/casos exitosos	61
Tabla 13.	Número de casos por tipo de fracaso	62
Tabla 14.	Número de casos por grupo etéreo y tipo de rehabilitación	63
Tabla 15.	Tipo de orientación ocupacional por grupo etéreo	64
Tabla 16.	Número de casos femeninos por grupo etéreo	65
Tabla 17.	Número de casos masculinos en rehabilitación por grupo etéreo	66
Tabla 18.	Número de casos de rehabilitación femeninos por grupo etéreo y actividad económica	67
Tabla 19.	Número de casos masculinos por grupo etéreo de 18 a 32 años y actividad económica	69
Tabla 20.	Número de casos masculinos por grupo etéreo entre 32 y 50 años y actividad económica	70
Tabla 21.	Número de casos por tipo de lesión y rehabilitación	71
Tabla 22.	Número de casos de Enfermedad Profesional (EP) en rehabilitación	72
Tabla 23.	Número de casos de Enfermedad Profesional (EP) en rehabilitación por actividad económica	73

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	11
Capítulo 1. La rehabilitación: un proceso poco explorado	13
1.1 Antecedentes	13
1.2 Por qué es necesario este estudio	18
1.3 Cúal es el problema	20
1.4 Objetivos del estudio	21
1.4.1 Objetivo general	21
1.4.2 Objetivos específicos	21
1.5 Conceptos y definiciones operacionales del estudio	22
Capítulo 2. La rehabilitación en el sistema de salud colombiano, un concepto en construcción	23
2.1 La rehabilitación enmarcada en la política pública de discapacidad en Colombia	27
2.2 La rehabilitación en el Sistema General de Riesgos Profesionales	29
2.2.1 Proceso de rehabilitación en el “Manual Guía de Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el SGRP”	32
2.2.1.1 Características del proceso	32
2.2.1.2 Etapas del proceso de rehabilitación	33
2.2.1.2.1 Etapa I. Identificación de los casos para ingresar en el programa de rehabilitación	34
2.2.1.2.1.1 Aspectos técnicos	34
2.2.1.2.1.2 Aspectos gerenciales y estratégicos	35
2.2.1.2.2 Etapa II. Evaluación del caso	36
2.2.1.2.2.1 Aspectos técnicos	36
2.2.1.2.2.2 Aspectos gerenciales y estratégicos	40
2.2.1.2.3 Etapa III. Manejo de la rehabilitación integral	41
2.2.1.2.3.1 Aspectos técnicos	41
2.2.1.2.3.2 Aspectos gerenciales y estratégicos	44
2.2.1.2.4 Etapa IV. Retroalimentación del sistema	45

2.2.1.2.4.1	Aspectos técnicos	45
2.2.1.2.4.2	Aspectos gerenciales y estratégicos	49
Capítulo 3. Cómo se realizó el estudio		50
3.1	Tipo de investigación	50
3.2	Población y muestra	50
3.3	Instrumentos de medición	51
3.4	Aplicación del instrumento	53
Capítulo 4. Qué se encontró		54
4.1	En los datos	54
4.2	En los discursos	74
Capítulo 5. Hallazgos para repensar el tema		99
5.1	Desde las cifras	99
5.2	Desde las percepciones	101
5.2.1	Etapa I. Identificación de los casos para ingresar en el programa de rehabilitación	101
5.2.2	Etapa II. Evaluación del caso	103
5.2.3	Etapa III. Manejo de la rehabilitación integral	109
5.2.4	Etapa IV. Retroalimentación del sistema	113
6.	A manera de recomendaciones	114
Bibliografía		118
Anexos		119

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Número de casos de AT en rehabilitación	53
Gráfica 2. Número de casos de rehabilitación por sexo	54
Gráfica 3. Número de casos en rehabilitación ocupacional	55
Gráfica 4. Número de casos en rehabilitación funcional	56
Gráfica 5. Número de casos por tipo de rehabilitación	57
Gráfica 6. Número de casos por tipo de orientación	59
Gráfica 7. Número de casos por tipo de reintegro	60
Gráfica 8. Número de casos por rehabilitación éxito/fracaso	61
Gráfica 9. Número de casos fracaso	62
Gráfica 10. Tipo de rehabilitación por grupo etáreo y tipo de rehabilitación	63
Gráfica 11. Tipo de orientación ocupación por grupo etáreo	64
Gráfica 12. Número de casos femeninos por grupo etáreo	65
Gráfica 13. Número de casos masculinos por grupo etáreo	66
Gráfica 14. Número de casos femeninos entre 18 y 32 años por actividad económica	67
Gráfica 15. Número de casos femeninos entre 32 y 50 años por actividad económica	68
Gráfica 16. Número de casos masculinos entre 18 y 32 años por actividad económica	69
Gráfica 17. Número de casos masculinos entre 32 y 50 años por actividad económica	70
Gráfica 18. Número de casos por tipo de lesión y rehabilitación	71
Gráfica 19. Número de casos de Enfermedad Profesional	72
Gráfica 20. Número de casos de Enfermedad Profesional por actividad económica	73
Gráfica 21. Tiempo de conocimiento del Manual Guía de Rehabilitación	74
Gráfica 22. Porcentaje de ARP que han tenido en cuenta los procedimientos del Manual	75
Gráfica 23. Oportunidad en ingreso de casos de rehabilitación	75
Gráfica 24. Criterios de ingreso a programas de rehabilitación	76
Gráfica 25. Personal encargado del ingreso a los programas de rehabilitación	77

Gráfica 26. Estrategias de divulgación de programas de rehabilitación	78
Gráfica 27. Distribución porcentual por tipo de guía o manual	79
Gráfica 28. Tipos de valoración en fase de evaluación inicial	80
Gráfica 29. Estrategias de consolidación de información	81
Gráfica 30. Tipo de valoración para determinar Px y Dx ocupacional y/o funcional	82
Gráfica 31. Tipos de valoraciones para determinar el Dx y Px funcional	83
Gráfica 32. Metas de rehabilitación ocupacional/profesional	84
Gráfica 33. Actividades de rehabilitación funcional y profesional	85
Gráfica 34. Mecanismos de divulgación y capacitación para las IPS	86
Gráfica 35. Mecanismos de concertación para la formulación de Px y plan de tratamiento	87
Gráfica 36. Actividades incluidas en el plan de rehabilitación funcional	88
Gráfica 37. Actividades incluidas para reintegro laboral con modificaciones	89
Gráfica 38. Actividades incluidas para reubicación laboral definitiva	90
Gráfica 39. Actividades incluidas para reconversión de mano de obra	91
Gráfica 40. Actividades incluidas para orientación hacia actividad frente al empleo	92
Gráfica 41. Actividades para orientación hacia una actividad no laboral	93
Gráfica 42. Estrategias de articulación de la rehabilitación funcional y profesional	93
Gráfica 43. Estrategias de seguimiento a los procesos de rehabilitación	94
Gráfica 44. Mecanismos de articulación entre incapacidades y rehabilitación	95
Gráfica 45. Criterios para determinar el cierre de los casos	96
Gráfica 46. Mecanismos de seguimiento a la reincorporación ocupacional/laboral	97
Gráfica 47. Mecanismos de análisis de información de los procesos de rehabilitación	98

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación integral, funcional y profesional en el Sistema General de Riesgos Profesionales, ha sido uno de los aspectos objeto de mejoramiento, desde el antiguo Ministerio de Protección Social, teniendo en cuenta la normatividad existente en el sistema y las políticas nacionales actuales en materia de discapacidad y rehabilitación.

En este sentido, el objetivo de este trabajo de investigación es conocer cómo se está realizando la implementación por parte de las ARP de los procedimientos descritos en el *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales*, con el fin de identificar las dificultades existentes y proponer los aspectos de mejoramiento.

Con este fin, se realiza un estudio exploratorio, descriptivo, de naturaleza multimétodo, realizándose un análisis cuantitativo y cualitativo de la gestión en rehabilitación para finalmente presentar las recomendaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales.

La rehabilitación integral para la reincorporación ocupacional y social de los trabajadores que han sufrido un Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional (ATEP), es un procedimiento enmarcado en un contexto médico y social. El paradigma médico de la discapacidad y por lo tanto el abordaje de la rehabilitación desde esta concepción no ha permitido que dicho procedimiento se realice integral y articuladamente, con el propósito de promover el regreso del trabajador en condiciones óptimas al mundo del trabajo y a la sociedad, aún cuando existe una amplia legislación y normatividad internacional y nacional que respalda esta mirada de la rehabilitación.

Específicamente en el Sistema General de Riesgos Profesionales, la Ley General de Riesgos Profesionales (Ley 1295, 1994), responsabiliza a las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) de la prestación de servicios de rehabilitación funcional y profesional, lo cual amplía el alcance de la rehabilitación en este sistema no sólo hacia la rehabilitación médica y funcional, sino hacia las actividades de rehabilitación que facilitan la reincorporación socio-laboral del trabajador con ATEP.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, desde la Dirección General de Riesgos Profesionales (DGRP) se inició un acompañamiento a las ARP con el fin de brindarles lineamientos que facilitaran el desarrollo de sus programas de rehabilitación y reincorporación ocupacional y/o laboral de los trabajadores. Con este propósito se elabora y divulga el *Manual Guía sobre*

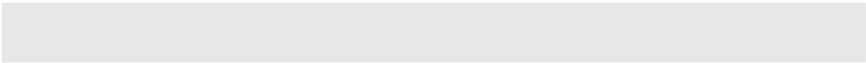
Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el SGRP en una primera versión en el 2002 y segunda versión en el 2004.

No obstante lo anterior, la información que las ARP han hecho llegar a la Dirección General de Riesgos Profesionales, relacionada con los resultados de los procedimientos de rehabilitación (2006), no ha sido lo suficientemente clara y consistente con los instrumentos y procedimientos descritos en el Manual. Teniendo en cuenta este aspecto, se hace necesario conocer cómo se está realizando la implementación de los procedimientos por parte de las ARP, con el fin de detectar las fallas y proponer los aspectos de mejoramiento que permitan el logro de los resultados esperados de los procesos de rehabilitación. Teniendo en cuenta lo anterior, a través del presente trabajo se pretende hacer una caracterización de la implementación del proceso de rehabilitación, descrito en el *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales*.

Para este trabajo, se desarrollará una herramienta que permita recopilar la información por parte de las ARP, con base en el manejo de una serie de variables en donde se identifiquen los aspectos técnicos, gerenciales y estratégicos del proceso de rehabilitación. Se propone que a partir del presente texto, las ARP inicien con la autoevaluación y el seguimiento interno de sus programas de rehabilitación, lo cual les permita, a través del tiempo, el mejoramiento de sus procesos.

Aun cuando no se cuenta con datos de todas las ARP, los resultados obtenidos ameritan ser profundizados desde esta aproximación reflexiva, la cual tiene muchas limitaciones, como cualquier estudio realizado por agentes externos que no logran acceder a toda la información que se desearía.

De esta manera, desde la Línea de Investigación de Rehabilitación, Tecnología y Accesibilidad, de la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social, y de la línea de Discapacidad, Políticas y justicia de la misma Facultad, de la Universidad Nacional, se pretende responder a una sentida y reconocida necesidad en materia de investigación, que podrá contribuir a cualificar los procesos de implementación de las políticas públicas en salud, en este caso para el Sistema General de Riesgos Profesionales.



CAPÍTULO 1

LA REHABILITACIÓN: UN PROCESO POCO EXPLORADO

LA REHABILITACIÓN: UN PROCESO POCO EXPLORADO

1.1 ANTECEDENTES

La rehabilitación más allá de lo funcional, incluyendo aspectos ocupacionales y laborales, ha sido –desde hace más de cinco décadas– preocupación de organismos internacionales, los cuales han señalado herramientas para que los estados puedan establecer y realizar una verdadera promoción de los derechos y deberes de las personas discapacitadas. Estos organismos han considerado la rehabilitación laboral o profesional como medio eficaz para promover la integración y reintegración de estas personas a la sociedad, lo cual permite el ejercicio del derecho a la satisfacción de las necesidades y el libre desarrollo de la personalidad (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948). En este sentido, se destacan organizaciones cuyas políticas han sido de gran aporte para el concepto y lineamientos de la rehabilitación profesional, como lo son: la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS), Rehabilitación Internacional (RI) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Se destaca esta última organización, ya que nuestro país desarrolló la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio 159 de la OIT, sobre “Readaptación profesional y el empleo de personas inválidas”. El propósito del decreto es el de garantizar la igualdad de oportunidades y derechos laborales a las personas “inválidas”. Así mismo, establece las obligaciones de las instituciones que conforman el Sistema General de Seguridad Social, tanto para el Instituto de los Seguros Sociales, como para el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).

No obstante lo anterior, en la Ley 100 de 1993, por la cual se organiza el Sistema General de Seguridad Social del país, en el numeral 3 del Artículo 153, se establece que: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará 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, de conformidad con lo previsto en el Artículo 162, respecto del plan obligatorio de salud”. En este último artículo, se considera principalmente la rehabilitación funcional, sin abordar claramente la rehabilitación profesional e integral (Boada, 2004).

Esta situación se hace evidente en el modelo para atender la discapacidad, adoptado actualmente por el Sistema de Seguridad Social, modelo limitado, el cual no ha incorporado en su organización las diferencias entre enfermedad y discapacidad establecidas desde la década del

setenta, ni siquiera en la forma de registro de la condición de discapacidad en las estadísticas de salud y menos aún, en el establecimiento de procedimientos que privilegien el logro de autonomía de la persona sobre el tratamiento puntual de un órgano o función, se hace énfasis en la rehabilitación funcional más que en la profesional o social (Presidencia de la República de Colombia, 2003).

En este sentido, las intervenciones relacionadas con rehabilitación no son gestionadas adecuadamente y se prestan de forma fragmentada e incompleta, sin incluir a la familia, la comunidad y el entorno en el proceso; e igualmente se concentra en actividades terapéuticas aisladas que tratan el déficit en funciones y estructuras corporales, relacionados más con el diagnóstico clínico que con la discapacidad. En estas condiciones el país desconoce hoy en día la oferta de servicios de rehabilitación, tanto en términos de cobertura como de impacto, oportunidad y calidad, con el agravante de la atomización de recursos, que origina un alto costo cuyo monto tampoco ha sido examinado (Presidencia de la República de Colombia, 2003).

No obstante, se han realizado algunos estudios como el denominado “Servicios de Rehabilitación para Personas en Edad Laboral con Discapacidad en Colombia” (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002) y el “Estudio Nacional de Oferta y Demanda de Servicios de Rehabilitación” (Fundación Saldarriaga Concha, 2003), los cuales han brindado información importante acerca de la caracterización de los servicios de rehabilitación y han buscado contribuir a la definición de líneas de acción tendientes a la actualización de estrategias para un abordaje eficiente de la rehabilitación. Estos estudios han encontrado que existe una sobreoferta de servicios de rehabilitación, sin embargo prevalecen las intervenciones de rehabilitación funcional, sobre la rehabilitación profesional y social (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002).

Como consecuencia lógica de lo anterior, las evaluaciones que se han realizado a los servicios de rehabilitación han utilizado conceptos enmarcados en una rehabilitación desarticulada, la cual no permite considerar la atención de la persona con discapacidad como un proceso integral, con objetivos claros en integración socio ocupacional. Las evaluaciones han sido realizadas principalmente a instituciones prestadoras de servicios de rehabilitación funcional, las cuales ofrecen servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología, por lo cual se han diseñado herramientas, para evaluar independientemente cada uno de ellos. En este sentido, se destacan estudios como el denominado “Evaluación de Servicios de Rehabilitación en Bogotá”, en el cual se utilizó un instrumento para medir la calidad en términos de estructura, proceso y resultados, para cada uno de los servicios terapéuticos (Rodríguez, 1988).

El estudio denominado “Diseño de un Modelo de Evaluación del Proceso de Rehabilitación Profesional” tomó como marco teórico, el proceso de Rehabilitación Profesional del Instituto de los Seguros Sociales. Este modelo tuvo en cuenta indicadores desde la eficiencia técnica de los recursos humanos, eficiencia de procedimientos tecnológicos y efectividad psicosocial (Borja, 1993). Aunque esta evaluación trasciende hacia las intervenciones de rehabilitación para la integración laboral, se evidencia una desarticulación con otros componentes de la rehabilitación.

El estudio denominado “Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología de las instituciones de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá” utilizó un instrumento que incluyó indicadores relacionados con: oferta, demanda, cobertura, resultados clínicos funcionales, estructura física, tecnología, costo-efectividad, calidad de vida, integración socio-ocupacional, satisfacción del usuario, satisfacción del profesional y reconocimiento institucional (Cuervo, 1998). Una de las finalidades de dicho instrumento fue constituirse como herramienta de seguimiento periódico para los servicios. Dicho estudio logró identificar como barrera para el seguimiento de los procesos de rehabilitación evaluados la desarticulación de los procedimientos y los pobres sistemas de información.

El estudio denominado “Calidad de los servicios de terapia física desde una perspectiva técnico-científica” evaluó dos instituciones de segundo nivel de Bogotá, para lo cual utilizó un instrumento con indicadores que permitieron medir la calidad técnico-científica, desde procesos de gestión administrativa, infraestructura, dotación y procedimientos técnicos (Alvis, 1999). En este estudio no se evidencian mecanismos de articulación del servicio evaluado con otros procedimientos de rehabilitación.

La anterior revisión permitió determinar que los indicadores utilizados en las herramientas, tales como calidad de vida, integración socio-ocupacional, gestión administrativa, procedimientos técnicos, efectividad e impacto, no fueron medidos exitosamente. Esta situación obedece a la ausencia de información necesaria para dar cuenta de ello, debido al abordaje desarticulado de los procesos de rehabilitación, y la falta de una visión biopsicosocial del manejo de la persona con discapacidad en donde se privilegie la calidad de vida e integración socio-ocupacional, como meta de los procesos de rehabilitación. La ausencia de sistemas de información coordinados y la pobre gestión de los programas de rehabilitación en las instituciones, son otros aspectos que obstaculizan el acopio de la información necesaria para medir esos indicadores (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002).

De otro lado, se destaca que los estudios descritos anteriormente fueron realizados por agentes externos a las instituciones, lo cual permite considerar que aún es pobre la cultura de evaluación institucional interna, en estos casos a los procesos de rehabilitación. Esta situación es preocupante ya que, de acuerdo con el Decreto 2174 de 1996 y la Resolución 1043 de 2006, las instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben garantizar parámetros mínimos de calidad en atención, como punto de partida en el proceso de mejoramiento continuo de los servicios, para lo cual deben contar con planes de evaluación y mejoramiento interno.

No obstante lo anterior, en nuestro país, a partir de la década de los 90, se inicia el reconocimiento conceptual de la rehabilitación integral, como el mecanismo idóneo para lograr la integración socio-ocupacional de las personas con discapacidad. Es así como en la Ley Nacional de Discapacidad, en el Artículo 18, se menciona 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, establecerá 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 autorealizarse, cambiar la calidad de sus vidas, así como a intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad” (Ley 361, 1997).

A partir de dicha ley, se acepta la necesidad de que los diferentes sectores de la comunidad participen y se vinculen en el logro de la integración social de la persona con discapacidad. De esta manera, se busca eliminar, en lo posible las barreras que desde la sociedad y las instituciones se puedan presentar, ocasionadas por una representación social distorsionada del cuerpo discapacitado (Ministerio de Protección Social, 2004; Sandoval, 2003). En este punto, se acepta que el grado de discapacidad de una persona con limitación depende de las barreras impuestas por el entorno físico y social (Secretaría de Salud, 2001). Igualmente se busca garantizar los derechos fundamentales económicos, culturales y sociales de las personas con limitación.

En este mismo sentido y a partir del Marco Conceptual considerado por la OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad, y la Salud (CIF, 2001), se define discapacidad como un término genérico que incluye tres componentes: déficit, limitación en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (OMS, 2001). Esta clasificación se constituye en el marco de referencia para la definición de instrumentos que, con base en los tres componentes propuestos, permitan conocer la condición inicial de funcionamiento y discapacidad de una persona, proponer alternativas de rehabilitación integral y evaluar sus alcances.

Teniendo en cuenta lo anterior, el concepto de Rehabilitación Integral ha evolucionado en la historia. Hoy en día se considera que la RI, además de brindar procesos terapéuticos, educativos formativos y sociales, que permitan el desarrollo de habilidades funcionales, ocupacionales y sociales en la persona con discapacidad, debe fomentar la participación activa de ésta, de los profesionales de las diferentes disciplinas, de la familia, de la comunidad en general e involucrar en su accionar a los diferentes sectores (educación, salud, trabajo, cultura, recreación, etc.) para asegurar la integración familiar, social y ocupacional de la persona con discapacidad y minimizar al máximo las barreras impuestas por el entorno. A través de la Rehabilitación Integral, la persona desarrolla su potencial en las esferas biológica, psicológica y social, y la sociedad realiza ajustes para reducir o eliminar las barreras que se interpongan a la integración (Ministerio de Protección Social, 2004; Disler, 2001; Hendricks, 1994).

Este marco conceptual es retomado en el Plan Nacional de Discapacidad 2003-2006, el cual, dentro del componente de rehabilitación, propone el desarrollo de herramientas y estrategias que fomenten los procesos de rehabilitación y reincorporación ocupacional en términos de

calidad y oportunidad para los diferentes sistemas de la protección social, incluyendo el SGRP (Presidencia de la República, 2003).

En este sentido, el Ministerio de la Protección Social, como parte de sus funciones, inicia la generación de herramientas de evaluación y procesos estandarizados en los que se busca definir claramente el quehacer, las responsabilidades y alcances de cada uno de los participantes para el cumplimiento del objetivo de la rehabilitación integral.

Es así como se destaca el instrumento denominado “Manual de Estándares del Sistema Único de Acreditación” en el cual se describen, en el capítulo 6, los estándares de acreditación para las instituciones prestadoras de servicios de salud para la habilitación y rehabilitación (Resolución 1445, 2006). Se destaca en este referente la concepción de discapacidad y rehabilitación con base en la CIF, por lo cual se establece que, aunque las IPS tengan misionalmente áreas de especialidad o de énfasis y no presten servicios de habilitación/rehabilitación integral, deseablemente deben prestar sus servicios buscando la integralidad, para lo cual se desarrollarán actividades destinadas a coordinar o facilitar el acceso, a los servicios de otros profesionales o sectores, con el fin de asegurar la continuidad e integralidad de la rehabilitación.

Igualmente, y con base en la CIF, el Ministerio de Protección Social lidera el desarrollo de los lineamientos de la política en HABILITACIÓN/REHABILITACIÓN INTEGRAL, para el desarrollo familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad, publicado en el 2004.

Desde la Dirección General de Riesgos Profesionales (DGRP), se estructura el Sistema de Rehabilitación en el Sistema General de Riesgos Profesionales, el cual está constituido por el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos destinados a rehabilitar trabajadores que sufran accidentes de trabajo o Enfermedad Profesional, de tal forma que se garantice a los trabajadores el acceso en forma oportuna y con calidad a los procesos de rehabilitación integral (Ministerio de Protección Social, 2003).

Dicho proyecto es sustentado desde la normatividad, por lo cual cabe mencionar el Decreto 1295 de 1994, el cual menciona que a todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o Enfermedad Profesional se le debe suministrar tratamiento de rehabilitación física y profesional, entre otros. En el Artículo 5° se menciona que: “Todo trabajador que sufra un accidente de trabajo o una Enfermedad Profesional tendrá derecho, según sea el caso a: a) Asistencia, rehabilitación física y profesional (“Los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional podrán ser prestados por las entidades administradoras de riesgos profesionales”), médica, quirúrgica, terapéutica y farmacéutica; b) Servicios de hospitalización; c) Servicio odontológico; d) Suministro de medicamentos; e) Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento; f) Prótesis y ortésis, su reparación y su reposición solo en casos de deterioro o desadaptación, cuando a criterio de rehabilitación se recomiende; g) Rehabilitaciones física y profesional.” “Los tratamientos de rehabilitación profesional y los servicios de medicina ocupacional que podrán ser prestados por las entidades administradoras de riesgos profesionales”. (Ley 1295, 1994).

Como parte del Sistema de Rehabilitación dentro del SGRP, se definen los procedimientos que se deben dar en un proceso de rehabilitación a través del *Manual Guía sobre Procedimientos de Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores dentro del SGRP*, el cual fue publicado en primera versión en el 2002, presentándose luego una segunda versión en el 2004. Este manual busca definir las actividades y alcances de los diferentes actores en el proceso de rehabilitación y a su vez facilitar los procesos de coordinación entre ellos.

1.2 POR QUÉ ES NECESARIO ESTE ESTUDIO

En Colombia, las entidades responsables de la prestación de los servicios asistenciales y de rehabilitación a los trabajadores que sufran accidente de trabajo o Enfermedad Profesional, dentro del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), son las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP, teniendo en cuenta la normatividad de ese organismo (Ley 1295, 1994; Presidencia de la República, 2003).

El ambiente ocupacional o medios de trabajo, determinan factores de riesgo que pueden dar lugar a accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), lo cual puede llegar a generar una situación de discapacidad (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002). Es así como en el año 2006 se reportaron 300.210 casos de los cuales 44.408 fueron ingresados a programas de rehabilitación (Ministerio de Protección Social, 2007).

A pesar de que la normatividad, las políticas y los anteriores datos resaltan la importancia de suministrar servicios de rehabilitación, los cuales conduzcan al trabajador a su reintegro socio laboral, la prestación de esos servicios no ha sido coordinada, predominando la rehabilitación funcional, en comparación con la rehabilitación laboral (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002).

Adicionalmente, se ha detectado que los recursos utilizados en el desarrollo de los procesos existentes de atención terapéutica no son optimizados, ya que no se han mostrado resultados satisfactorios en la reintegración socio laboral del trabajador. (Ministerio de Protección Social, 2003). Esto último se ve traducido en la exclusión progresiva de la fuerza de trabajo de las personas que han sufrido enfermedades o accidentes de trabajo con consecuencias discapacitantes.

De este modo, se hace evidente la estrecha relación entre discapacidad y desempleo, lo cual a su vez repercute frente al riesgo de pobreza, ya que se ha identificado que la presencia de discapacidad en el hogar es una variable significativa al medir la proporción de hogares pobres según el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas NBI (Vélez et al, 2002).

En este sentido, la Rehabilitación Integral (RI), como medio que permite minimizar el déficit, la limitación en la actividad y la restricción en la participación, se debe traducir en beneficios socioeconómicos para el trabajador y para el país. Lo anterior es posible ya que a través de la rehabilitación se busca el ejercicio del derecho a la satisfacción de las necesidades y

el desarrollo libre de la personalidad, el reintegro rápido al mercado del trabajo en condiciones óptimas, la reducción de prematuros retiros del mundo laboral; una menor dependencia de la asistencia familiar y pública; una mejor calidad de vida; el ahorro de seguros e indemnizaciones; y la contribución económica al Estado, a través de los impuestos (Majunder, 2003; Fabian, 2001; Disler, 2001; Walls, 2002; Roessler, 2002).

En este contexto y dada la importancia de la RI para los trabajadores, en nuestro país se visualiza un interés desde el Sistema General de Seguridad Social por impulsar este proceso. Específicamente al interior del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP), se inician esfuerzos por estandarizar los procesos de rehabilitación integral, con el fin de garantizar a los trabajadores la prestación de servicios con calidad y oportunidad. Como parte de este trabajo, se convoca a los diferentes actores del Sistema, para la elaboración del *Manual Guía de Procedimientos en Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional* en una primera versión en el 2001 y una segunda y última en el 2004. Dicho manual permite guiar la actuación de los profesionales e instituciones que, en el SGRP, tienen la competencia de desarrollar procedimientos de rehabilitación integral, buscando el compromiso constante del trabajador en el proceso. En este sentido se convierte en una herramienta valiosa para las ARP, las cuales deberán implementar estrategias que permitan hacer operativo este manual. En la actualidad se estudia la posibilidad de reglamentar la aplicación de esta herramienta de carácter obligatorio para las ARP.

Así, con el fin de iniciar el proceso de sistematización de la información relacionada con los programas de rehabilitación, el Ministerio de Protección Social, en marzo del 2004, solicita a las ARP información relacionada con los procesos de rehabilitación, sin embargo dicha información no permitió inicialmente un análisis adecuado por la falta de uniformidad en las variables analizadas.

En el año 2006 se reportaron 297.086 de casos de accidente de trabajo y 3.124 casos de Enfermedad Profesional. El número de casos que accedió a procesos de rehabilitación fue tan solo de 44.408, correspondiente a un 14.94%, con una deserción sin conocimiento de causa de 7157 casos (Ministerio de Protección Social, 2007).

Esta información nos permite analizar que los casos reportados que ingresaron a los programas de rehabilitación no corresponden a la proporción esperada de acuerdo con el número de casos de ATEP, y existe dificultad en el seguimiento adecuado de estos por el número de casos reportados de deserción sin conocimiento.

Sin embargo, aunque se evidencia un mayor interés de las ARP por implementar los procesos de rehabilitación, se perciben dificultades en la gestión y objetivación de los procesos.

En este sentido, la Dirección General de Riesgos Profesionales reinicia un acompañamiento a las ARP en esta gestión, para lo cual las convoca para una actualización en rehabilitación integral, a finales del 2007. Los temas centrales de esta actualización fueron: la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), la discapacidad, la salud y la divulgación de experiencias de instituciones prestadoras de servicios de rehabilitación.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario conocer cómo se está realizando la implementación de los procedimientos, por parte de las ARP con el fin de detectar las fallas y proponer los aspectos de mejoramiento que permitan el logro de los resultados esperados de los procesos de rehabilitación. Se advierte que de la ejecución de las actividades consideradas en el proceso depende la consecución de los objetivos planteados y los resultados.

En este sentido es importante, contar con un instrumento, el cual desarrolle una serie de criterios que permita recopilar la información necesaria para hacer un seguimiento a la gestión que desarrollan en rehabilitación las ARP y conocer el grado de ejecución de los procedimientos establecidos para tal fin. Con este propósito, los criterios serán desarrollados para conocer no solo la realización o no de los subprocesos o pasos destinados a la rehabilitación, sino para obtener información de los requisitos operacionales que deben orientar cada subproceso, destinados a producir el resultado final (Leebov, 1991).

El seguimiento debe dirigirse principalmente hacia el proceso, al considerar el cómo se desarrollan las actividades durante la ejecución de un programa, con el fin de detectar fallas y proponer acciones de mejoramiento durante su implementación. Los procesos se deben estandarizar con el fin de obtener resultados pronosticados con un nivel determinado de calidad (Leebov, 1991; Mejía, 1998). Para lograr esto se hace necesaria una herramienta o recurso de evaluación que permita comprender procesos, medir y hacer seguimiento al desempeño a lo largo del tiempo (Imai, 1986; Leebov, 1991).

El análisis de la información permitirá a las ARP identificar las debilidades y fortalezas del proceso de rehabilitación, lo cual a su vez les facilitará proponer alternativas de mejoramiento a los problemas identificados. De esta manera, se busca direccionar la implementación de un programa de rehabilitación acorde con la norma técnica.

En este punto es importante mencionar que este trabajo contribuye al inicio del control interno y la evaluación de calidad de la prestación de los servicios de rehabilitación en las ARP conforme a lo señalado en el Decreto 2174 de 1996, la Ley 87 de 1993 y la Resolución 1445 del 2006. La evaluación de calidad considera tres enfoques principales: evaluación de la estructura, evaluación del proceso y evaluación de resultado. Sin embargo la evaluación del proceso es reconocida por varios autores como el objeto primario de la evaluación y base para el juicio de la calidad (Donavediam, González, 1984; Leebov, 1991; República de Colombia, 1993).

1.3 CUÁL ES EL PROBLEMA

Con el propósito de orientar el desarrollo de los procesos de Rehabilitación y Reincorporación al desarrollo de una actividad Ocupacional de los trabajadores que han sufrido un ATEP, el Ministerio de Protección Social a través de la Dirección General de Riesgos Profesionales, inició un proceso de acompañamiento a las ARP; con esta finalidad se diseñó el *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el SGRP*, en el año 2004.

No obstante lo anterior, las ARP presentan dificultad en la ejecución de los procedimientos destinados a la rehabilitación, contenidos en el Manual. Esta situación se hace evidente con el análisis de la información de la gestión en rehabilitación, allegada a la Dirección General de Riesgos Profesionales por parte de las ARP.

Teniendo en cuenta estos aspectos, se hace necesario conocer cómo se está realizando la implementación de los procesos de rehabilitación desde las ARP, con el fin de detectar las fallas y determinar estrategias de mejoramiento que permitan direccionar las acciones hacia las normas técnicas de rehabilitación descritas en el manual. Como respuesta a estas necesidades, el presente proyecto de investigación pretende responder al interrogante ¿Cómo se está realizando la implementación del proceso de rehabilitación por parte de las ARP descrito en el *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores en el SGRP?*

1.4 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1.4.1 Objetivo general

Realizar una caracterización de la implementación del proceso de rehabilitación por parte de las ARP descrito en el *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el SGRP* con el fin de conocer cómo se están realizando los procedimientos destinados a la rehabilitación, a la luz de la norma técnica.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Analizar los lineamientos generales y específicos del proceso de rehabilitación, enmarcado en la norma técnica del Manual para determinar los criterios de caracterización del proceso.
2. Analizar la información reportada por las ARP, sobre la gestión en rehabilitación desarrollada en el periodo de mayo del 2007 a mayo del 2008.
3. Determinar las características del desarrollo de los procedimientos incluidos en las diferentes etapas de rehabilitación
4. Emitir recomendaciones al Sistema General de Riesgos Profesionales, con el fin de promover el mejoramiento de la implementación de los procesos de rehabilitación.

1.5 Conceptos y definiciones operacionales del estudio

Proceso de rehabilitación: “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 Protección Social, 2004).

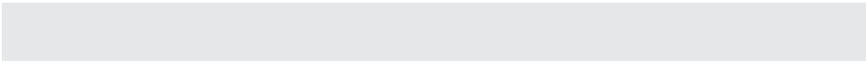
Para el presente trabajo, se tomará el anterior concepto de Proceso de rehabilitación, el cual corresponde al tomado desde el Sistema General de Riesgos Profesionales del Ministerio de Protección Social”

Trabajador: “Persona que desempeña un oficio, labor u ocupación con su capacidad laboral, entrenamiento y formación técnica o profesional recibiendo una remuneración equivalente a un salario o renta y por el cual cotiza al sistema general de seguridad social (Decreto 917, 1999)”.

Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP): “Definida por el Artículo 77, capítulo VIII del Decreto 1295 de 1994, es una compañía aseguradora de vida o empresa mutual a la cual se le ha autorizado por parte de la Superintendencia Bancaria, para la explotación del ramo de los seguros. La Administradora de Riesgos Profesionales es la entidad encargada de organizar la afiliación, el recaudo de las cotizaciones, el pago de las prestaciones económicas, la venta de los servicios adicionales de salud ocupacional y la prestación del servicio médico efectivo a través de las entidades promotoras de salud, como se señala en el Artículo 80 del 1295/1994”.

Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP): Es el conjunto de normas, entidades y procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores, de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrir con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan (Decreto Ley 1295, 1994).

Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales: “Es una herramienta de trabajo para el desarrollo de los procesos de rehabilitación de los trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales que presenten una discapacidad como consecuencia directa de un accidente de trabajo o Enfermedad Profesional”.



CAPÍTULO 2

LA REHABILITACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO, UN CONCEPTO EN CONSTRUCCIÓN

LA REHABILITACIÓN ENMARCADA EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE DISCAPACIDAD

A partir de los años noventa, el abordaje de la discapacidad en Colombia se fundamentó en la concepción de la persona con discapacidad como sujeto de derecho (Hernández, 2004). Es así como, a partir de la nueva Constitución de 1991 y la Ley 361 de 1997, se enfatiza en políticas sociales que destacan la integración de la persona con discapacidad como objetivo deseable, más allá de las acciones dirigidas principalmente hacia la persona afectada. En este trabajo se destaca la evolución normativa del tema, que inicia con la formulación de planes relativos al tema de discapacidad, como el Documento CONPES 2761, “Política de Prevención y Atención a la Discapacidad” (expedido en 1995) y la Consejería Presidencial para la Política Social como instancia coordinadora del Comité Consultivo Nacional para las personas con limitaciones, la cual emprendió una serie de acciones para impulsar una política pública en discapacidad a partir de 1998 (Sandoval, 2003).

Dicha política buscó trascender los planes gubernamentales y, mediante procesos participativos intersectoriales y descentralizados, buscó resultados integrales en la población con discapacidad (Sandoval, 2003).

Bajo este contexto conceptual y normativo, se formuló el “Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999-2002”, construido en un proceso de interacción entre diferentes instituciones del nivel nacional del sector público y privado. En el proceso de desarrollo y ejecución del Plan, se designó a la Consejería Presidencial para la Política Social como instancia de coordinación de las actividades de interacción entre las diferentes instituciones nacionales involucradas (Sandoval, 2003).

En diciembre de 2001, y en el marco de la creación del Sistema Social de Riesgo para enfrentar la crisis económica que vivía el país, el CONPES determinó que la coordinación del Plan quedara bajo responsabilidad de la Red de Solidaridad Social, bajo la coordinación de la Consejería Presidencial para la política social y consideró la necesidad de definir los esquemas institucionales y los manuales operativos que deben regir la implementación del plan, determinando claramente los objetivos general y específicos, los principios, componentes y acciones, así como, las responsabilidades y funciones de las entidades responsables y participantes¹. En cumplimiento de esta recomendación el equipo técnico de la Consejería participó, con los

¹ Documento CONPES 3144 de diciembre 6 de 2001. “Creación del Sistema Social de Riesgo y Fondo de Protección Social”. p. 15.

Grupos de Enlace Sectorial a través de la consultoría contratada para este propósito, en la redacción final del *Manual Operativo del Plan Nacional de Atención a Personas con Discapacidad*, divulgado en septiembre de 2002 y cuyo contenido fundamenta el documento borrador del Plan Nacional 2002-2006.

De otro lado, y aunque todas las acciones anteriores han sido soporte para la formulación de dicha política pública en discapacidad, es a través del Proyecto Piloto para la Construcción de Política Pública en Discapacidad, realizado por la consejería con la financiación de la Corporación Andina de Fomento (CAF), que se analizaron los mecanismos de coordinación y concertación que deben apoyar la administración del Plan. La formación de la política pública en discapacidad buscó dar soporte a los planes y acciones en el tema.

La metodología utilizada para la construcción de la política pública fue proporcionar a los distintos sectores e instancias involucradas una estrategia de gestión que establezca los procesos, los mecanismos e instrumentos para impulsar la construcción de una política pública en discapacidad. Posteriormente en el 2004, se generó el Compes 080 de Discapacidad.

Como características distintivas de la política pública en discapacidad, de esa época, se resalta que:

- Trasciende los planes y políticas gubernamentales hacia una política pública basada en la descentralización y procesos participativos intersectoriales.
- Las políticas gubernamentales se plantean como acciones e instrumentos que se consolidan al interior de sistemas y no como acciones independientes y atomizadas.
- Los Mecanismos de concertación y coordinación trascienden lo sectorial.
- Se fomenta la gestión suprasectorial, dirigida a la generación de actitudes y cambio de cultura que permitan lograr los cambios deseados. Alrededor de este objetivo surgen actores con acciones conexas, al no ser sólo una oferta de servicios se habla de actores más que de instituciones, son las acciones de estos las que permiten lograr el objetivo.
- Se fomenta la gestión intersectorial, en la cual las funciones están dirigidas para cada una de las instituciones participantes, las cuales establecen su competencia y responsabilidad específicas.
- Está basada en una metodología de planeación, implementación y evaluación de la política social al admitir un esquema participativo de la política.
- Se pasa de una concepción de Estado y sociedad paternalista a una concepción de sociedad incluyente en la cual se garantizan el ejercicio de los derechos ciudadanos. De esta manera se rescatan las capacidades humanas como parte del derecho de todos, para participar en la búsqueda de una vida digna y libre.
- Se pasa de la representación, como forma de delegar la toma de decisiones a la participación comprometida y responsable de las fuerzas sociales en un trabajo conjunto y coordinado.
- Se pasa de considerar al Estado como responsable de la definición de políticas y prestación de servicios sociales hacia la corresponsabilidad social de la sociedad civil en este aspecto.

- De un enfoque centrado en el individuo se pasa a una acción centrada en la familia, como base de la estructura social y primer garante del desarrollo de sus miembros como sujetos de derecho.
- Se pasa de un enfoque que hace hincapié en una evaluación dirigida a medir los productos de proyectos y programas y la transparencia en los procedimientos financieros a uno que evalúa procesos y recalca la comprensión y el aprendizaje individual e institucional, sin pasar por alto la necesidad de control de la responsabilidad.
- Se pasa de destinar los gastos de asistencia social para suplir algunas carencias a la inversión en instituciones y prácticas culturales para el desarrollo de grupos e individuos que lo conforman.
- Se pasa de una programación desde la oferta o la carencia de servicios a una programación desde la demanda, es decir desde la capacidad de las personas para intervenir en su propio desarrollo.
- Se pasa de una concepción vertical del poder a una horizontal y circular de corresponsabilidad en la gestión de las políticas y en la financiación, en donde la comunidad se apropia, en busca de la protección y preservación de una vida digna y libre por sus miembros.
- Se adopta el marco conceptual de discapacidad recomendado por la OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad (CIF, 2001). En dicho documento, se define discapacidad como un término genérico que incluye déficit, limitación en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (OMS, 2001).

Dentro de este contexto, la política pública para la discapacidad en Colombia responde a determinados desarrollos específicos, conocidos como componentes o áreas específicas (denominados “programas” en el borrador del Plan Nacional de Discapacidad 2003-2006), estos son: construcción de entornos protectores y prevención de la discapacidad; rehabilitación con participación familiar y social; y equiparación de oportunidades, para hacer accesibles el medio físico y el transporte, las comunicaciones, la recreación, el deporte, la cultura, el aprovechamiento del tiempo libre y la integración educativa y laboral. Las organizaciones y actores comprometidos con la puesta en marcha de la política incorporan en su quehacer una o varias tareas específicas relacionadas con las anteriores áreas.

La rehabilitación, como componente de la política pública en discapacidad, involucra a diferentes actores que participan 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 y discapacidad 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 (Presidencia de la República, 2003).

De otro lado, en el proyecto del Plan Nacional de Discapacidad (2003-2006), se identifica a la rehabilitación como uno de sus programas. En dicho proyecto del plan se consideran a los

llamados componentes de la política pública en discapacidad como programas estratégicos de intervención², los cuales involucran a la sociedad y, por ende, a sus diferentes estructuras organizativas e instituciones (Presidencia de la República, 2003).

La integralidad requerida en su intervención, en cualquiera de sus componentes o programas necesita del concurso del Estado, la sociedad y la familia para compartir responsabilidades en el logro de los objetivos y propósitos establecidos para el manejo de las situaciones relacionadas con la discapacidad. Los programas para la intervención en discapacidad son: promoción y prevención, equiparación de oportunidades y habilitación/rehabilitación.

Igualmente, en dicho plan se incorpora directamente la concepción de discapacidad considerada en la CIF (OMS, 2001). En este sentido, los dos primeros programas actúan principalmente sobre el entorno para prevenir el impacto de la discapacidad sobre las personas. La promoción y prevención tiene como fin el reducir la probabilidad de adquirir una condición de salud discapacitante, mientras que la equiparación de oportunidades se orienta a reducir la vulnerabilidad de las personas con discapacidad o a prevenir “los problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales; se trata de una desventaja creada o empeorada por las características de los factores contextuales”, usando la definición de restricciones en la participación de la CIF.

La habilitación y rehabilitación agrupan el conjunto de acciones y procedimientos, realizados con las personas y sus familias, que buscan eliminar o disminuir las limitaciones en la actividad que, en la CIF, se refiere a “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” (Ministerio de Protección Social, 2003).

En este programa se consideran diversas acciones, las cuales son:

- Difundir los beneficios de habilitación y rehabilitación consignados en el POS y de la intervención cubierta por riesgos profesionales.
- Difundir los manuales de estándares de las condiciones tecnológicas y científicas del Sistema Único de Habilitación de los Prestadores de Servicios de Rehabilitación y los Manuales de Procedimientos de Rehabilitación existentes.
- Especificar los estándares de intervención en rehabilitación necesarios para mejorar la autonomía de los usuarios en sus actividades cotidianas y que, entre otros aspectos, deben orientar la capacitación a los familiares y la prescripción y suministro oportuno de ayudas técnicas y aditamentos.

² El Plan Nacional de Desarrollo denomina como Programas a lo que tradicionalmente se ha llamado Componentes en el tema de discapacidad; se sugiere unificar el lenguaje con el utilizado para el resto de temas del Plan.

- Promover, dentro del sistema de garantía de calidad, la acreditación de los servicios de rehabilitación habilitados.

Adicionalmente, y como parte de la gestión y desarrollo de acciones de la política pública en discapacidad, se destaca la elaboración del documento preliminar “Lineamientos de política habilitación/rehabilitación integral para el desarrollo familiar, ocupacional y social de la persona con discapacidad” 2004, bajo la coordinación del Ministerio de Protección Social.

El documento expone los lineamientos de política, de habilitación/rehabilitación integral para el desarrollo, familiar, ocupacional y social de las personas con discapacidad en el territorio nacional. Se destaca un cambio en la forma de abordar la rehabilitación, la cual considera acciones no sólo de mejorar habilidades o capacidades individuales sobre el individuo y su familia sino que trasciende su actuar en forma articulada en la asesoría y apoyo a las acciones que otros componentes desarrollan directamente sobre el entorno que los rodea, dejando ver que ésta debe garantizar un trabajo sobre una “situación” y no sólo sobre “la persona”. El enfoque de rehabilitación está basado en el concepto de discapacidad manejado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), al igual que en las anteriores políticas y planes en discapacidad. Este enfoque de discapacidad permite aclarar que éste no es un problema personal del individuo, sino un fenómeno social y que por lo tanto su grado de severidad no sólo lo determina la limitación que tenga el individuo, sino también las oportunidades que le ofrezca el medio.

De acuerdo con lo anterior, las acciones sobre la discapacidad y las intervenciones que engloban los procesos de habilitación/rehabilitación y que finalmente permiten la equiparación de oportunidades en las personas con discapacidad, tienen en cuenta los aspectos que, según la OMS (2001), son incluidos en la discapacidad como son: déficits en el nivel corporal, limitación en la actividad en el nivel individual, y restricción en la participación en el nivel social (Ministerio de Protección Social, 2004).

En el **nivel corporal**, cuando se presenta una desviación o una pérdida significativa en una función o una estructura corporal, se establece una deficiencia.

En el **nivel individual**, cuando la persona con una deficiencia presenta alteración en las capacidades para ejecutar sus actividades en ambientes normalizados, se dice que presenta una limitación en la actividad.

En el **nivel social**, el individuo con una deficiencia o una limitación en la ejecución de sus actividades, en su entorno real (con barreras) puede experimentar dificultades en la realización de sus actividades, viendo de esta forma una restricción en su participación en situaciones vitales. La participación es vista como un fenómeno que representa las consecuencias sociales y ambientales que afectan al individuo por el hecho de tener una deficiencia o una limitación en la ejecución de sus actividades. Ésta se determina por los obstáculos o barreras físicas, de comunicación, de actitud y legales que presente el entorno; siendo éstas las que disminuyen o

niegan la oportunidad al individuo de ejercer plenamente sus roles. Por lo tanto, el grado de restricción en la participación de la persona con discapacidad difiere de una comunidad a otra, dependiendo de las oportunidades o restricciones que ésta le ofrezca.

Tabla 1. Nivel, funcionamiento y discapacidad.

Nivel	Funcionamiento	Discapacidad
<ul style="list-style-type: none"> • Corporal • Individual • Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Función/estructura • Capacidad de ejecución de una actividad • Participación en situaciones vitales 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia • Limitación en la actividad • Restricciones en la participación

Tomado de: Lineamientos de política habilitación/rehabilitación integral.

De acuerdo con la anterior revisión, se evidencia un cambio de enfoque de la rehabilitación en los diferentes momentos de la construcción de la política pública en discapacidad. En este sentido, el enfoque evoluciona desde el considerar la rehabilitación como la intervención exclusiva sobre el individuo y la familia, con el fin de eliminar o reducir la restricción en la ejecución de actividades en el nivel individual, hasta una intervención que amplía sus acciones hacia el entorno de la persona, como factor determinante del grado de severidad de la discapacidad.

En conclusión, el proceso de rehabilitación como uno de los componentes o programas de la política pública en discapacidad se caracteriza por los siguientes atributos que determinan la gestión y la estrategia para tener en cuenta en el desarrollo de un programa de rehabilitación.

- Intervención de diferentes actores con establecimiento de responsables y corresponsables.
- Estrategia participativa.
- Acciones hacia el cambio de cultura y actitudes en los actores.
- Proceso enmarcado en un sistema y no como acciones independientes y atomizadas.
- Definición de mecanismos de concertación y coordinación.
- Definición de mecanismos de articulación entre las diferentes acciones consideradas en los procesos de rehabilitación.
- Intervención centrada en el individuo, la familia y el entorno.
- Evaluación de procesos, hacia la comprensión y el aprendizaje individual e institucional, sin pasar por alto la necesidad de control de la responsabilidad.

2.2 Rehabilitación en el sistema general en el Sistema General de Riesgos Profesionales

La rehabilitación de los trabajadores que han sufrido un accidente de trabajo o Enfermedad Profesional ATEP, es un servicio asistencial al cual tiene derecho los trabajadores afiliados al SGRP, de acuerdo con la Ley 1295 de 1994. Las Administradoras de Riesgos Profesionales

(ARP), son las encargadas de prestar asistencia para sus afiliados; sin embargo, el enfoque de discapacidad y rehabilitación basado en un enfoque médico, asistencialista e institucionalizado que ha predominado en el país, ha provocado que los procedimientos realizados en este aspecto sean desarticulados, inoportunos, y no coordinados en un programa integral de rehabilitación con objetivos claros en integración socio-laboral. Con el fin de hacer frente a esta problemática y de apoyar la política pública en discapacidad, la dirección del SGRP ha organizado el 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 Protección Social, 2003).

Este sistema está conformado por el Ministerio de Protección Social, las ARP, EPS e IPS, 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).

Con este propósito surge el *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores en el SGRP*, herramienta de trabajo diseñada bajo la coordinación del Ministerio de Protección Social a través de la dirección del SGRP, la cual convocó a los diferentes actores que intervienen en los procesos de rehabilitación para elaborar dicho Manual. El propósito de éste, es el de orientar los procesos de rehabilitación y reincorporación en el desarrollo de una actividad ocupacional de los trabajadores que presenten discapacidad como consecuencia de un ATEP. Este Manual fue editado por primera vez en el año 2002 como *Manual Guía de Procedimientos en Rehabilitación y Reincorporación Laboral de los Trabajadores dentro del SGRP* y con una segunda edición actualizada de 2004 bajo el título *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores en el SGRP*, la cual buscó el abordaje de la rehabilitación de una manera integral, teniendo en cuenta la filosofía de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad), de la reconversión laboral, así como de la orientación ocupacional.

En este sentido, se reemplaza el concepto ‘rehabilitación y reincorporación laboral’ por ‘rehabilitación y reincorporación ocupacional’. El término ocupacional en este contexto hace referencia a la participación del individuo en actividades educativas, laborales y de mantenimiento funcional y satisfacción personal, en el caso de los adultos mayores o personas cuyo pronóstico no favorece el desarrollo de algunas de las anteriores actividades (Ministerio de Protección Social, 2004).

Teniendo en cuenta lo anterior, los lineamientos que guían el proceso de rehabilitación de los trabajadores en el SGRP, están definidos política e institucionalmente en dicho manual, cuyo propósito es guiar las acciones y promover la implementación del proceso de rehabilitación a cargo de las ARP. Dichos contenidos fueron concertados, sustentados científicamente y adaptados a la realidad.

La rehabilitación para los fines de este manual se define como el conjunto de 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 Protección Social, 2004a).

El anterior enfoque del proceso de rehabilitación contempla tres componentes constitutivos de cualquier sistema: insumo-recursos, procesos-procedimientos y producto-resultados (Walls, 2001), así mismo, el proceso considera tres fases en su desarrollo: una fase de entrada (insumo), fase de intervención (proceso) y una de salida (resultados). Este sistema está inmerso en un contexto socio-económico que lo enmarca e interactúa con los procesos internos del sistema (Glarp, 1996).

Insumos y recursos

Los insumos y recursos en rehabilitación en el SGRP se refieren a los principales actores considerados en el proceso de rehabilitación, como son:

Insumos personales

Trabajador con limitaciones y su familia: principal insumo en el proceso de rehabilitación.

Insumos institucionales

- Administradoras de riesgos profesionales (grupo coordinador de rehabilitación).
- Empresa promotora de salud.
- Instituciones prestadoras de salud (equipo interdisciplinario de rehabilitación).
- Empresa.

Otros insumos del entorno

Cada uno de esos actores a su vez cuenta con unos recursos filosóficos, recursos científicos, recursos humanos, recursos materiales y recursos de información.

Procesos y procedimientos

Se entiende por proceso el conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas, que se caracterizan por requerir ciertos insumos y actividades particulares que implican un valor agregado dirigido a obtener unos resultados determinados después de aplicarlos con experticia y que al final muestran la productividad del servicio (Mejía, 1998). El proceso a su vez está constituido por unos procedimientos los cuales por su parte requieren el desarrollo de determinadas actividades para que puedan desarrollarse. Un proceso es una

secuencia de pasos en los cuales algo es modificado produciendo un resultado. Ese algo puede ser un paciente (el proceso de admisión) o información (Donavediam, 2003). Un proyecto de mejoramiento de calidad guía a los equipos a definir explícitamente el proceso en estudio para identificar y eliminar desperdicios y complejidades innecesarias. La transformación de los insumos en productos y resultados se da en razón de los procesos y procedimientos establecidos para alcanzar los objetivos del programa, por lo tanto son indispensables para la transformación de los insumos (Donavediam, 2003). La rehabilitación integral va más allá de los procedimientos médicos sobre el trabajador hacia una acción social, en donde, gracias a la participación de diversos actores, son posibles los procesos; sin embargo, por tratarse de una acción social no siempre los insumos y recursos logran convertirse en resultados a través de ciertos procesos. En este sentido, el seguimiento al proceso, es de gran importancia, ya que permite conocer los aspectos que pueden dificultar la acción de los actores (Wills, 2003).

Los procedimientos considerados en el proceso de rehabilitación de los trabajadores en el SGRP están considerados en varias etapas, las que no siempre deben ser secuenciales y se pueden desarrollar simultáneamente y ajustadas de acuerdo con las necesidades de cada caso. Sin embargo permanece en un esquema de flujo de entrada (determina la pertinencia de entrar al programa y la elegibilidad de la intervención para seguir de acuerdo con la evaluación) intervención (ejecución del plan de tratamiento) y salida (logro de objetivos y resultados y seguimiento).

Productos y resultados

En un programa de rehabilitación, los resultados pueden ser considerados en términos de productos, efectos e impacto (Walls, 2001). Los productos son los resultados concretos de las actividades, los efectos se vinculan a los objetivos del programa, el impacto se refiere a los objetivos más generales de un programa, a los cambios que se persiguen y que se podrán verificar en las condiciones de vida de la población (Niremberg, 2000; Zorro, 2003).

En el SGRP, los productos se refieren a materiales producidos, personas evaluadas, personas intervenidas, empresas e IPS capacitadas, EPS informadas, puestos de trabajo adaptados, etc.

Los efectos referidos a los principales objetivos del programa, son los resultados o cambios observables en los destinatarios a raíz de las actividades realizadas y son: reintegro laboral, reubicación laboral, reconversión de mano de obra, orientación ocupacional, entre otros.

Los impactos se refieren a otros cambios observables en la propia población bajo el programa en momentos posteriores, en poblaciones más amplias, en otros contextos; en este sentido, pueden evaluarse otros aspectos de la calidad de vida de los trabajadores incluidos en el programa.

2.2.1 Proceso de rehabilitación en el *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el SGRP, de 2004*”

2.2.1.1 Características del proceso de rehabilitación

Las características del proceso de rehabilitación de los trabajadores, de acuerdo con el Manual Guía de Rehabilitación, son:

- Su fundamento conceptual es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual fue publicada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001.
- La persona con una discapacidad debe enfrentar procesos de rehabilitación o recuperación de las pérdidas en el nivel corporal, individual o social que haya sufrido. La rehabilitación por lo tanto debe abordarse en forma integral teniendo en cuenta sus necesidades; así mismo debe medir sus resultados de acuerdo al grado de integración social, a través del ejercicio de los roles que le son propios y que, además, desea desempeñar.
- El manual describe el proceso de rehabilitación como un proceso de duración limitada, con objetivos claramente definidos.
- El proceso de rehabilitación requiere de la actuación de la persona con discapacidad, de los profesionales de diferentes disciplinas, de la familia y de la comunidad en general y debe involucrar en su accionar a los diferentes sectores: educación, salud, trabajo, cultura, recreación, etc. para asegurar la integración social, familiar y ocupacional de la persona con discapacidad.
- La Rehabilitación integral desarrolla acciones simultáneas en tres áreas, las cuales están implícitas en los diferentes procedimientos: la promoción de la salud y la prevención de la discapacidad, el desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y la integración socio-ocupacional.

La *Promoción*: Busca a través de intervenciones de comunicación-información, educación-formación y desarrollo de habilidades, crear o mantener condiciones protectoras y favorables a la salud, logrando que los individuos, los grupos y las comunidades ejerzan un mayor control sobre su salud y adopten patrones de vida saludables. En el aspecto laboral se busca promover ambientes de trabajo seguros y saludables.

***Prevención*:** Consiste en la intervención sobre los factores de riesgo que pueden afectar la salud, para evitar la aparición de discapacidad o reducir su impacto sobre el funcionamiento individual y colectivo. Durante el proceso de reintegro laboral de la persona con discapacidad, se identifican no sólo los riesgos que normalmente ofrece el trabajo, sino también los que puedan aumentar el grado de severidad de la discapacidad.

***Desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional*:** Con el fin de eliminar o reducir las secuelas del daño, traducidas en deficiencias o limitaciones en la capacidad de ejecución de

actividades, se promueve la aplicación de medidas terapéuticas y la utilización de tecnología para el desarrollo o mejoramiento de funciones físicas, mentales y/o sensoriales, y apoyo a la integración social, familiar y ocupacional. Debe permitir una aproximación temprana al pronóstico ocupacional, con el fin de poder establecer intervenciones adecuadas que conduzcan al reintegro laboral y apoyen el proceso de rehabilitación profesional.

Integración socio-ocupacional: Es considerada como el grado de participación del individuo en una actividad ocupacional al buscarse su ubicación/reubicación laboral u orientación ocupacional. Además considera la capacidad del trabajador para involucrarse y desempeñar los roles sociales y familiares que le correspondan: por lo tanto las acciones que se dirijan al logro de este objetivo deberán estar interrelacionadas y dirigidas hacia varios frentes en forma simultánea: hacia la persona y su familia, el sector educativo y laboral, y la comunidad en general.

En el manual se divide el proceso general de Rehabilitación en varias etapas, a pesar de que en la práctica éstas no siempre son secuenciales, es decir, puedan ser desarrolladas simultáneamente y ajustadas de acuerdo a las necesidades de cada caso. Igualmente se definen las competencias y responsabilidades de cada uno de los actores involucrados (Ministerio de la Protección Social, ARP, EPS, IPS, empresa y trabajador) frente a una contingencia de ATEP.

La oportunidad en la atención o acceso al servicio es uno de los parámetros definidos el manual relacionados con el éxito de los programas de rehabilitación.

2.2.1.2 Etapas del proceso de rehabilitación. En el manual se divide el proceso general de rehabilitación en varias etapas, como son: Identificación de los casos para ingresar al programa de rehabilitación, evaluación del caso, manejo de la rehabilitación e información y retroalimentación del SGRP. Para efectos del presente trabajo en cada una de las etapas se identifican un conjunto de aspectos técnicos, gerenciales y estratégicos, los cuales permiten guiar la implementación del proceso de rehabilitación descrito en el manual.

El enfoque médico y social en el abordaje de la discapacidad retomado por la Organización Mundial de la Salud 2001 y por los procesos de rehabilitación dentro del SGRP, requiere considerar la actuación de diferentes actores en el nivel institucional como las ARP, EPS e IPS, profesionales de las ciencias de la salud y sociales, familia, trabajo y empleadores, comunidad educativa y el mismo trabajador con discapacidad (Ministerio de Protección Social, 2004). Esta acción mancomunada requiere de mecanismos adecuados de gestión y coordinación al hacerse hincapié en procesos de coordinación, comunicación, cooperación, participación y liderazgo entre otros; con el fin de facilitar y mantener el desarrollo de las actividades por parte de los actores involucrados en la acción (Niremberg, 2000; CIDER, 2001).

2.2.1.2.1 Etapa I. Identificación de los casos para ingresar en el programa de rehabilitación

2.2.1.2.1.1 Aspectos técnicos. Primer procedimiento del programa de rehabilitación, el cual tiene como finalidad ingresar en forma oportuna los casos que requieren ser incluidos en un programa de rehabilitación.

En el Manual Guía se incluye en esta fase la actividad de captura de casos, la cual se refiere a la búsqueda y definición temprana de ingreso de los trabajadores que cumplen unos requisitos de ingreso al programa. En esta versión se determina que el ingreso de los casos debe ser en el menor tiempo posible, máximo 8 días después de la contingencia.

Entre los responsables de identificar o capturar los casos susceptibles de ingresar al programa se encuentran las EPS, IPS y empresas, a través de un formulario de reporte diseñado para tal fin, el cual deben remitir a la ARP. Igualmente, la ARP define la necesidad de vincular nuevos casos al programa mediante la revisión del Formato Único de Reporte de Accidente de Trabajo (FURAT) y el Formato Único de Reporte de Enfermedad Profesional (FUREP) así como de certificados de incapacidad temporal (diagnóstico y más de 30 días de incapacidad).

En la empresa, los encargados de los reportes son los responsables de salud ocupacional y en la IPS y EPS el personal administrativo o de salud. El grupo de rehabilitación de la ARP finalmente decide los casos que ingresan al programa, asumen el liderazgo y la coordinación del proceso de rehabilitación integral de todos los casos.

Criterios de ingreso al Sistema de Rehabilitación

Los criterios de ingreso a los programas de rehabilitación descritos en el manual son identificados en tres aspectos: tipo de contingencia, repercusión del ATEP en la ejecución de actividades en el nivel individual y en la participación en situaciones vitales como en el área socio-laboral, y tiempo de incapacidad.

Por tipo de contingencias

- Amputaciones de cualquier segmento corporal, independientemente de su extensión.
- Fracturas de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cubito).
- Quemaduras de segundo y tercer grado.
- Lesiones del sistema nervioso central y periférico tales como:
 - Trauma craneoencefálico.
 - Trauma raquimedular.
 - Poli neuropatías.
 - Lesiones severas de plejos, raíces o nervios periféricos.
- Lesiones severas de mano, entre otras:
 - Aplastamiento.
 - Quemaduras.
 - Avulsiones.
 - Rupturas tendinosas ó de nervios.
- Lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual.
- Lesiones que comprometan la capacidad auditiva.

Por tiempo de incapacidad

- Trabajadores lesionados con incapacidades por ATEP que superen los términos de tiempo de recuperación previsto para la patología.
- Trabajadores con más de 30 días de incapacidad.

Repercusión del ATEP en la ejecución de actividades en el nivel individual y en la participación en situaciones vitales como en el área socio-laboral

- Trabajadores con secuelas permanentes por lesiones graves a consecuencia de un accidente de trabajo o Enfermedad Profesional que interfieran con su desempeño laboral.

2.2.1.2.1.2 Aspectos gerenciales y estratégicos. En la primera fase del programa se pueden identificar aspectos gerenciales y estratégicos, para tener en cuenta por las ARP, con el fin de facilitar y mantener el desarrollo de las actividades por parte de los actores involucrados en el proceso de rehabilitación. Estos aspectos son:

- Organización de un grupo de rehabilitación, responsable de la gestión y coordinación de los procesos.
- Elaboración de criterios propios o protocolos específicos, basados en los criterios establecidos en el manual, que determinen la inclusión de los casos así como la direccionalidad o abordaje de cada uno.
- Implementación de mecanismos de sensibilización y capacitación a las empresas, EPS e IPS, con el fin de garantizar el reporte oportuno y adecuado de los casos.

2.2.1.2.2 Etapa II: Evaluación del caso

2.2.1.2.2.1 Aspectos técnicos. De acuerdo con los contenidos del manual, la información recogida en la evaluación debe permitir una estimación y medición *inicial del funcionamiento y discapacidad del trabajador en el nivel corporal, en el nivel individual y en el nivel socio laboral*, con el propósito de establecer el diagnóstico, pronóstico funcional y socio ocupacional del individuo y posterior formulación del plan de tratamiento. Esta evaluación se realiza a través de un instrumento diseñado para tal fin; en la actualidad el SGRP, cuenta con un instrumento diseñado con base en la CIF, cuyo propósito es servir de referencia para identificar el efecto del proceso de rehabilitación y sus resultados al ser comparados con una calificación final una vez éste haya concluido.

La información necesaria para realizar la evaluación del caso debe provenir del diagnóstico médico y funcional, e información general de aspectos ocupacionales y del contexto. A medida que haya pasado la etapa crítica de atención médica y funcional se realiza una valoración más profunda de las posibilidades ocupacionales del individuo, de los requerimientos del puesto de trabajo y de los factores contextuales que pueden facilitar u obstaculizar el desarrollo de una actividad ocupacional y social.

No obstante lo anterior, en esta versión del manual no se describe claramente cuáles son las valoraciones necesarias para obtener información que permita hacer el perfil de funcionamiento y discapacidad del trabajador, con base en los instrumentos diseñados para tal fin; sin embargo se identifican los siguientes procedimientos de diagnóstico:

a. Actividades de diagnóstico

Incluye un diagnóstico clínico, diagnóstico funcional, de requerimientos de desempeño en el medio laboral (exigencias en el puesto de trabajo) y el del contexto. El conocimiento de estos aspectos se considera indispensable para la definición del pronóstico funcional y ocupacional, e igualmente para el establecimiento de objetivos y estrategias para seguir el plan de rehabilitación.

Diagnóstico funcional

De acuerdo con los contenidos del Manual, el diagnóstico funcional se da por evaluaciones que permiten definir el funcionamiento del individuo en las actividades de la vida cotidiana, la aptitud funcional y la capacidad del trabajador para volver al trabajo. Estas evaluaciones tienen que ser realizadas y administradas por profesionales entrenados para esta labor. La evaluación funcional en sus diferentes momentos muestra el estado del usuario al ingreso al programa de rehabilitación, el progreso realizado durante todo el programa y el estado que presenta al ser dado de alta. Igualmente deja entrever si se están cumpliendo los objetivos y las metas trazadas al inicio, teniendo en cuenta que el tratamiento es susceptible de cambio a corto, mediano y largo plazo. En el Manual se incluyen los siguientes aspectos de valoración que permiten establecer el diagnóstico funcional o capacidad funcional del trabajador:

- Capacidad mental.
- Capacidades sensoriales.
- Capacidades de motricidad fina incluyendo la funcionalidad de los diferentes agarres y patrones de movimiento.
- Capacidades de motricidad gruesa.
- Capacidad de esfuerzo físico:
- Cardiorrespiratoria.
- Biomecánica.
- Capacidad de comunicación.
- Capacidad de responder a exigencias del ambiente laboral y social.
- Aspectos emocionales, autoestima y proyectos de vida.

Aunque no es un aspecto resaltado en los contenidos del manual, el diagnóstico funcional en la evaluación inicial del caso permite definir un pronóstico ocupacional con base en la identificación de las capacidades funcionales requeridas para equilibrar las exigencias del puesto, identificándose las indemnes, las capacidades recuperables, definiendo el método de recuperación y las capacidades no recuperables.

Diagnóstico de requerimientos del puesto de trabajo

Es un procedimiento metodológico que permite obtener toda la información relativa a un puesto de trabajo y su entorno. Incluye el análisis y la descripción del ambiente de trabajo, enfatizando en los procesos físicos, en los estímulos que la persona ha de percibir y en las respuestas que ha de ejecutar. Los requerimientos de las tareas se centran en las necesidades del rendimiento humano (conocimientos, habilidades, etc.). El análisis de los requerimientos del puesto de trabajo incluye:

- Descripción de las condiciones de trabajo.
- Descomposición jerárquica del proceso: se refiere a la descomposición de la actividad laboral que se realiza en el puesto de trabajo del afiliado.
- Funciones del trabajador.
- Aspectos organizacionales (jornada, descansos, rotaciones, turno, ritmo).
- Aspectos ambientales (iluminación, temperatura, ruido, vibración, accesibilidad, riesgos, elementos de protección).
- Nivel de calificación.
- Relaciones interpersonales.
- Descripción del puesto de trabajo.
- Características del diseño del puesto de trabajo.
- Elementos de confort postural.
- Herramientas, equipos y materiales.
- Evaluación de carga física-biomecánica.
- Descripción de las demandas posturales.
- Descripción de las demandas de fuerza y destreza.
- Descripción de las demandas de movimiento.
- Evaluación de la carga mental.
- Comprensión.
- Atención.
- Concentración.
- Memoria.
- Iniciativa.
- Contenido del trabajo.
- Evaluación de requerimientos sensoriales y de comunicación.

En el contexto de la rehabilitación, el análisis del ambiente de trabajo hace objetivas las exigencias del desempeño y establece los posibles riesgos a los que se puede ver expuesto el trabajador reincorporado. Así mismo, define las intervenciones necesarias para equilibrar estas

exigencias con las capacidades del individuo. Por tanto, se incluyen todas las variables mencionadas, pero se enfatizan los aspectos determinantes del desempeño laboral en cada caso.

Análisis del entorno. Factores contextuales

En el manual de rehabilitación se considera el análisis del entorno, el cual incluye la identificación de las barreras o los facilitadores que puedan entorpecer o apoyar la rehabilitación.

- Aspectos físicos.
- Aspectos sociales.
- Aspectos actitudinales.

Este aspecto es retomado de la CIF, como determinante en el grado de participación de la persona con discapacidad en el ambiente socio-laboral. El objetivo principal es identificar los factores contextuales ambientales y personales que pueden favorecer o dificultar la integración ocupacional y social del usuario.

b. Actividades de pronóstico

El objetivo de esta actividad es predecir el futuro funcional y ocupacional del individuo con base en la información recolectada durante el proceso de evaluación.

En el manual se hace énfasis en el análisis de todos los elementos de las actividades de diagnóstico para definir un pronóstico real, que permita orientar al usuario hacia su futuro ocupacional, incluyendo todos los factores contextuales ambientales o personales que pueden obstaculizar o facilitar el proceso de rehabilitación. Igualmente se resalta la necesidad de determinar el pronóstico con base en la definición concertada del equipo participante. Teniendo en cuenta esta actividad se establecen el plan y las metas de rehabilitación.

Tal pronóstico puede facilitarse y ser más seguro si se realizan valoraciones sucesivas, que proporcionen una verdadera curva de la evolución y permitan ir haciendo los ajustes necesarios al plan de trabajo establecido.

c. Plan de rehabilitación

En esta fase se pretende establecer un plan organizado de rehabilitación que indique los objetivos, las metas, las estrategias, las actividades, los tiempos de cumplimiento y los responsables de acuerdo con el diagnóstico y el pronóstico de cada caso. El plan debe ser concertado con el individuo e incluir acciones de rehabilitación funcional, ocupacional y social. En el plan se deben proponer periodos de seguimiento para la realización de ajustes si es necesario.

De acuerdo con los contenidos del manual las metas de los planes de rehabilitación pueden moverse entre:

- Reintegro laboral. Cuando las condiciones individuales sean excedentes o suficientes respecto al perfil de exigencias del puesto y las condiciones de trabajo no representen riesgo para el trabajador, éste podrá ser reintegrado a su mismo puesto de trabajo.

- Reintegro laboral con modificaciones. Cuando el trabajador, para su desempeño en el mismo puesto de trabajo, requiere modificaciones tales como reasignación de tareas, límites de tiempo, asignación de turnos u horarios específicos, etc. En los casos en los que se requieran modificaciones de diseño o procesos, previos al reintegro, se requiere la evaluación del puesto de trabajo y la ejecución de las adaptaciones del ambiente de trabajo.
- 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. Ésta 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. Los aspectos que se deben tener en cuenta en este proceso son:
 - Tener como referente el historial ocupacional de individuo para orientar el proceso de capacitación para el trabajo.
 - Ofrecer procesos de reconversión en el mismo nivel de calificación ocupacional en que se encontraba el usuario antes de la contingencia (no calificado, semicalificado, calificado y altamente calificado).
 - Debe ser definido como una meta por parte del equipo de rehabilitación. Todo proceso de formación para una reconversión debe ser certificado por una institución reconocida.
 - El proceso de reconversión no debe superar los seis meses de formación.
- Orientación al desarrollo de una actividad laboral diferente al empleo (microempresa, empresa asociativa de trabajo, teletrabajo, entre otras), cuando el usuario por dificultades de la empresa donde se desempeñaba no puede ser reintegrado a esta y tampoco se cuenta con oportunidades laborales en otras empresas.
- Orientación al desarrollo de una actividad no laboral de mantenimiento funcional y calidad de vida en los casos en que el usuario a raíz de su discapacidad no posee las capacidades suficientes para integrarse al mundo laboral.

2.2.1.2.2 Aspectos gerenciales y estratégicos

- Implementación de estrategias dentro del proceso de rehabilitación que permitan promover la participación del trabajador su familia y empleador en la definición del plan de intervención.

- Mecanismos de articulación de los profesionales del grupo interdisciplinario para concertar pronóstico y plan de rehabilitación.
- Definición de estrategias que promuevan la aplicación del instrumento de evaluación y seguimiento a los procesos de rehabilitación, dentro del equipo interdisciplinario.
- Mecanismos de coordinación del programa de rehabilitación desde instancias administrativas.
- Implementación de manuales de procedimientos o guías de manejo de los procesos de rehabilitación.

2.2.1.2.3 Etapa III. Manejo de la rehabilitación integral

2.2.1.2.3.1 Aspectos técnicos. En el manual guía de rehabilitación se define esta etapa como el conjunto de procesos que van desde una evaluación-orientación hasta todas las intervenciones científicas o técnicas que permitan el reintegro laboral de las personas en un puesto de trabajo adecuado, comprende la rehabilitación funcional, profesional y social. Se tienen en cuenta las incapacidades temporales por permitir la realización de tratamientos necesarios para recuperar la capacidad laboral y adelantar las acciones propias del programa de rehabilitación.

La Rehabilitación funcional

Corresponde al conjunto de acciones que permiten recuperar en la medida de lo posible, la función perdida y potencializar las capacidades remanentes necesarias para el desempeño funcional, ocupacional y social. Incluye programas específicos de terapia física, terapia del lenguaje, psicología, servicios médicos especializados, formulación de órtesis y prótesis, entre otras.

La Rehabilitación profesional

En el manual de rehabilitación se describen especialmente las actividades de rehabilitación profesional para trabajadores que tienen posibilidades de una reincorporación laboral como reintegro laboral con o sin modificaciones. Como metas de rehabilitación se plantean otras adicionales para trabajadores que por su discapacidad no tienen esta posibilidad de reintegro, como la reubicación laboral, la reconversión de mano de obra, la orientación hacia otras alternativas de trabajo o hacia el desarrollo de una actividad de mantenimiento funcional, sin embargo, no se hace énfasis en las actividades necesarias para el logro de estas metas.

El proceso de rehabilitación profesional debe iniciarse simultáneamente con las demás acciones de rehabilitación y pueden requerir una o más conductas en forma simultánea, que corresponden a las acciones concretas sobre el trabajador, el ambiente laboral y extra laboral o del contexto en el que interactúa el trabajador. Éstas buscan equiparar las capacidades del individuo en sus aspectos personal, familiar y social con las exigencias de desempeño laboral y del ambiente.

En el Manual se plantean las siguientes actividades:

Readaptación del individuo al trabajo

Comprende las siguientes acciones terapéuticas concretas sobre el trabajador, que buscan desarrollar o recuperar habilidades, actitudes, hábitos y destrezas para su desempeño en el ambiente laboral de la empresa:

- Técnicas especiales de tratamiento psicológico, cognitivo o físico que buscan desarrollar o fortalecer las capacidades necesarias para el desempeño de la actividad laboral de forma eficiente y segura, entre las cuales se incluyen, entre otras:
 - Manejo del duelo.
 - Manejo emocional, cognitivo e intelectual del trabajo.
 - Recuperación de hábitos laborales perdidos (manejos de jornadas, horarios, etc.).
 - Manejo de hábitos de trabajo seguros.
 - Manejo de relaciones interpersonales con autoridad y con compañeros de trabajo.
 - Adaptaciones físicas especiales, mediante aditamentos para el desempeño laboral.
 - Entrenamiento en destrezas físicas especiales.
 - Entrenamiento o capacitación en un nuevo oficio.
 - Entrenamiento ó reentrenamiento en la utilización de herramientas, elementos y materiales propios del puesto de trabajo.
 - Entrenamiento ó reentrenamiento en el manejo de los riesgos propios del puesto de trabajo y de los que puedan aumentar el grado de discapacidad.
 - Desarrollo de destreza en la utilización de las ayudas técnicas suministradas para facilitar la realización del trabajo.
 - Entrenamiento en la correcta utilización de órtesis o prótesis dentro del ambiente laboral en el que se desempeñara.

Modificaciones al ambiente de trabajo

Se refieren a los cambios administrativos, organizacionales, de diseño del puesto trabajo, del ambiente laboral en general y de seguridad que se requieren para equilibrar las capacidades del individuo con los requerimientos de desempeño del trabajo. Incluyen modificaciones:

- Administrativas y organizacionales.
 - Jornadas.
 - Turnos.
 - Rotaciones.
 - Descansos.
 - Procedimientos de trabajo.
 - Líneas de comunicación.

- Diseño de puestos de trabajo.
 - Accesibilidad.
 - Planos.
 - Zonas.
 - Espacios.
 - Máquinas.
 - Herramientas.
 - Elementos de trabajo.
- Ambiente laboral general.
 - Ambiente físico.
 - Aspectos locativos.
 - Accesibilidad.
- Seguridad.
 - Normas generales de seguridad.
 - Elementos de protección personal.
 - Guardas, fotoceldas, etc.

Adaptación al ambiente extra laboral

Se refiere a los mecanismos adaptativos en el ambiente familiar, comunitario y social (roles, vivienda, transporte etc.) que permitan al individuo “mejorar su calidad de vida” y “mejorar el desempeño de todos sus roles”.

Incluye la valoración y orientación para la adaptación o ajustes de aspectos como:

- Vivienda.
- Transporte.
- Recreación, deporte y cultura.
- Cambio de roles familiares y
- Otros aspectos de Actividades Básicas Cotidianas (ABC) y actividades de la vida diaria (AVD).

Reincorporación laboral

En el manual de rehabilitación esta actividad es considerada como el proceso de reincorporación del trabajador ya preparado para enfrentarse al medio laboral, mediante el reintegro laboral (con o sin modificaciones), o la reubicación laboral (temporal o definitiva). De igual forma esta reincorporación se puede dar después de una reconversión de mano de obra.

En esta actividad se incluyen otras sub-actividades como son:

Reinducción: en esta fase del proceso de rehabilitación el trabajador se va involucrando con actividades de su puesto de trabajo en forma temprana y paulatina supervisado por salud ocupacional de la empresa y el profesional encargado del proceso de rehabilitación de la ARP. Como parte de los objetivos de esta fase se mencionan en el manual: desarrollar actitudes, hábitos y destrezas para su desempeño en el ambiente laboral específico, propio de su empresa y meta de la reincorporación; estimular la recuperación física y mental del trabajador; reforzar el conocimiento de las normas de seguridad y demás aspectos propios de un proceso de reinducción; preparar a los compañeros de trabajo para la llegada del trabajador con discapacidad; facilitar al trabajador con discapacidad el proceso de reincorporación a su medio laboral.

Prueba de trabajo: Se pretende evaluar el desempeño del individuo reincorporado, en el puesto seleccionado mediante la observación directa, la verificación de los estándares propios del puesto y la percepción del trabajador en términos de:

- Productividad, de acuerdo con los estándares de la empresa.
- Seguridad, según los parámetros del programa de la empresa.
- Confort, en términos de la percepción subjetiva del trabajador.

Una vez realizada la prueba de trabajo se puede concluir que se requieren nuevas adaptaciones al individuo o al puesto de trabajo o al ambiente laboral, o que se ha cumplido la meta planteada.

Reintegro laboral

Es la actividad en la que se concreta la meta planteada. Corresponde al reintegro del trabajador al desempeño de una actividad laboral, en condiciones de competitividad, seguridad y confort.

2.2.1.2.3.2 Aspectos gerenciales y estratégicos. En esta fase se pueden identificar los siguientes aspectos gerenciales y estratégicos para tener en cuenta.

- Implementación de mecanismos de comunicación con la empresa acerca del proceso de rehabilitación funcional y profesional de sus trabajadores.
- Desarrollo de estrategias de capacitación en las empresas, para la implementación de procedimientos en reincorporación laboral y seguimiento de sus trabajadores.
- Implementación en los programas de rehabilitación de estrategias participativas del trabajador y su familia.
- Implementación de estrategias de coordinación de los procedimientos de rehabilitación entre profesionales tratantes en EPS, IPS y el programa de rehabilitación de la ARP.

2.2.1.2.4 Etapa IV: Retroalimentación del sistema

2.2.1.2.4.1 Aspectos técnicos. En el Manual Guía de Rehabilitación se describe esta etapa como la Fase del proceso que se inicia con la sistematización de la información de las actividades de seguimiento que se realizan al trabajador que se ha reintegrado, por parte de la ARP y termina con los informes que el Ministerio de la Protección Social expedirá anualmente de las

conclusiones y recomendaciones a la información enviada por las ARP sobre el desarrollo de sus sistemas de rehabilitación. El seguimiento de los procesos de rehabilitación implica la verificación de los resultados y logro de los objetivos de los procesos individuales en el trabajador y la empresa y los colectivos en las ARP y el SGRP. Esto permite acopiar la información necesaria para retroalimentar los procesos de rehabilitación en el SGRP.

Como parte de las actividades mencionadas en esta fase, se encuentran el seguimiento al trabajador y la empresa, seguimiento de los casos por la ARP, y seguimiento del Ministerio de la Protección Social.

Seguimiento al trabajador y a la empresa

Todos los trabajadores reincorporados laboralmente y los orientados hacia el desarrollo de una actividad ocupacional no laboral, requieren seguimiento, mediante técnicas de evaluación del desempeño ocupacional, de asesoría en caso de cambios en las condiciones laborales ó la aplicación de medidas complementarias de rehabilitación.

Se considera que esta etapa se inicia a partir del momento en que se tomó la conducta definitiva de reincorporación laboral o de orientación hacia el desarrollo de una actividad ocupacional no laboral.

El seguimiento determina el éxito de la rehabilitación por lo tanto los resultados que se medirán estarán de acuerdo con la conducta seguida.

- Reincorporación laboral: los resultados se miden de acuerdo con el grado de competencia laboral del individuo, que incluye el mantenimiento de un vínculo laboral eficiente.
- Orientados hacia el desarrollo de una actividad productiva no laboral: los resultados se miden con base en la ejecución y sostenimiento de unidades productivas en el medio económico del país.
- Orientación hacia el desarrollo de actividades de mantenimiento: los resultados se miden por el mantenimiento funcional y calidad de vida del usuario.

Cuando la conducta seguida es de reincorporación laboral, se da un tiempo entre uno y tres meses, para que el trabajador y su jefe inmediato realicen la recopilación de información fundamental para el seguimiento, la cual contempla los siguientes aspectos:

- Trabajador
 - Percepción de confort.
 - Percepción de seguridad.
 - Percepción de eficiencia.
 - Relaciones sociales dentro de la empresa.
- Jefe inmediato
 - Cumplimiento de estándar de productividad.
 - Cumplimiento de normas de seguridad.
 - Relaciones sociales dentro de la empresa.

Si los resultados son satisfactorios, el caso se considera cerrado y el equipo de rehabilitación de la ARP emite el certificado correspondiente, el cual será anexado al expediente del trabajador (*Certificado de Rehabilitación Profesional*). Si se encuentra alguna alteración en el desempeño, se requerirá la reorientación de la reincorporación ocupacional.

La ARP recalifica las condiciones del trabajador según el instrumento de evaluación (deficiencia, limitación en la actividad, restricción en la participación), con el fin de comparar con la evaluación inicial, realizada en la actividad de diagnóstico de la etapa 2, y verificar el impacto del programa de rehabilitación en las condiciones del trabajador.

En los casos en los que los trabajadores no tengan la opción de reincorporación laboral, y se le haya orientado hacia el desarrollo de una actividad ocupacional no laboral, se considera entre uno y tres meses después de dado por terminado el proceso de rehabilitación, para hacer la verificación de la situación funcional y ocupacional del usuario, la cual se basa en la observación de la calidad de vida que este tenga en el momento del seguimiento. En los casos en que se observe una disminución de la calidad de vida, se analiza la conducta a seguir para remediar la situación, de lo contrario, el caso se da por cerrado y el equipo de rehabilitación de la ARP emite el Certificado de Rehabilitación Profesional, el cual será anexado al expediente del trabajador.

Seguimiento de los casos por la ARP

Las ARP recopilan, analizan y consolidan la información correspondiente a todos los casos de trabajadores afiliados que hayan requerido de rehabilitación y además realizan un seguimiento procedimental y estructural de su programa.

El análisis de la información debe definir las causas de accidentalidad de alta severidad y detectar grupos demográficos, empresas, oficios o actividades económicas de alto riesgo, para orientar actividades de promoción y prevención sobre bases objetivas.

Así mismo, valoran el impacto en cada caso en términos de la diferencia lograda durante todo el proceso y el cumplimiento de la reincorporación ocupacional.

Estos seguimientos permitirán a la ARP evaluar su proceso y hacer los ajustes necesarios. Tienen una periodicidad semestral y anual, ajustada con los requerimientos de información por parte del Ministerio de la Protección Social, con el fin de facilitar el manejo de la información.

Seguimiento semestral. Se incluyen los casos nuevos que ingresan al programa de rehabilitación en el período y se anotan las siguientes variables:

- Nombre de la empresa.
- NIT.
- Tamaño de la empresa según el Decreto 2013.
- Actividad económica según el Decreto 1607/02.
- Clase de riesgo según el Decreto 1607/02.

- Oficio según la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO).
- Edad en años.
- Sexo.
- Diagnóstico según la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10.
- Calificación inicial de deficiencia-discapacidad-minusvalía.
- Clasificación según el tipo de accidente (ANSI Z.16-1 y Z.16-2).

Los casos cerrados se registran como novedad, adicionando la siguiente información:

- Instrumento de evaluación y seguimiento del proceso de rehabilitación (pendiente de diseño y validación).
 - Resultado de cierre en términos de reincorporación laboral, reubicación, orientación ocupacional.
 - Anotar si el caso fue pensionado o indemnizado.
 - Tiempo total en meses que se requirió para finalizar el proceso de rehabilitación.
- Seguimiento anual. La ARP consolida la información de todos los casos que han requerido rehabilitación generando indicadores anuales, como los siguientes:

Indicadores de procedimientos

de casos de AT ingresados a rehabilitación x 100
de AT reportados

de casos de EP ingresados a rehabilitación x 100
de EP reportados

de casos de AT ingresados a rehabilitación x 100
de AT remitidos a rehabilitación

de casos de EP ingresados a rehabilitación x 100
de EP remitidos a rehabilitación

Indicadores de resultados

de casos reintegrados x 100
de casos ingresados a rehabilitación

de casos reubicados x100
de casos ingresados a rehabilitación

de casos con orientación ocupacional x 100
de casos ingresados a rehabilitación

de pensionados x 100
de casos ingresados a rehabilitación

de indemnizados x 100
de casos ingresados a rehabilitación

Indicador de estructura# de profesionales del programa de rehabilitación

de trabajadores afiliados a la ARP

La información recopilada semestral y anualmente es reportada al Ministerio de la Protección Social en documento impreso y en medio magnético. Adicionalmente, se adjunta el análisis de la información en un informe que incluye:

- Definición de las causas de accidentalidad y Enfermedad Profesional de alta severidad.
- Distribución de los diagnósticos más frecuentes que requieren procesos de rehabilitación.
- Detección de grupos demográficos, empresas, oficios o actividades económicas de alto riesgo.
- Valoración del impacto en los casos en términos de la diferencia lograda en la calificación de invalidez.
- Cumplimiento de la reinserción laboral por tipo y distribución, según sexo, edad, tipo de ocupación, diagnóstico y calificación de invalidez.

En el reporte anual se envía el consolidado de la información semestral y se relacionan los resultados de los indicadores expuestos con su correspondiente análisis.

Seguimiento del Ministerio de la Protección Social

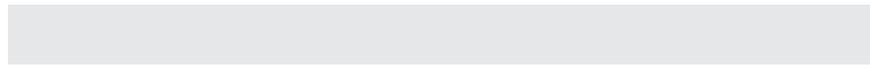
Cada año, el Ministerio de la Protección Social, tomando en consideración la información reportada por las ARP, consolida los datos y establece la distribución de los casos por:

- Actividad económica.
- Clase de riesgo.
- Tamaño de las empresas.
- Grupos de edad.
- Género.
- Diagnósticos.
- Causas de accidente o Enfermedad Profesional.
- Calificación de deficiencia-discapacidad-minusvalía inicial y final.
- Tiempo de duración del programa de rehabilitación.
- Tipo de Reincorporación Ocupacional.

El análisis de esta información le permitirá caracterizar las condiciones relacionadas con accidentes y enfermedades de alta severidad, así como el impacto de los procesos de rehabilitación aquí planteados en un contexto nacional. Esta información será resumida y difundida a todos los participantes del SGRP y servirá para orientar las acciones, no solamente de los procesos de rehabilitación, sino del sistema en general.

2.2.1.2.4.2 Aspectos gerenciales y estratégicos. En esta fase del programa se pueden identificar aspectos gerenciales y estratégicos, para tener en cuenta por las ARP.

- Desarrollo de estrategias de capacitación en las empresas, para promover la implementación de procedimientos internos para la reincorporación laboral y seguimiento de sus trabajadores.
- Definición en los programas de rehabilitación de criterios para determinar el cierre de los casos y definición de responsables de emitir certificado de rehabilitación.
- Implementación de estrategias de sistematización de la información proveniente de los procesos de rehabilitación, teniendo en cuenta el instrumento de evaluación y seguimiento del proceso de rehabilitación, y las variables e indicadores determinados por el Ministerio de Protección Social.



CAPÍTULO 3

CÓMO SE REALIZÓ EL ESTUDIO

CÓMO SE REALIZÓ EL ESTUDIO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Este trabajo de investigación se enmarca dentro de las investigaciones de tipo descriptivo, con un componente cualitativo y otro cuantitativo. En éste se miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno para investigar. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Desde el punto de vista científico, describir es medir. La investigación descriptiva requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder (Hernández, 1994).

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por todas las doce Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), de carácter privado y público ubicadas en Bogotá.

Para efectos del presente trabajo de investigación se decidió tomar como muestra el total de las ARP. El análisis cuantitativo de la gestión en rehabilitación, se realizó con base en la información suministrada por el total de las ARP, a la Dirección General de Riesgos Profesionales. El análisis cualitativo de la gestión en rehabilitación se efectuó con base en las informaciones recibidas de ocho ARP, ubicadas en Bogotá, correspondientes al 66% del total de la población. La caracterización de las ARP, que participaron en el análisis cualitativo de la presente investigación es la siguiente:

Tabla 2. ARP públicas y privadas.

Tipo de entidad	Número de ARP
Públicas	2
Privadas	6

Tabla 3. Tamaño ARP.

Tamaño por número de afiliados	Número de ARP
Grandes (entre 1.679.640 a 942.816 afiliados)	3
Medianas (entre 655.231 a 122.321 afiliados)	4
Pequeñas (entre 57.296 a 11.912)	1

3.3 Instrumentos de medición

La recolección de la información, para el análisis cuantitativo de la gestión, se realizó a partir de la base de datos relacionada con la gestión en rehabilitación de las ARP, en el periodo comprendido entre mayo del 2007 a mayo del 2008, suministrada por la Dirección General de Riesgos Profesionales.

Con el fin de recolectar la información para el análisis cualitativo de la gestión fue necesario diseñar como instrumento una encuesta, a partir de la identificación de las dimensiones y variables involucradas en la investigación, correspondientes en este caso al proceso de rehabilitación descrito en el *“MANUAL GUÍA SOBRE PROCEDIMIENTOS PARA LA REHABILITACIÓN Y REINCORPORACIÓN OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES”*.

Las dimensiones y variables identificadas permitieron realizar el planteamiento de las preguntas que hacen parte de la encuesta aplicada a las ARP.

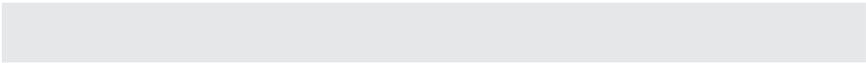
Tabla 4. Dimensiones, definición y variables del proceso

Dimensiones	Definición	Variables			
Identificación de los casos	Primer procedimiento del programa de rehabilitación, el cual tiene como finalidad ingresar en forma oportuna los casos que requieren intervenciones del programa de rehabilitación	Oportunidad en el ingreso	Parámetros de ingreso	Aspectos gerenciales y estratégicos del procedimiento	
Evaluación del caso	Segunda etapa del proceso de rehabilitación cuya finalidad es conocer el estado inicial de funcionamiento y discapacidad del trabajador, el pronóstico funcional y ocupacional, profesional y la definición del plan de intervención.	Tipo de valoraciones	Diagnóstico y pronóstico	Plan de Rehabilitación	Aspectos Gerenciales y estratégicos del procedimiento
Manejo de la rehabilitación	Es la fase del proceso cuyo objetivo es desarrollar las acciones necesarias planteadas en el plan de rehabilitación que permitan el logro de los objetivos propuestos	Rehabilitación Funcional	Rehabilitación ocupacional y profesional	Cierre de casos	Aspectos Gerenciales y estratégicos del procedimiento
Retroalimentación	Etapas final del proceso de gestión en rehabilitación cuya finalidad principal es hacer seguimiento a la reincorporación ocupacional de los trabajadores y retroalimentar al sistema de rehabilitación del SGRP.	Sistematización de la información	Seguimiento a la reincorporación laboral	Aspectos Gerenciales y estratégicos	

Para la elaboración de la encuesta, inicialmente se diseñó un modelo preliminar el cual fue puesto a consideración de expertos en el tema y de especialista en estadística. Se tomaron en cuenta los cambios sugeridos y se realizó una prueba, que permitió realizar algunas modificaciones finales para facilitar la aplicabilidad de la encuesta.

3.4 APLICACIÓN DE LA INSTRUMENTACIÓN

La aplicación del instrumento se realizó con la colaboración de la Dirección General de Riesgos Profesionales del Ministerio de Protección Social. El presente trabajo de investigación hace parte del proceso de retroalimentación que la DGRP se encuentra realizando con las diferentes ARP en el tema de rehabilitación, por lo cual se contó con el apoyo de dicho ente gubernamental para contactar las ARP y darles a conocer el objetivo del estudio. La encuesta fue enviada por correo electrónico a las diferentes ARP, y en el transcurso de aproximadamente un mes y medio fueron devueltas a la DGRP.



CAPÍTULO 4

QUÉ SE ENCONTRÓ

QUÉ SE ENCONTRÓ

El análisis de resultados se realizó desde un componente cuantitativo, teniendo en cuenta la información enviada por las ARP sobre la gestión en rehabilitación en accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional, en el periodo mayo del 2007 a mayo del 2008; y desde un componente cualitativo teniendo en cuenta la información referente a los procedimientos de rehabilitación, obtenida con la aplicación de las encuestas a las ARP.

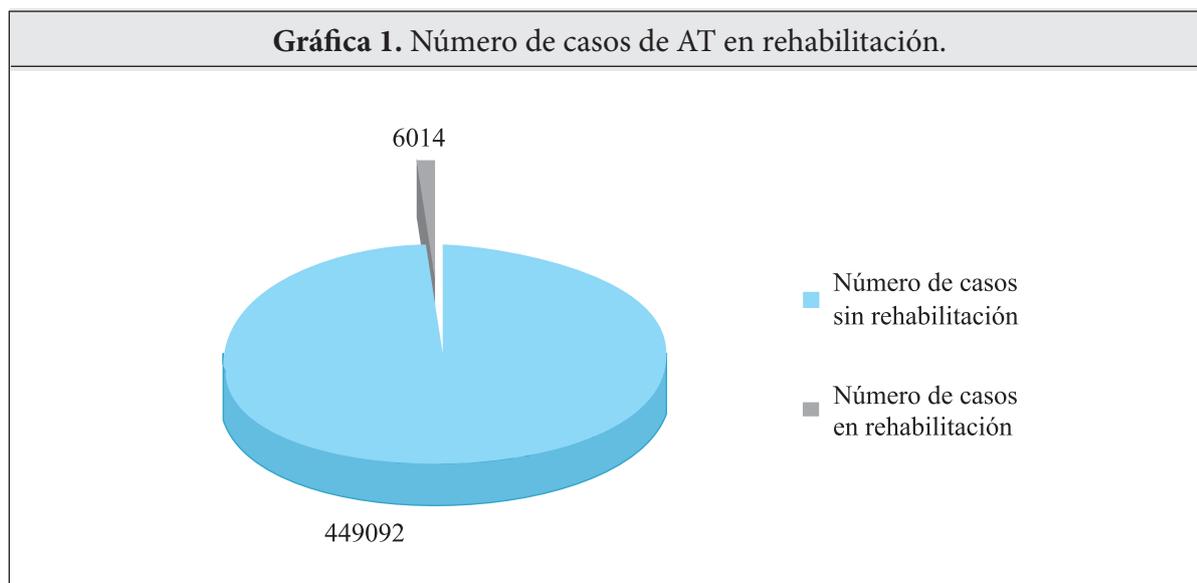
4.1 COMPONENTE CUANTITATIVO

Análisis de la información enviada por las ARP sobre gestión en rehabilitación en Accidentes de Trabajo (AT). Mayo de 2007- mayo de 2008.

Tabla 5. Número de casos de AT en rehabilitación

Número total de accidentes de trabajo	455.106
Número de casos de AT sin rehabilitación	449.092 99%
Número de casos de AT en rehabilitación	6014 1%

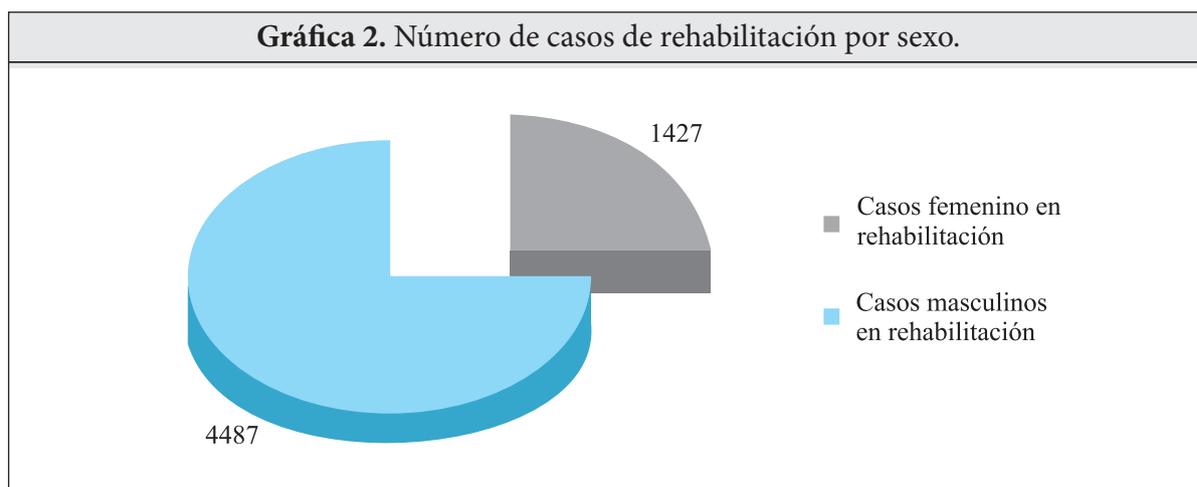
Gráfica 1. Número de casos de AT en rehabilitación.



El número total de casos de accidentes de trabajo en el periodo de mayo del 2007 a mayo del 2008 fue de 455.106. De acuerdo con lo reportado por las ARP, tan solo el 1% del total estuvieron en rehabilitación. Este porcentaje no estaría dentro de lo esperado en cuanto a la atención en rehabilitación de los trabajadores que han sufrido accidentes de trabajo dentro del SGRP.

Tabla 6. Número de casos de AT en Rehabilitación por sexo.

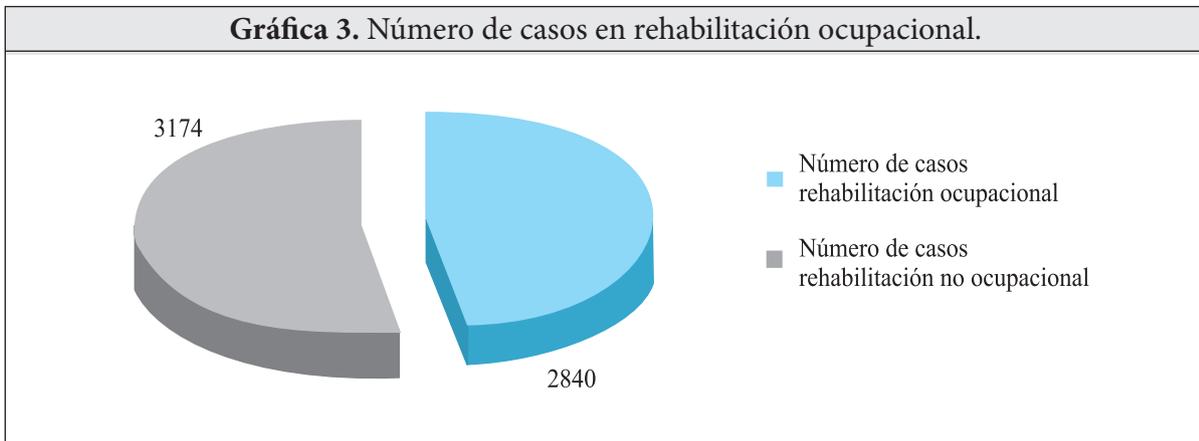
Número de casos de AT en rehabilitación por sexo	
Casos femenino en rehabilitación	1427 24%
Casos masculino en rehabilitación	4587 76%
Total de casos en rehabilitación	6014



De acuerdo con la información reportada por las ARP, el total de casos en rehabilitación en el periodo de mayo del 2007 a mayo del 2008 fue de 6014 casos. El 24% corresponde al sexo femenino y el 76% corresponde al sexo masculino. Este reporte permite determinar la necesidad de desarrollar medidas de prevención y rehabilitación, teniendo en cuenta pautas determinadas por las características propias del trabajador de sexo masculino.

Tabla 7. Número de casos rehabilitación ocupacional/ casos total de rehabilitación.

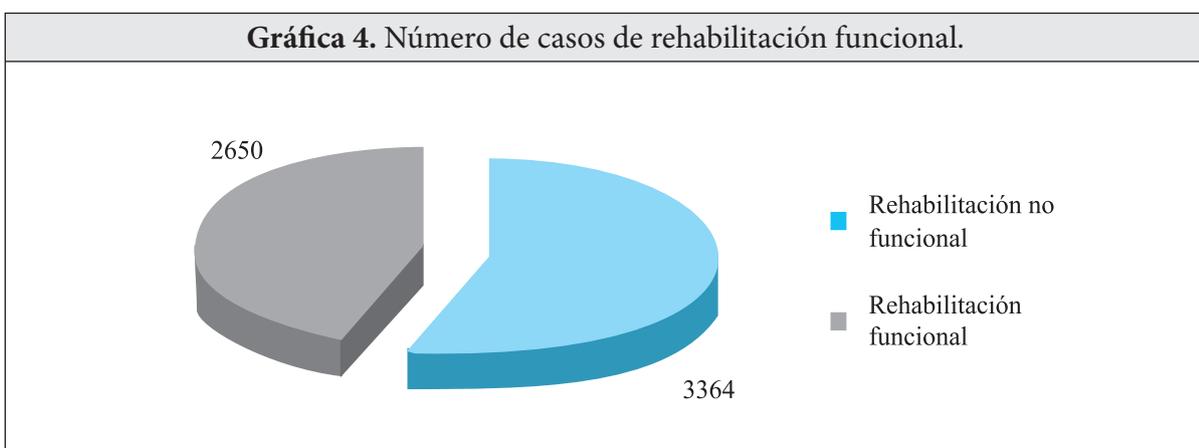
Número de casos rehabilitación ocupacional/ casos total de rehabilitación	
Número de casos total de rehabilitación	6014
Número casos rehabilitación ocupacional	2840 47%
Número casos rehabilitación no ocupacional	3174 53%



De acuerdo con el reporte de 6014 casos en total de rehabilitación, el 47%, correspondiente a 2840 casos, recibieron rehabilitación ocupacional. El 53% del total de los casos no reporta rehabilitación ocupacional.

Tabla 8. Número de casos rehabilitación funcional/ casos total de rehabilitación.

Número de casos rehabilitación funcional/ casos total de rehabilitación	
Número de casos total de rehabilitación	6014
Número de casos rehabilitación funcional	2650 44%
Número de casos sin rehabilitación funcional	3364 56%

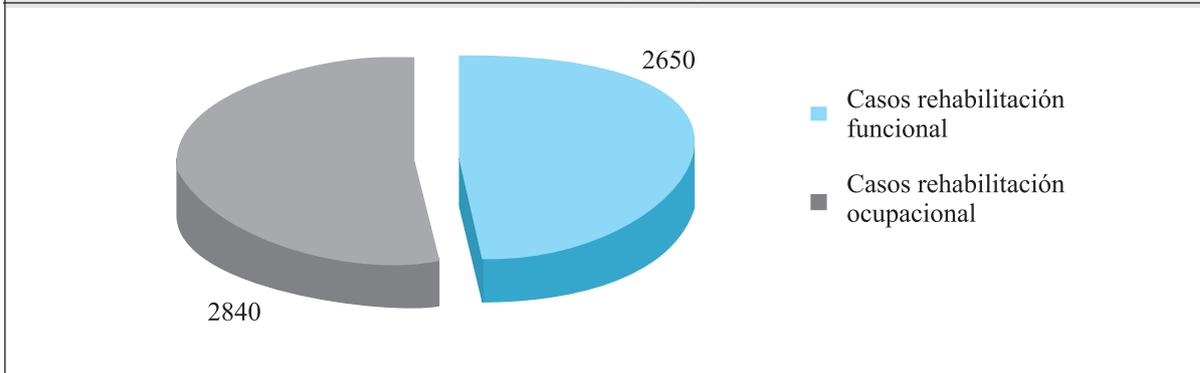


De acuerdo con los 6014 casos en total de rehabilitación, el 44% –correspondiente a 2650 casos–, recibió rehabilitación funcional. Llama la atención que el 56% de casos restantes no son reportados con rehabilitación funcional, lo cual no es técnicamente posible pues los procedimientos en este tipo de rehabilitación son de aplicación indispensable tan pronto sea incluido un caso en este programa, como lo son atención médica o tratamientos terapéuticos.

Tabla 9. Número de casos por tipo de rehabilitación.

Número de casos por tipo de rehabilitación	
Número de casos de rehabilitación funcional	2650
Número de casos de rehabilitación ocupacional	2840

Gráfica 5. Número de casos por tipo de rehabilitación.

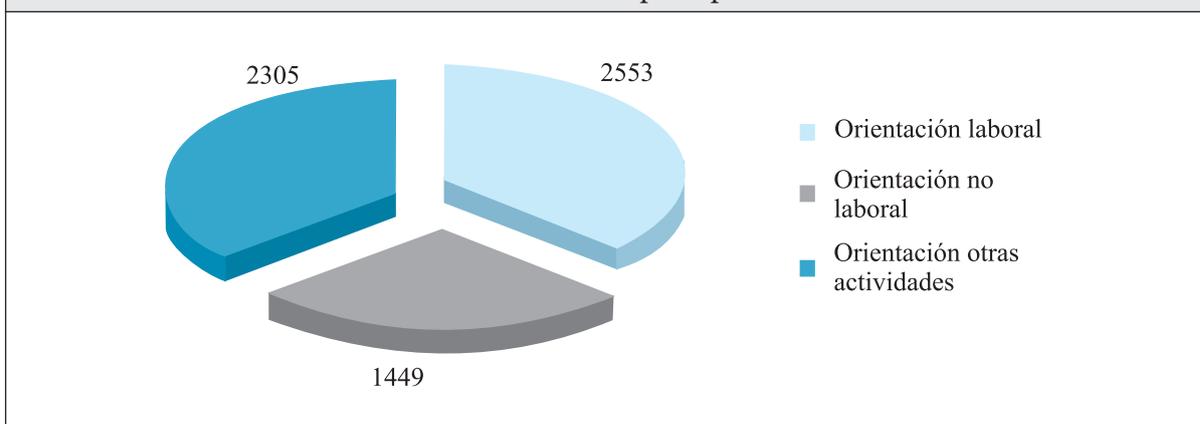


Según lo reportado, 2840 casos recibieron rehabilitación ocupacional y 2650 recibieron rehabilitación funcional. No se reporta el número de casos que recibió los dos tipos de rehabilitación. Llama la atención que se registren en mayor cantidad casos de rehabilitación ocupacional, que de rehabilitación funcional, pues técnicamente todos los casos que requieren rehabilitación ocupacional, presentan algún grado de alteración funcional, lo cual hace necesaria en mayor o menor medida una intervención acorde desde la rehabilitación funcional.

Tabla 10. Número de casos por tipo de Orientación Ocupacional.

Número de casos por tipo de orientación ocupacional	
Orientación laboral	2553
Orientación no laboral	1449
Orientación otras actividades	2305

Gráfica 6. Número de casos por tipo de orientación



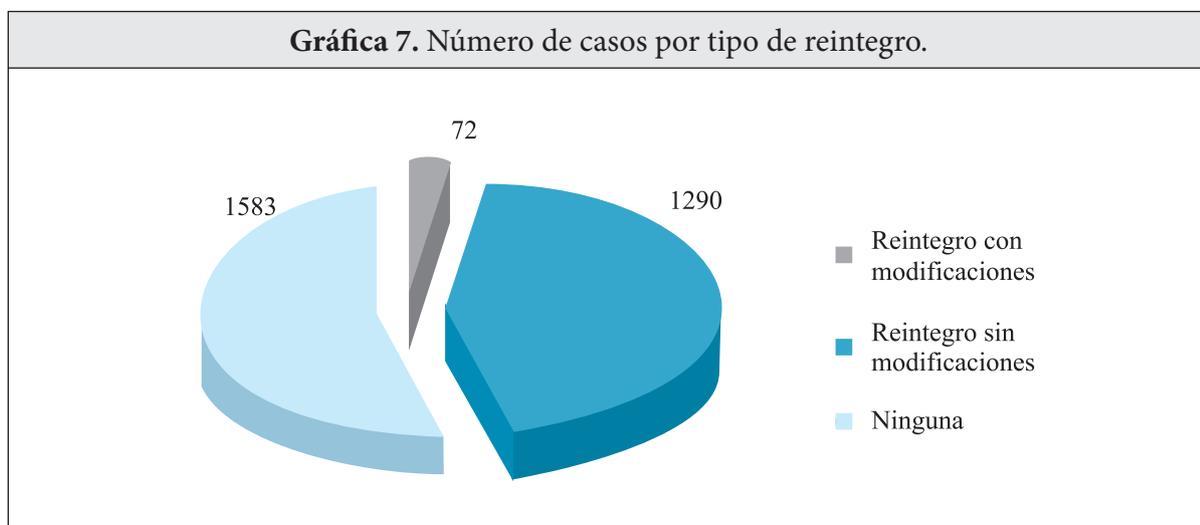
De acuerdo con lo observado, se hace referencia a 6307 casos en total que fueron orientados ocupacionalmente. En este sentido llama la atención que este reporte no es acorde con el número total de casos que recibieron rehabilitación ocupacional (2804 casos), pues la actividad de orientación ocupacional esta incluida dentro de los procedimientos de este tipo de rehabilitación.

De otro lado, se reporta la orientación laboral como la actividad predominante, con 2553 casos sobre los otros tipos de orientación.

Tabla 11. Número de casos por tipo de reintegro.

Número de casos por tipo de reintegro	
Reintegro con modificaciones	72 2.5%
Reintegro sin modificaciones	1290 44%
Ninguna	1583 54%

Gráfica 7. Número de casos por tipo de reintegro.



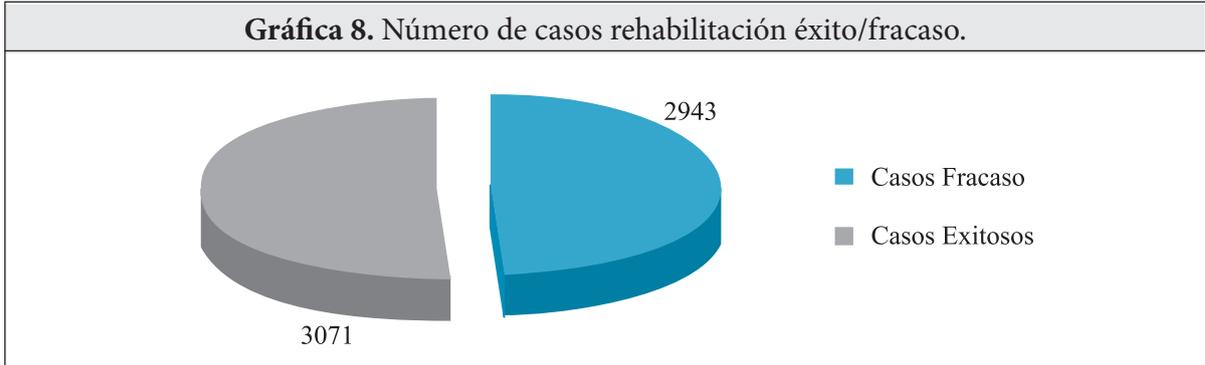
Según con lo reportado se reintegraron en total 1362 casos, predominando el reintegro sin modificaciones en un 44%. Llama la atención que no se hace reporte de casos de reubicación laboral, variable considerada dentro de los aspectos a reportar, de acuerdo con los instrumentos del Manual Guía de Rehabilitación.

De otro lado no son claros los aspectos que se incluyen dentro de la variable “ninguna”, cuyo reporte se destaca con un 54% de incidencia. Como posibles opciones incluidas en esta variable tenemos: no logro de reincorporación laboral, o reincorporación laboral mediante otras posibilidades como la reubicación, entre otros. El conocimiento claro de esta información es importante con el fin de realizar un análisis más objetivo de los resultados de los programas de rehabilitación.

Tabla 12. Número de casos fracaso/casos exitosos.

Número de casos fracaso/ casos exitosos	
Casos total de rehabilitación	6014
Casos fracaso	2943 49%
Casos exitosos	3071 51%

Gráfica 8. Número de casos rehabilitación éxito/fracaso.

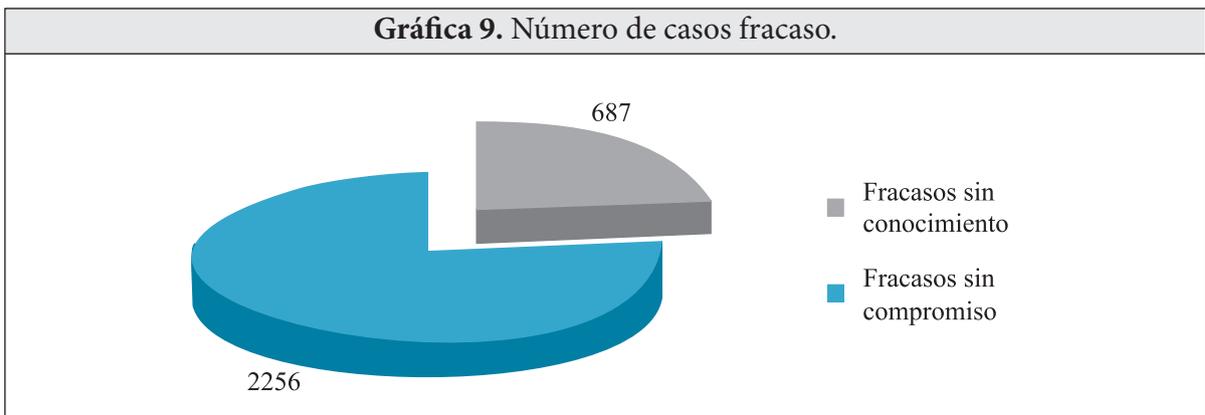


Del total de casos de rehabilitación, 2943 casos se reportaron como fracasos, correspondientes al 49% del total, mientras que 3071 casos, correspondientes al 51%, fueron reportados como exitosos. Se destaca que casi el 50% de los casos se han reportado como no exitosos, lo cual es preocupante, ya que esta información permite evaluar desfavorablemente la rehabilitación dentro del SGRP, en términos de resultados.

Tabla 13. Número de casos por tipo de fracaso.

Número de casos por tipo de fracaso	
Fracasos sin conocimiento	687
Frac sin compromiso trabajador	2256
	2943

Gráfica 9. Número de casos fracaso.

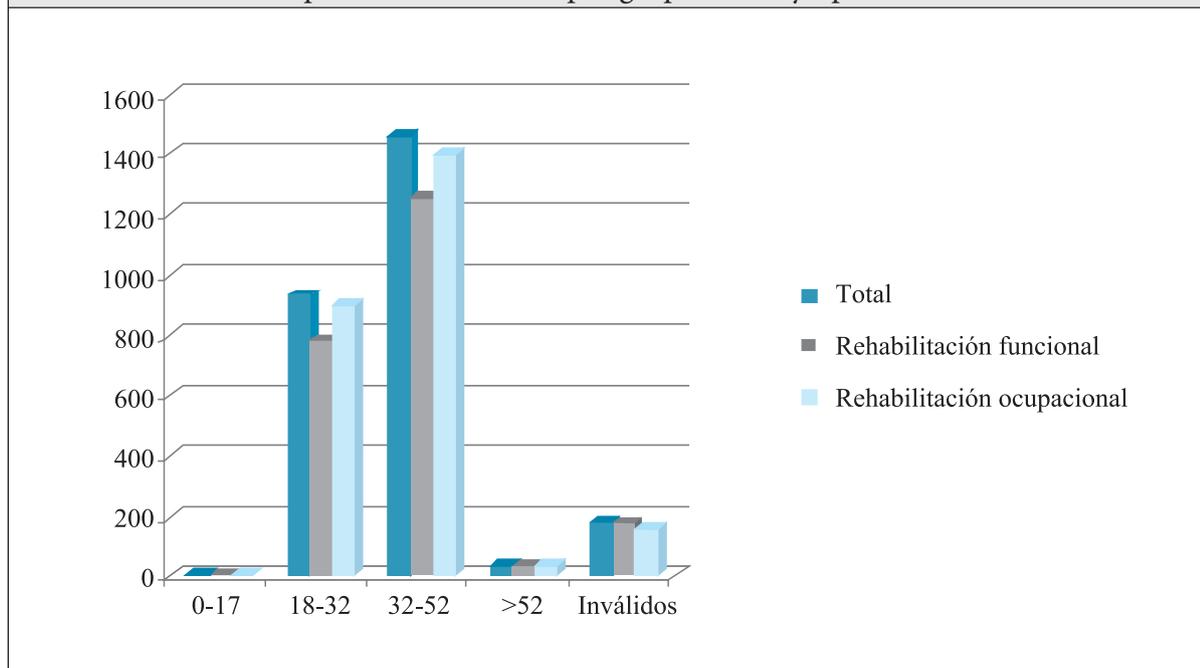


Se reporta que 2256 casos fueron casos fracaso por falta de compromiso del trabajador, equivalente a un 77% del total de casos, mientras que los casos fracaso sin conocimiento equivale al 23.5%. Esta información permite determinar la necesidad de evaluar las causas del pobre compromiso de los trabajadores en los programas de rehabilitación y de implementar estrategias interdisciplinarias adecuadas, teniendo en cuenta al trabajador como el actor más importante dentro de estos procesos.

Tabla 14. Número de casos por grupo etáreo y tipo de rehabilitación.

Número de casos por grupo etáreo y tipo de rehabilitación			
Edad	Total	Rehabilitación funcional	Rehabilitación ocupacional
0-17	3- 0,12%	3	0
18-32	930-36%	779	896
32-52	1463 - 56%	1259	1405
>52	38- 1.5%	38	36
Inválidos	180- 7%	179	156

Gráfica 10. Tipo de rehabilitación por grupo etáreo y tipo de rehabilitación.

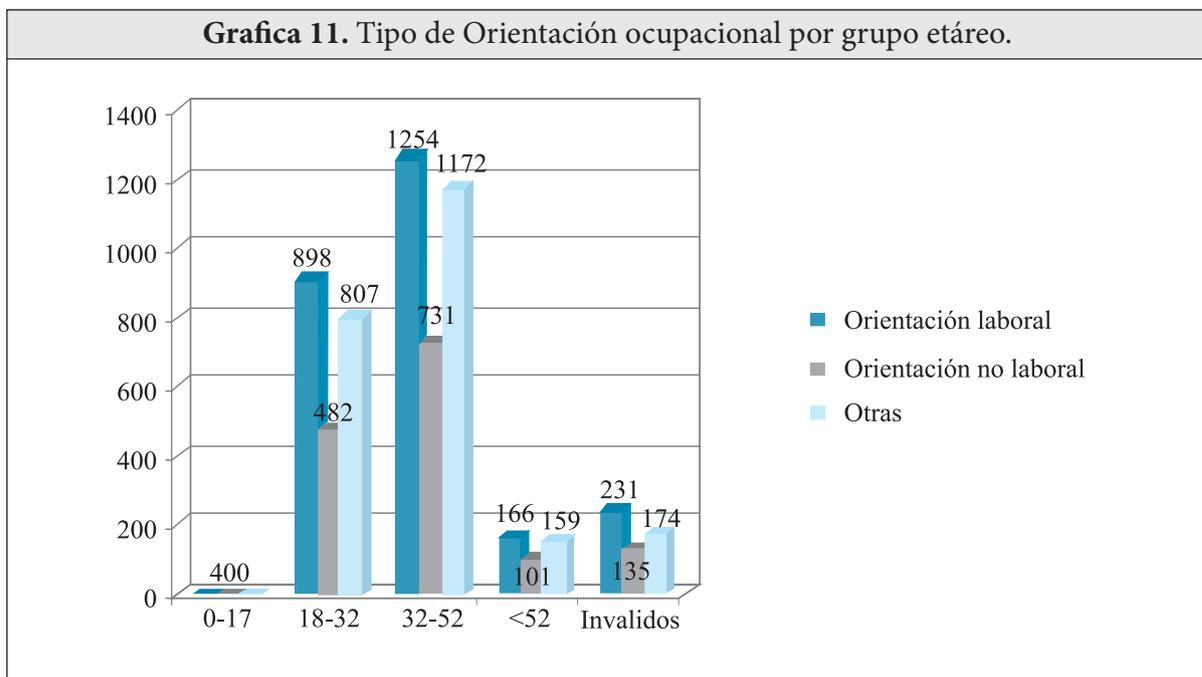


De acuerdo con lo reportado, el 56% de los casos que recibieron rehabilitación funcional y ocupacional se encuentran en rangos de edad entre 32 a 52 años, lo cual prevalece respecto a los otros rangos de edad. En este caso, la rehabilitación ocupacional prevalece con 1405 casos, sobre 1259 casos de rehabilitación funcional. Llama la atención la prevalencia de la rehabilitación ocupacional sobre la funcional.

Tabla 15. Tipo de orientación ocupacional por grupo etáreo.

Tipo de orientación ocupacional por grupo etáreo				
Edad	Orientación laboral	Orientación no laboral	Otras	Total
0-17	4	0	0	4- 0.06%
18-32	898	482	807	2187- 35%
32-52	1254	731	1172	3157-50%
<52	166	101	159	426-7%
Inválidos	231	135	174	540- 8.6%

Grafica 11. Tipo de Orientación ocupacional por grupo etáreo.

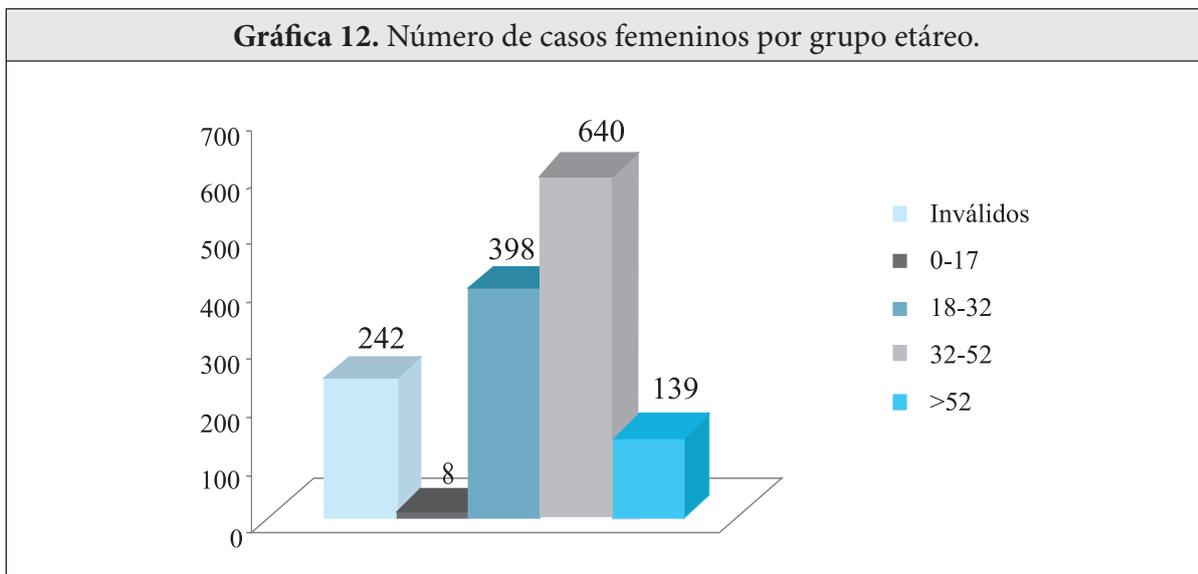


El 50% de los casos que han recibido algún tipo de orientación ocupacional, se encuentran en los rangos de edad entre 32 y 52 años, lo cual prevalece sobre los otros rangos de edad. En este caso la orientación laboral prevalece con 1254, le sigue la orientación hacia otras actividades con 1172 casos, y la orientación no laboral con 731 casos. Se reporta como casos de invalidez un total de 540 casos.

Llama la atención que en el caso de los pensionados por invalidez, se reporta en una proporción mayor (231 casos), actividades de orientación laboral; aún cuando lo esperado sería que esta población recibiera orientación hacia actividades no laborales (autoempleo, microempresas) o de mantenimiento funcional en los casos que no sea posible lo anterior. Esto no quiere decir que la orientación laboral no sea posible en estos casos.

Tabla 16. Número de casos femeninos por grupo etáreo.

Número de casos femeninos por grupo etáreo	
Nº casos femeninos	Edad
242-17%	Inválidos
8-0,57%	0-17
398-28%	18-32
640- 45%	32-52
139-9.8%	>52

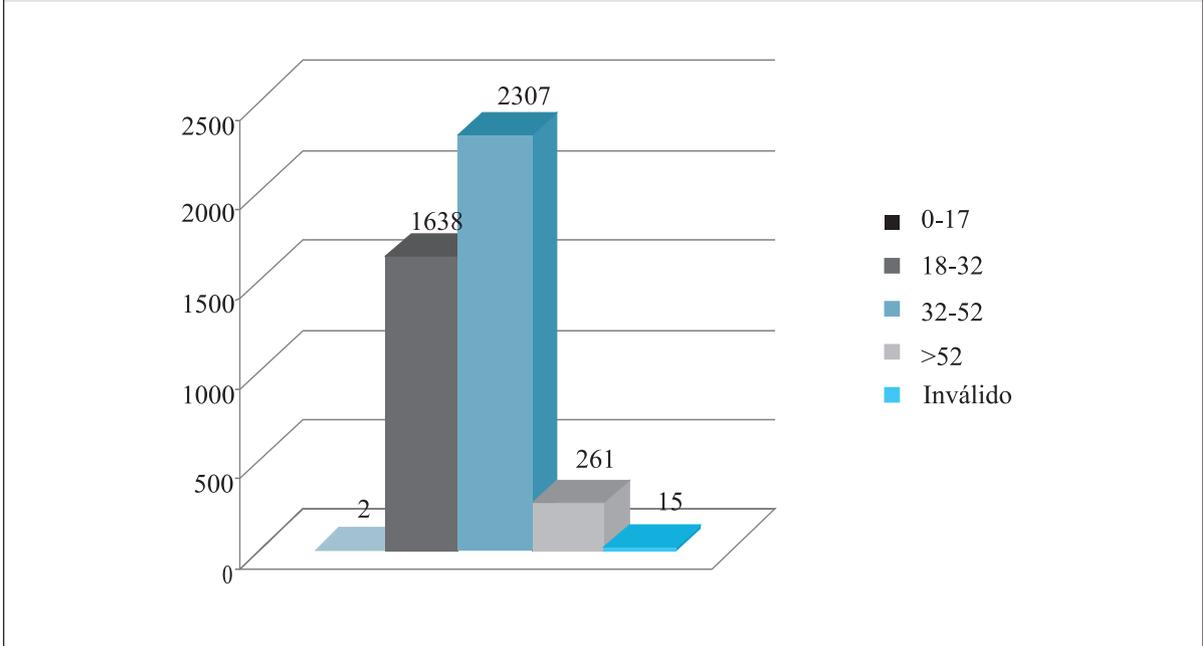
Gráfica 12. Número de casos femeninos por grupo etáreo.

El mayor número de casos femeninos en rehabilitación se encuentran en el rango de edad entre 32 y 52 años, con un 45% del total. El número total reportado de casos de invalidez en el sexo femenino fue de 242 casos. Este rango de edad, debe tenerse en cuenta con el fin de determinar pautas de manejo en la prevención primaria, secundaria y terciaria de los casos incluidos en este grupo.

Tabla 17. Número de casos masculinos en rehabilitación por grupo etáreo.

Número de casos masculinos en rehabilitación por grupo etáreo	
Nº casos masculinos	Edad
2- 0.05%	0-17
1638- 37%	18-32
2307- 51%	32-52
261- 6%	>52
264- 6%	Inválidos
15- 0.34%	Sin informacion

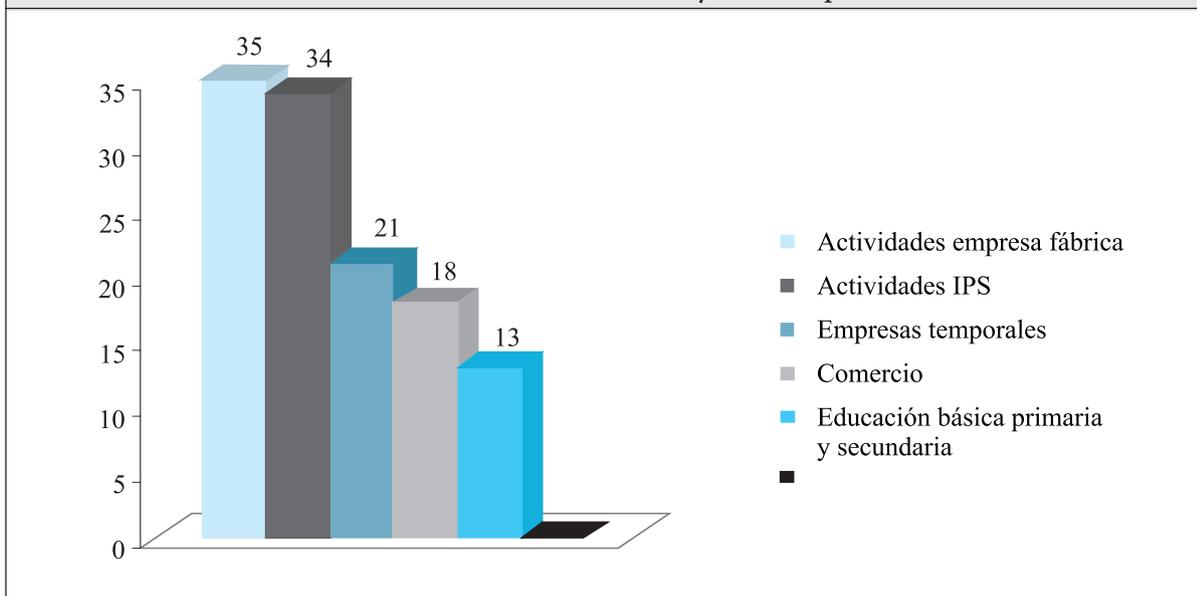
Gráfica 13. Número de casos masculinos por grupo etáreo.



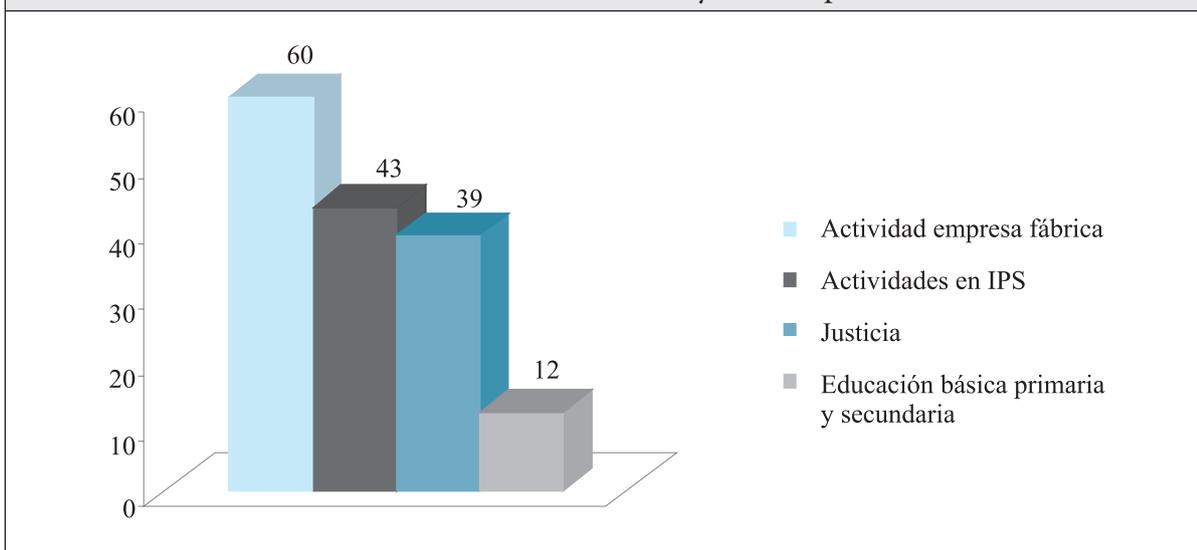
El mayor número de casos masculinos en rehabilitación se encuentran en el rango de edad entre 32 y 52 años, con un 51% del total. Le sigue en prevalencia el rango de edad entre 18 y 32 años con un 37%. El número de casos reportados de casos de invalidez en el sexo masculino fue de 242 casos. Al igual que en lo reportado en los casos femeninos, este rango de edad, debe tenerse en cuenta con el fin de determinar pautas de manejo en la prevención primaria, secundaria y terciaria de los casos incluidos en este grupo.

Tabla 18. Número de casos de rehabilitación femeninos por grupo etáreo y actividad económica

Número de casos de rehabilitación femeninos por grupo etáreo y actividad económica		
Edad	Nº casos femenino	Actividad económica de la empresa
0-17	0	Sin información
	35	Actividades empresa fabricación
	34	Actividades IPS
	21	Empresas temporales
	18	Comercio
18-32	13	Educación básica primaria y secundaria
	60	Actividad empresa fabricación
	43	Actividad en IPS
	39	Justicia
32-50	12	Educación básica primaria y secundaria

Gráfica 14. Número de casos femeninos entre 18 y 32 años por actividad económica.

La actividad económica de fabricación predomina en los casos femeninos de rehabilitación, en rangos de edad entre 18 y 32 años. Igualmente se destacan las actividades económicas en IPS, empresas temporales, y comercio.

Gráfica 15. Número de casos femeninos entre 32 y 50 años por actividad económica.

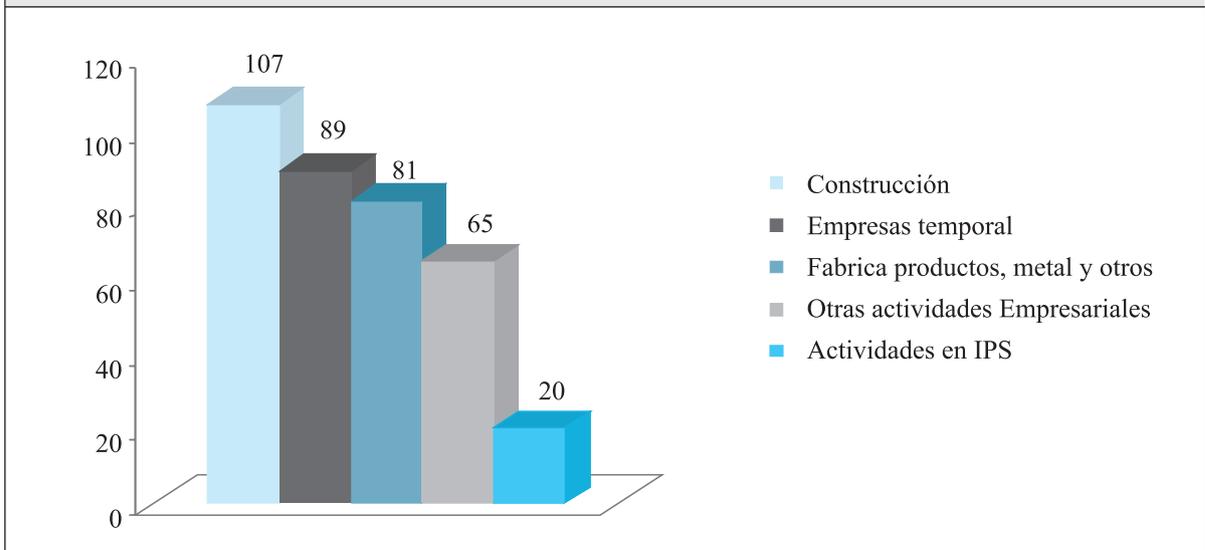
La actividad económica, que predomina, en los casos femeninos de rehabilitación, en rangos de edad entre 33 y 52 años es la de fabricación. Igualmente se destacan las actividades económicas en IPS, justicia y en áreas de la educación.

Teniendo en cuenta esta información es importante continuar fortaleciendo los programas de prevención primaria de AT, en estos sectores, así como los de prevención secundaria y terciaria mediante procesos de rehabilitación funcional y profesional.

Tabla 19. Número de casos masculinos por grupo etéreo de 18 a 32 años y actividad económica.

Número de casos masculinos, por grupo etéreo de 18 a 32 años y actividad económica	
Nº casos	Actividad económica de la empresa
107	Construcción
89	Empresas temporal
81	Fábrica productos de metal y otros
65	Otra activ empresariales
20	Actividad IPS

Gráfica 16. Número de casos masculinos entre 18 y 32 años por actividad económica.

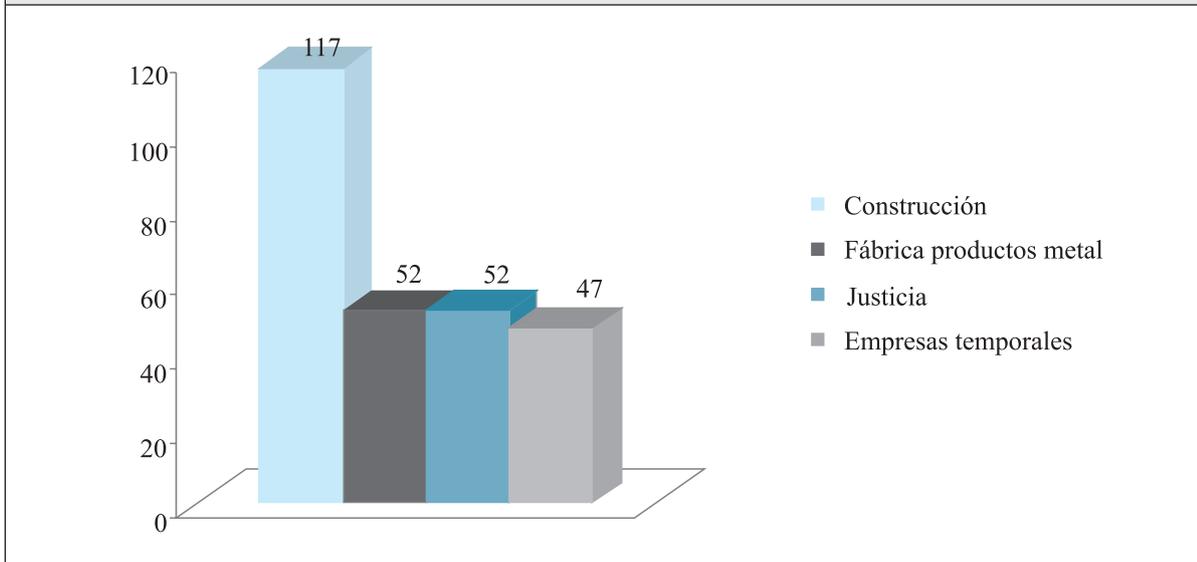


La construcción predomina como actividad económica en los casos masculinos de rehabilitación, en el rango de edad entre 18 y 32 años. Se destacan otras actividades como empresas temporales y fábricas entre otros.

Teniendo en cuenta esta información es importante continuar fortaleciendo los programas de prevención de AT, en el sector de la construcción, así como los de rehabilitación, ampliando las alternativas de rehabilitación profesional y reincorporación ocupacional, en estos casos.

Tabla 20. Número de casos masculinos por grupo etéreo de 32 a 50 años y actividad económica.

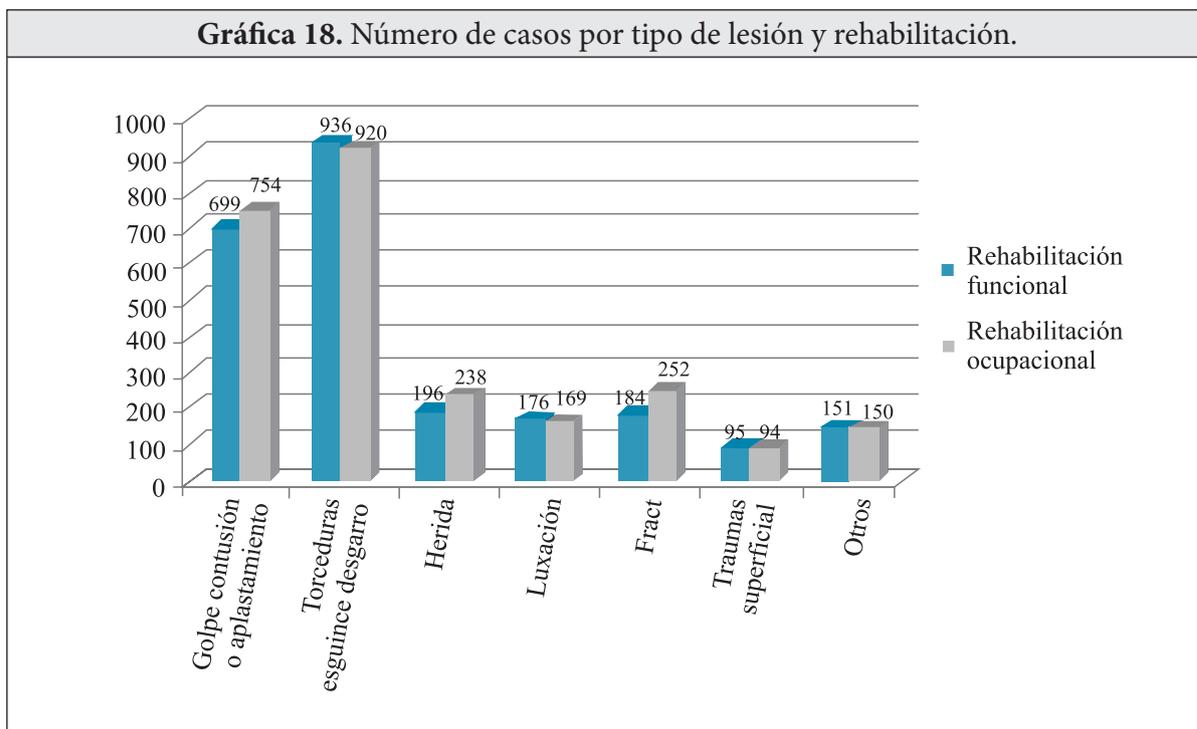
Número de casos masculinos por grupo etéreo de 32 a 50 años y actividad económica	
Nº casos	Actividad económica de la empresa
117	Construcción
52	Fábrica productos metal y otros
52	Justicia
47	Empresas temporal

Gráfica 17. Número de casos masculinos entre 32 y 50 años por actividad económica.

En los casos masculinos de rehabilitación, con rangos de edad entre 32 y 50 años, predominan aquellos que trabajan en el área de la construcción. Se destacan otras actividades como fábricas, justicia y empresas temporales. Teniendo en cuenta esta información es importante continuar fortaleciendo los programas de prevención de AT, en el sector de la construcción, así como los de rehabilitación, ampliando las alternativas de rehabilitación profesional y reincorporación ocupacional.

Tabla 21. Número de casos por tipo de lesión y rehabilitación.

Número de casos por tipo de lesión y rehabilitación		
Tipo lesión	Rehabilitación funcional	Rehabilitación ocupacional
Golpe contusión o aplastamiento	699	754
Torceduras, esguince, desgarro muscular, laceración músculo	936	920
Herida	196	238
Luxación	176	169
Fractura	184	252
Trauma superficial	94	95
Otros	151	150



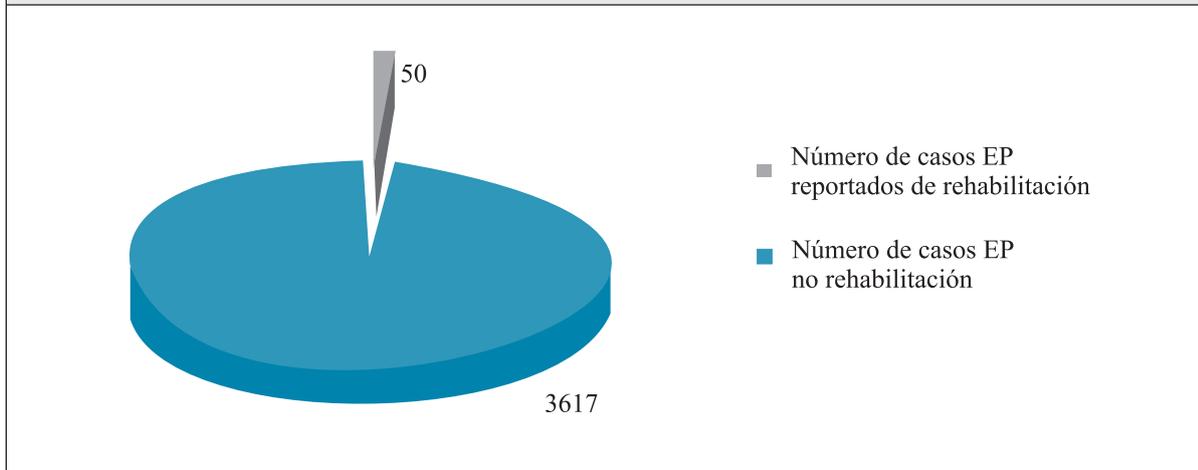
Las torceduras, esguinces, desgarros y laceración del músculo son los diagnósticos más frecuentes en los casos de rehabilitación funcional y ocupacional con 936 casos de rehabilitación funcional y 920 casos de rehabilitación ocupacional. Le sigue el diagnóstico de golpe, contusión o aplastamiento con 699 casos de rehabilitación funcional y 754 casos de rehabilitación ocupacional.

De acuerdo con este reporte, los traumas que afectan el sistema neuromusculoesquelético, son los casos más frecuentes en los programas de rehabilitación, por lo cual es importante mejorar las acciones de prevención primaria en salud ocupacional, relacionadas con estas lesiones, así como fortalecer la investigación que permita el mejoramiento de los procedimientos de rehabilitación y reincorporación laboral en estos casos.

Análisis de la información enviada por las ARP sobre gestión en rehabilitación en Enfermedad Profesional en el periodo de mayo del 2007 a mayo 2008.

Tabla 22. Número de casos de Enfermedad Profesional (EP) en rehabilitación.

Número de casos de Enfermedad Profesional (EP) en rehabilitación	
Número total de casos de Enfermedad Profesional	3667
Número de casos EP reportados de rehabilitación	50
	1%
Número de casos EP no rehabilitación	3617
	99/%

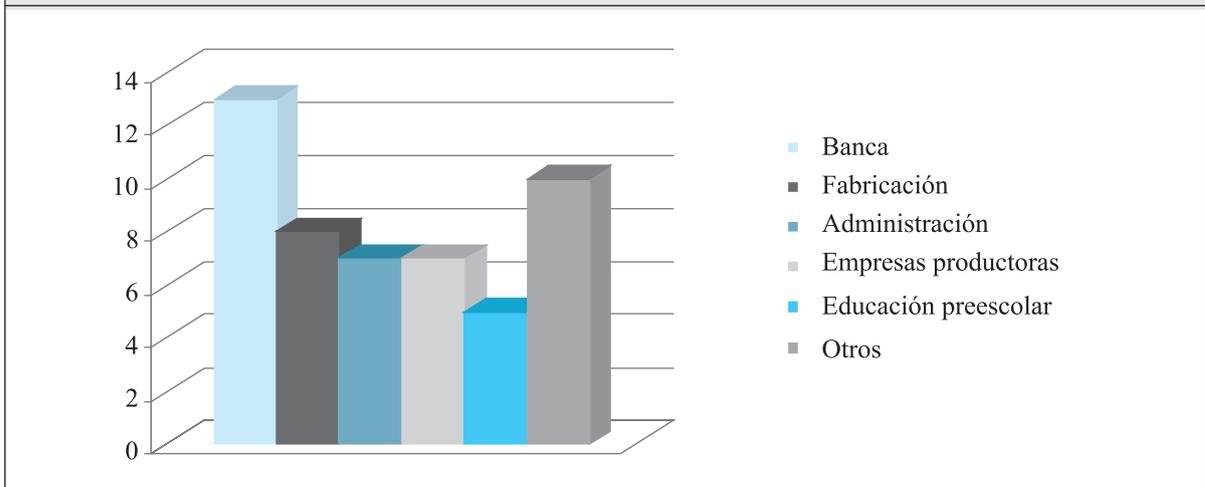
Gráfica 19. Número de casos de Enfermedad Profesional.

De acuerdo con la información analizada, tan sólo un 1% de los casos de Enfermedad Profesional fueron reportados como casos en rehabilitación. Esta información nos permite plantear como hipótesis que puede haber un subregistro de los casos de Enfermedad Profesional que han requerido procedimientos en rehabilitación o posibles casos que no han sido identificados para ser incluidos en estos procedimientos. En este sentido se hace necesario que las ARP implementen sistemas de monitoreo y seguimiento a la atención en salud brindada a los trabajadores con Enfermedad Profesional, con el fin de mejorar el reporte a los sistemas de información del Ministerio de Protección Social.

Tabla 23. Número de casos de Enfermedad Profesional (EP) en rehabilitación por actividad económica.

Número de casos de Enfermedad Profesional (EP) en rehabilitación por actividad económica	
N° casos EP	Actividad económica
13	Banca
8	Fabricación
7	Administración
7	Empresas productoras
5	Educación preescolar
10	Otros

Gráfica 20. Número de casos de Enfermedad Profesional por actividad económica.



De acuerdo con lo reportado, la banca, es el sector con mayor prevalencia de casos de rehabilitación por Enfermedad Profesional, con 13 casos.

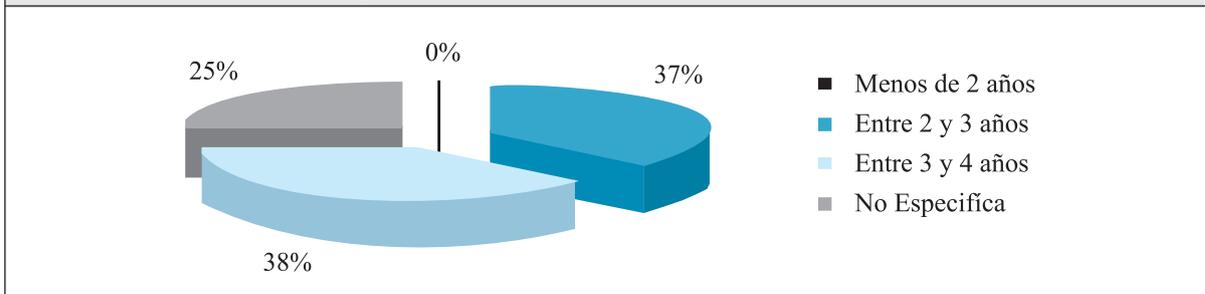
4.2 Componente cualitativo

Con el fin de analizar los datos, obtenidos con la aplicación de las encuestas, éstos se describen a partir de la distribución de las puntuaciones o frecuencias obtenidas para cada variable. La distribución de frecuencias se hace en relación con las respectivas categorías posibles de respuesta.

El análisis de la información se realizará teniendo en cuenta las dimensiones y variables determinadas del proceso de rehabilitación descrito en el manual. Inicialmente se analizan los interrogantes generales de introducción al tema.

Pregunta 1. ¿Cuánto hace que conoce el Manual Guía de Rehabilitación?

Gráfica 21. Tiempo de conocimiento del Manual Guía de Rehabilitación.



Como se ve en la gráfica el manual de rehabilitación ha sido conocido por las ARP, en mayor proporción desde hace 3 y 4 años, con un 38%, en un 37% entre 2 y 3 años, el 25% lo conocen hace menos de dos años.

Esto demuestra que la mayoría de las ARP tienen un conocimiento del Manual desde el mismo momento de su divulgación en el 2005.

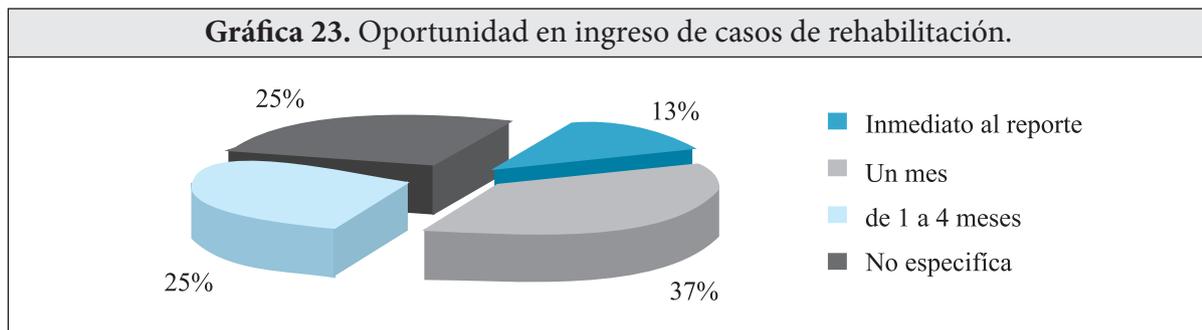
Pregunta 2. Los programas de rehabilitación de la ARP, ¿están teniendo en cuenta los procedimientos descritos en el Manual?



El 100% de las ARP encuestadas están tomando en cuenta los contenidos del Manual en los programas de rehabilitación.

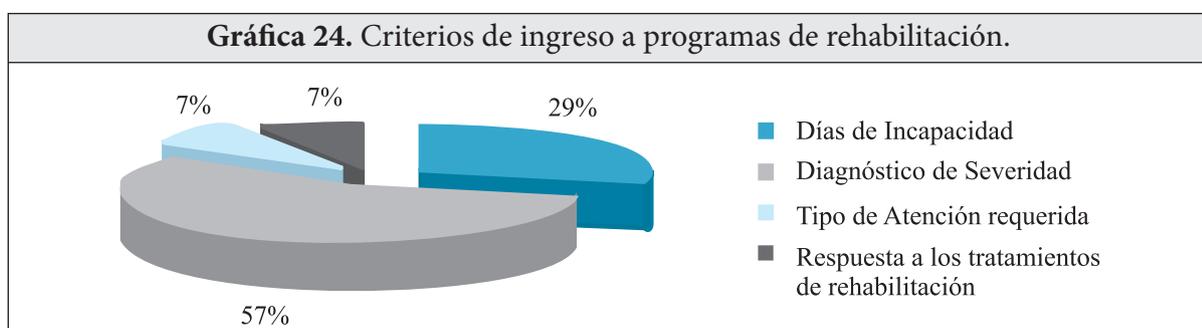
Se evidencia el interés de las ARP por implementar los procedimientos descritos en el Manual.

Pregunta 3 ¿En cuánto tiempo, posterior a la contingencia, están ingresando los casos seleccionados a los programas de rehabilitación?



Se encontró que el 37% de las ARP demoran en promedio de un mes para ingresar los casos, y el 25% entre 1 y 4 meses. Solamente el 13% están ingresando inmediatamente después de reportado el caso. Esto denota que existe dificultad para los casos en un corto plazo.

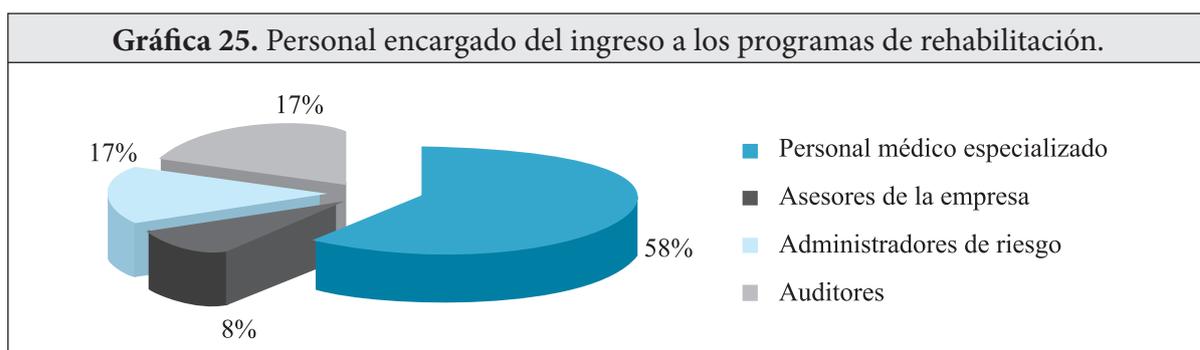
Pregunta 4 ¿En su ARP qué criterios tienen en cuenta para el ingreso a los programas de rehabilitación?



Frente a los criterios tomados para ingresar los casos, se reporta en primer lugar el diagnóstico de severidad, con un 57%, seguido por los días de incapacidad con un 29%. Un 7% está reportando por el tipo de atención requerido, y otro 7% por la respuesta a los tratamientos de rehabilitación.

Se aprecia que el criterio de severidad es el más frecuente.

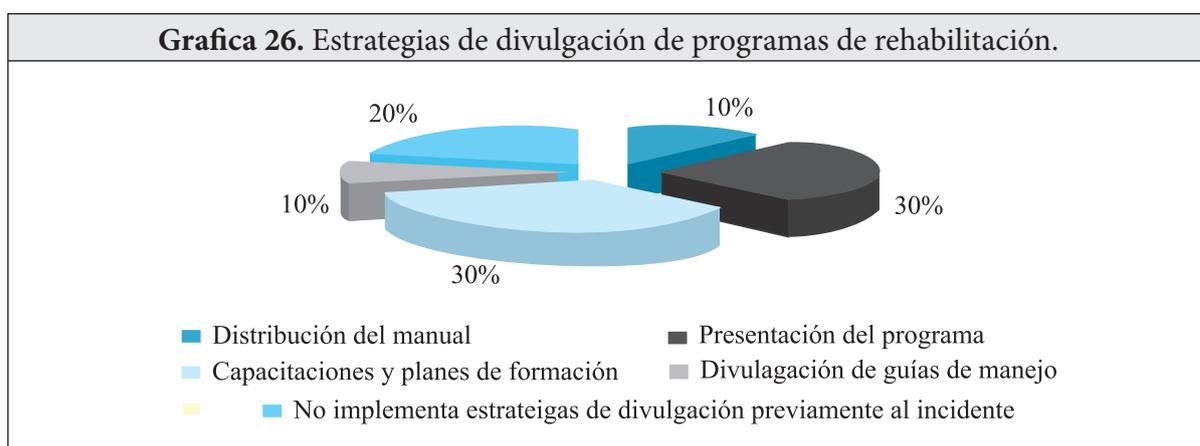
Pregunta 5 ¿Quién o quiénes determinan los casos para ingreso a los programas de rehabilitación dentro de la ARP?



En relación con el personal encargado del ingreso de casos a los programas de rehabilitación, se reportó que en un 58% el personal médico especializado y de rehabilitación se encarga de determinar los casos, mientras que en una menor proporción lo hacen administradores de riesgo 17%, auditores 17%, asesores de la empresa 8%.

Se evidencia que el personal médico y de rehabilitación tienen mayor oportunidad en las ARP para detectar los casos que requieren ingresar a los programas de rehabilitación.

Pregunta 6 ¿Cuál ha sido la estrategia utilizada por la ARP para divulgar los criterios de inclusión al programa rehabilitación en IPS y empresas?

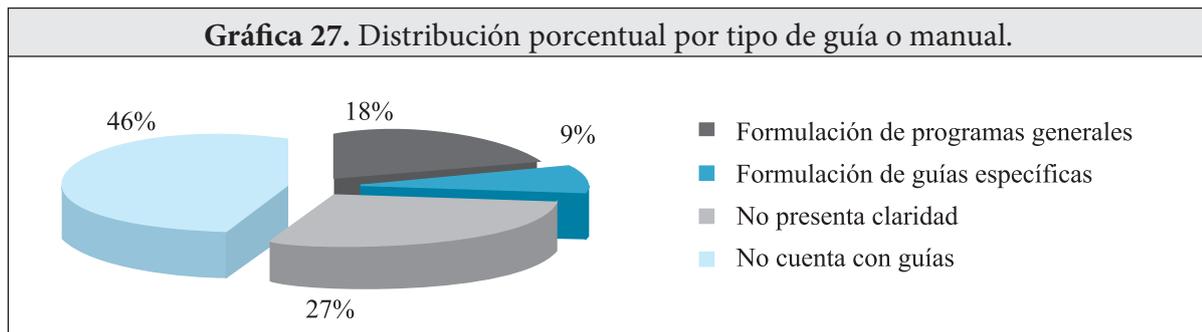


En cuanto a las estrategias de divulgación de los programas de rehabilitación, se registró con un 30% tanto para la presentación del programa como para las capacitaciones y planes de formación, siendo estos los medios más importantes. Se reportan otras estrategias como la

divulgación de guías de manejo y distribución del Manual, con un 10% respectivamente. Un 20% de las ARP reporta que no implementa ninguna estrategia.

Se evidencia interés por parte de la mayoría de las ARP, por implementar estrategias de divulgación de los programas de rehabilitación.

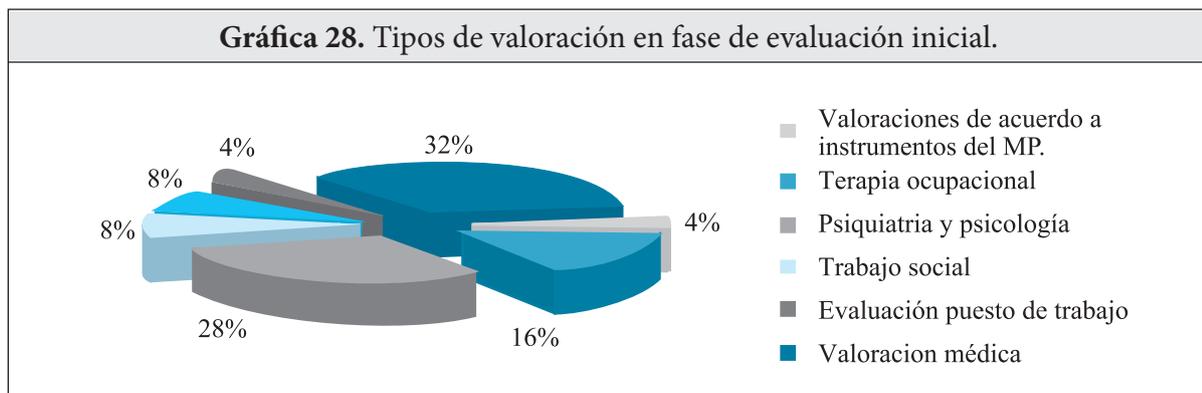
Pregunta 7. Actualmente, ¿qué guías de atención existen en su ARP, que faciliten la direccionalidad de los programas de rehabilitación en casos de ATEP?



Sólo en un 9% de las ARP se han desarrollado guías específicas, y en un 18% se han formulado programas generales. Un 46 % no cuenta con guías y un 27% no presenta claridad al respecto.

Las ARP reportan que en su mayoría no cuentan con guías de atención que faciliten la implementación del manual.

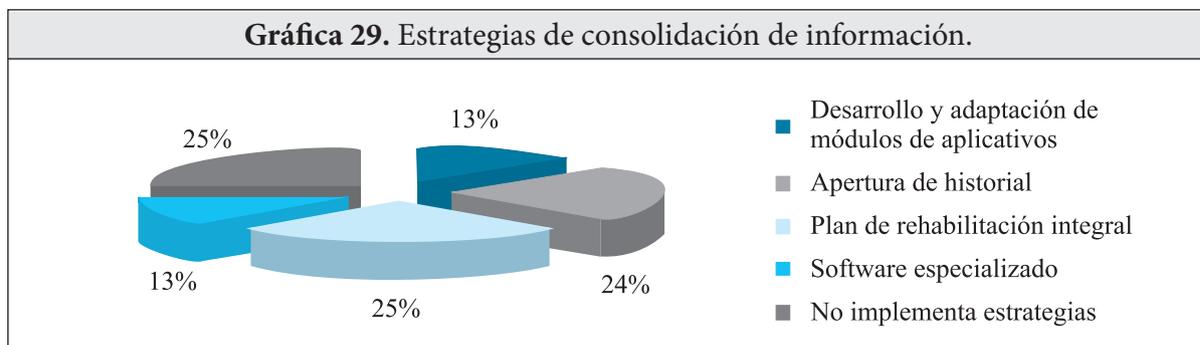
Pregunta 8. ¿Cuáles son los tipos de valoración, que se tienen en cuenta actualmente, para ser aplicada a los trabajadores en la fase de evaluación inicial?



Tal como lo muestra la gráfica, la valoración que más se realiza en la evaluación inicial, en un 32% es la valoración médica, le sigue con un 28% la valoración por terapia ocupacional, con un 16% fisioterapia, con un 8% respectivamente psicología o psiquiatría y trabajo social. La evaluación de puesto de trabajo aparece con un 4%. La aplicación de instrumentos de evaluación divulgados por el Ministerio de Protección Social aparece apenas con un 4% de aplicación.

La valoración que más se realiza en la fase de evaluación inicial es la valoración médica y llama la atención la falta de aplicación de los instrumentos divulgados por la Dirección General de Riesgos Profesionales.

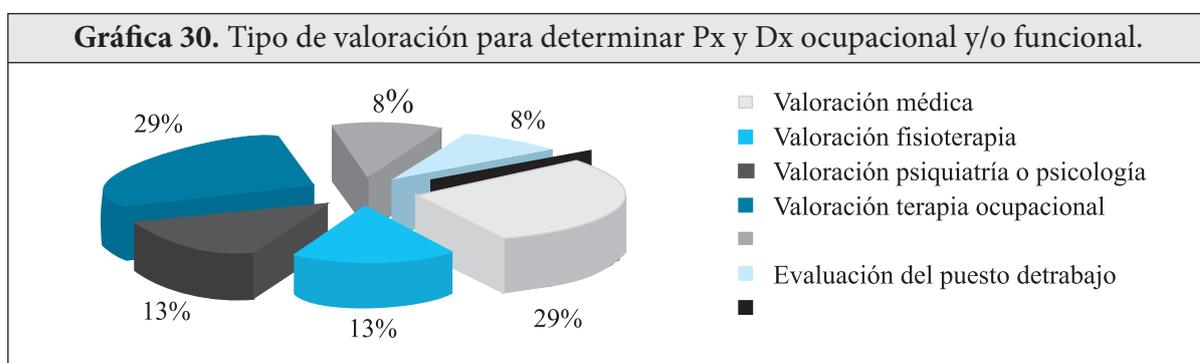
Pregunta 9. ¿Qué estrategias se han implementado en la ARP para consolidar la información de la valoración integral inicial?



Con lo observado el tipo de estrategias utilizadas varía: en un 25% se aplica el plan de rehabilitación integral como estrategia, en un 24% a través de la apertura de historial y en un 13% respectivamente se ha implementado un software especializado y el desarrollo y adaptación de módulos aplicativos. Un 25% no implementa estrategias.

Aunque el plan de rehabilitación integral es una actividad contemplada en los procesos de rehabilitación dentro del SGRP, se destaca entre las estrategias registradas, que casi en un 40% se encuentran otras estrategias informáticas que permiten recopilar la información de las valoraciones.

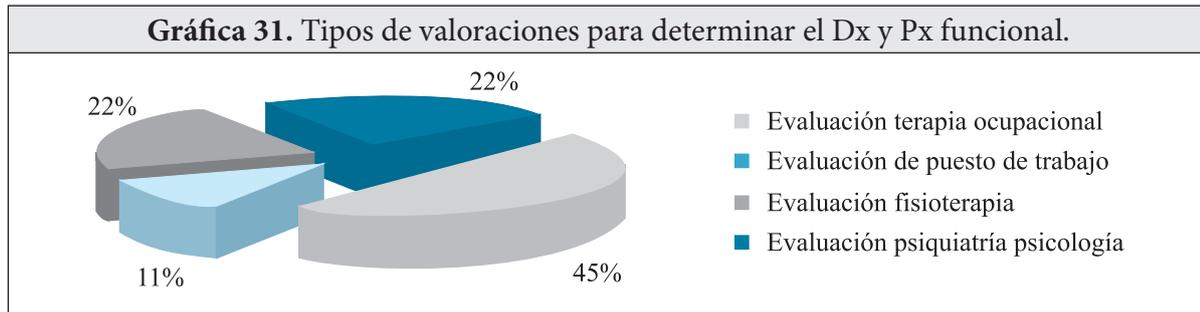
Pregunta 10. ¿Qué tipo de valoraciones se están realizando para determinar el diagnóstico (Dx) y el pronóstico (Px) ocupacional y/o profesional del trabajador?



La valoración médica y por terapia ocupacional es la valoración más frecuentes para determinar diagnóstico y pronóstico ocupacional y/o profesional con un 29% respectivamente, le sigue la valoración por fisioterapia y por psicología con un 13% respectivamente, y en una menor proporción, aparece la evaluación de puesto de trabajo y trabajo social con un 8% respectivamente.

La valoración médica y por terapia ocupacional predomina como las valoraciones que más se tienen en cuenta para determinar el diagnóstico y pronóstico ocupacional; sin embargo, es importante evaluar la participación de los demás profesionales involucrados en esta etapa de la rehabilitación, y la realización de la evaluación del puesto de trabajo, de acuerdo con lo sugerido en el manual.

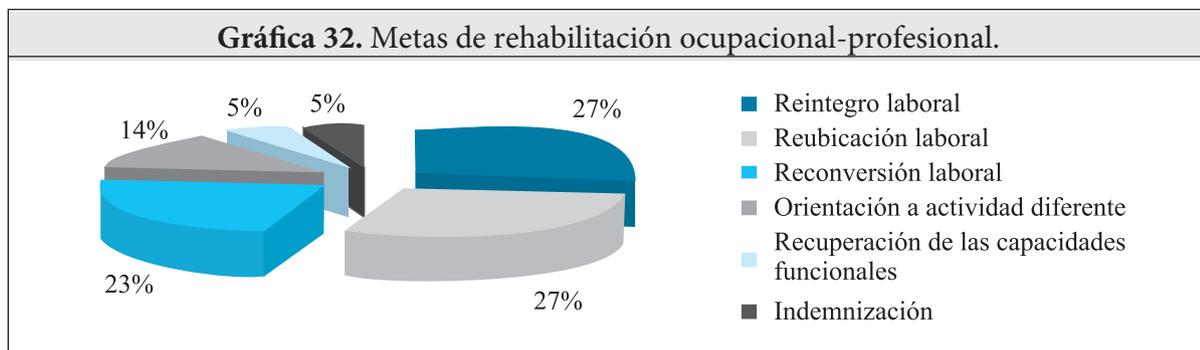
Pregunta 11. ¿Qué valoraciones se hacen para determinar el diagnóstico (Dx) y pronóstico (Px) funcional del trabajador?



La evaluación médica es la valoración que más se realiza por parte de las ARP, para determinar el diagnóstico y pronóstico funcionales con un 44%, continúa la valoración por terapia ocupacional con un 22.5%, la evaluación por psiquiatría o psicología con un 12.5%, la evaluación de fisioterapia con un 11.1%, evaluación del puesto de trabajo con un 5.6% y evaluación de la capacidad residual funcional en 1.6%.

La valoración médica y por terapia ocupacional predomina como las valoraciones que más se tienen en cuenta para determinar el diagnóstico y pronóstico ocupacional; sin embargo, es importante evaluar la participación de los demás profesionales involucrados en esta etapa de la rehabilitación, de acuerdo a lo sugerido en el manual.

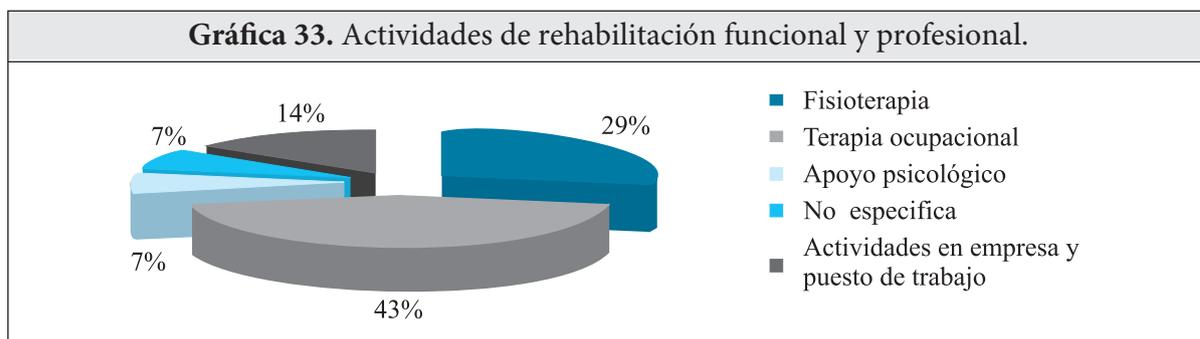
Pregunta 12. ¿Cuáles son las metas en rehabilitación ocupacional-profesional, que actualmente se manejan en el programa de rehabilitación de su ARP?



El reintegro laboral y la reubicación laboral son las metas en rehabilitación más frecuentes en las ARP con un 27% respectivamente, a continuación aparece la reconversión laboral con un 23%, orientación hacia una actividad diferente con un 14%, y recuperación de las capacidades funcionales e indemnización en un 5% respectivamente.

La orientación hacia una actividad diferente al empleo y la recuperación de las capacidades funcionales son metas en rehabilitación poco tenidas en cuenta en las ARP, sin embargo son metas en rehabilitación profesional que amplían las posibilidades ocupacionales en los trabajadores con discapacidad.

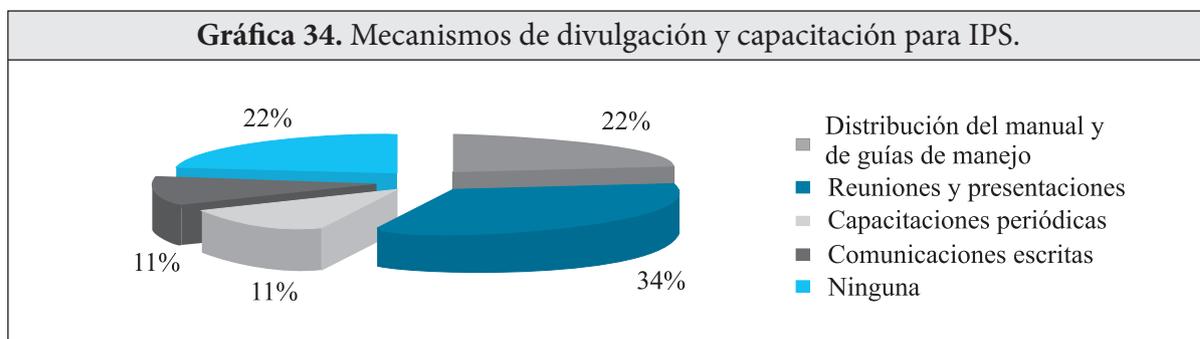
Pregunta 13. ¿Qué actividades de rehabilitación funcional y profesional se tienen en cuenta actualmente en los planes de intervención?



La actividad realizada en mayor proporción por las ARP, como parte de los programas de rehabilitación funcional y profesional es la terapia ocupacional en un 43%, le siguen los programas de fisioterapia con un 29%, las actividades en empresa y puesto de trabajo con un 14%, y el apoyo psicológico se encuentra en una menor proporción con un 7%.

No específica las actividades en un 7%. El apoyo psicológico y el acompañamiento a la empresa son actividades relevantes en los procedimientos de rehabilitación descritos en el manual, sin embargo se evidencia que en las ARP se realizan con menor frecuencia.

Pregunta 14. ¿Qué mecanismos de divulgación o capacitación del programa de rehabilitación de su ARP se están llevando a cabo con IPS de rehabilitación propias o contratadas?

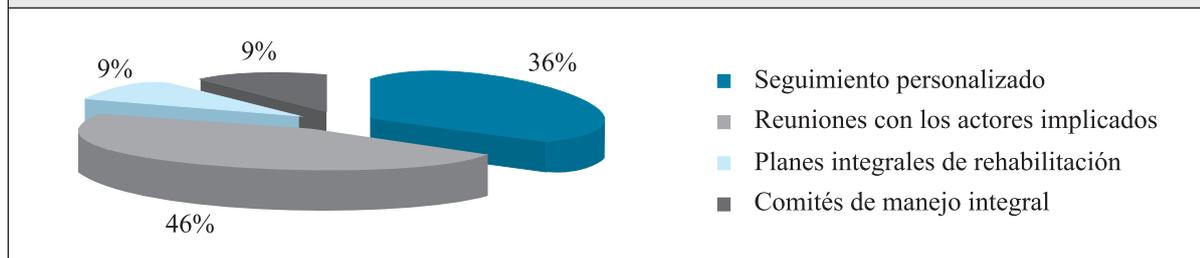


Los mecanismos de divulgación más desarrollados son las reuniones y presentaciones en un 34%, le siguen con un 22% la distribución del manual y de guías de manejo, en un 11% las capacitaciones periódicas y comunicaciones escritas respectivamente. Un 22% no cuenta con mecanismos de divulgación.

Se destaca que las ARP en su mayoría (aprox. 80%), están creando mecanismos de divulgación de los programas de rehabilitación con sus IPS propias o contratadas.

Pregunta 15. ¿Qué mecanismos de concertación se están realizando para fomentar la participación del grupo interdisciplinario y los otros actores del proceso (trabajador, familia, empresa) en la formulación del pronóstico (Px) ocupacional y/o profesional, y en la definición del plan de intervención?

Gráfica 35. Mecanismos de concertación para la formulación del Px y plan de tratamiento.

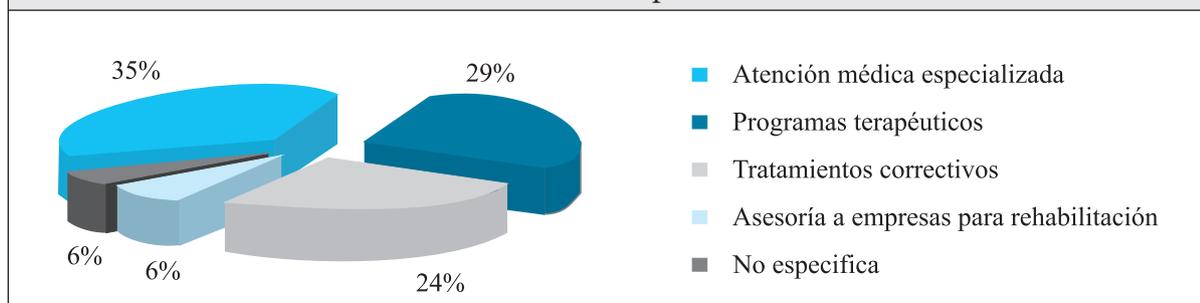


Las reuniones con actores implicados es el mecanismo de concertación más frecuente con un 46%, en un 36% se encuentra el seguimiento personalizado, en un 9% se encuentran los planes integrales de rehabilitación y los comités de manejo integral respectivamente.

De acuerdo con lo anterior se identifican diversos mecanismos de concertación válidos, que se están teniendo en cuenta en los programas de rehabilitación de las ARP; sin embargo llama la atención la limitada ejecución de planes integrales de rehabilitación como mecanismo de concertación.

Pregunta 16. ¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación funcional de los trabajadores de la ARP?

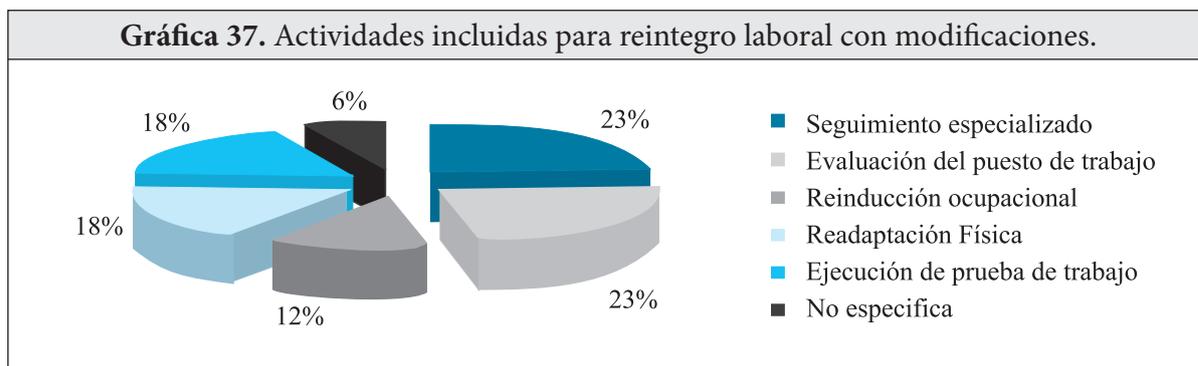
Gráfica 36. Actividades incluidas en el plan de rehabilitación funcional.



En un 35% la atención médica especializada se incluye en las actividades de rehabilitación funcional, en un 29% los programas terapéuticos, en un 24% tratamientos correctivos, en un 6% asesoría a empresas para rehabilitación. No específica en un 6%.

Se destaca la atención médica especializada como intervención principal en los procesos de rehabilitación, por lo cual es importante la participación activa y coordinada de estos profesionales con el equipo interdisciplinario de rehabilitación.

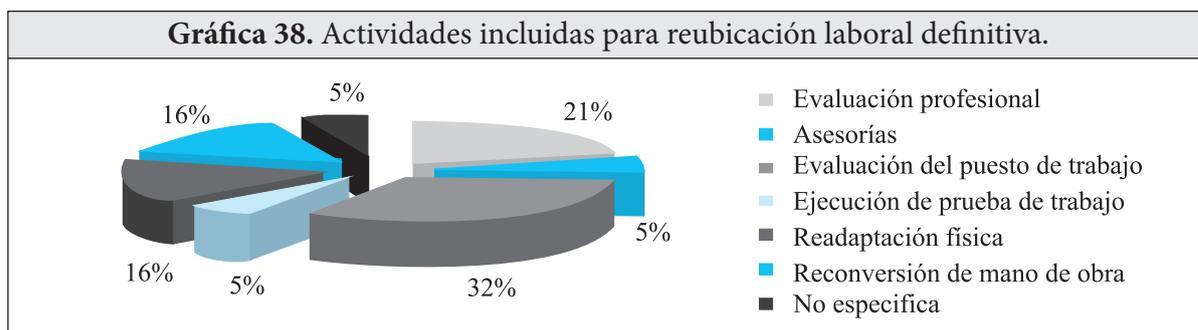
Pregunta 17. ¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación ocupacional-profesional de los trabajadores cuando la meta propuesta es reintegro laboral con modificaciones?



La evaluación del puesto de trabajo y el seguimiento especializado son las actividades más desarrolladas por las ARP con un 23% respectivamente, como parte del reintegro laboral con modificaciones. Le siguen la ejecución de prueba de trabajo, y la readaptación física con un 18% respectivamente, la reinducción ocupacional con un 12% y en un 6% no se especifica.

Se destaca que en una mayor proporción las actividades destinadas a este proceso de rehabilitación profesional van dirigidas hacia el puesto de trabajo y al seguimiento a la reincorporación laboral y en una menor proporción hacia el proceso de readaptación laboral del trabajador, prueba de trabajo y reinducción ocupacional; aún cuando estos últimos son relevantes en los procesos de rehabilitación de acuerdo con los contenidos del Manual.

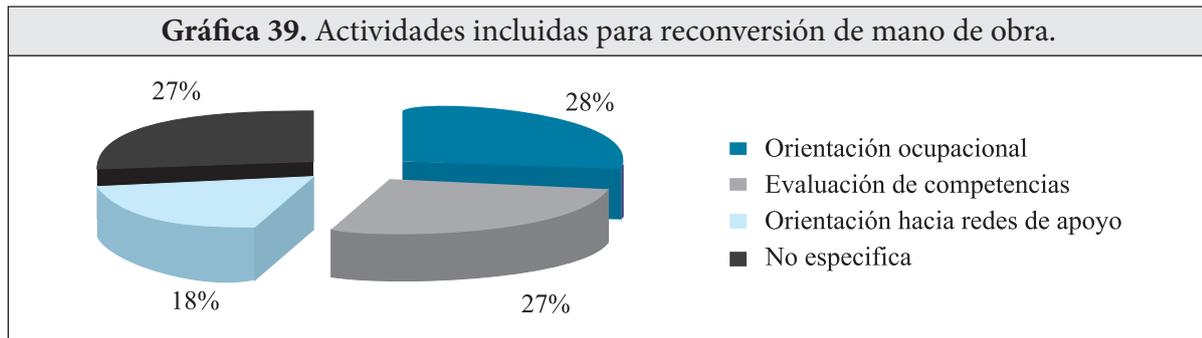
Pregunta 18. ¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación profesional cuando la meta es reubicación laboral definitiva?



La evaluación del puesto de trabajo, con un 32%, es la actividad más desarrollada por las ARP para la reubicación laboral definitiva, le sigue la evaluación profesional con un 21%, la readaptación física y reversión de mano de obra con un 16% respectivamente, las asesorías y prueba de trabajo aparecen en 5% respectivamente. No especifican en un 5%.

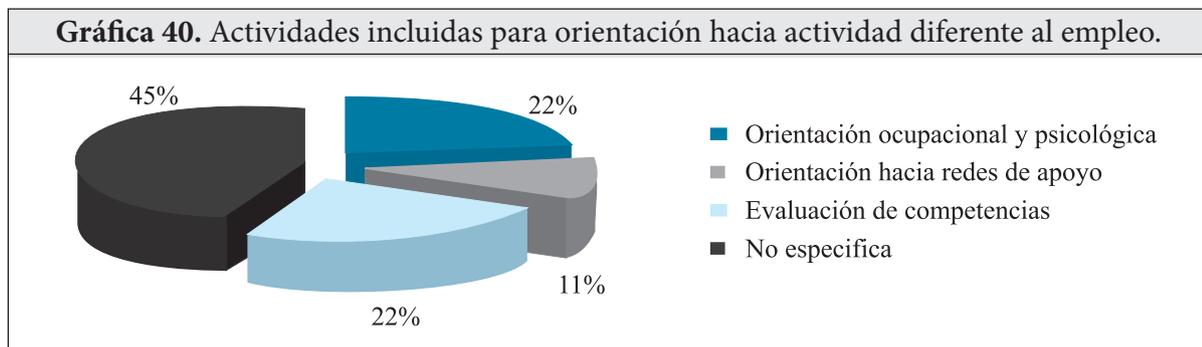
Se destaca la evaluación de puesto de trabajo como la actividad más realizada. La prueba de trabajo es una de las actividades que se considera en los procesos de rehabilitación descritos en el manual, sin embargo llama la atención que se realiza en menor frecuencia por las ARP.

Pregunta 19. ¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación profesional cuando la meta es reconversión de mano de obra?



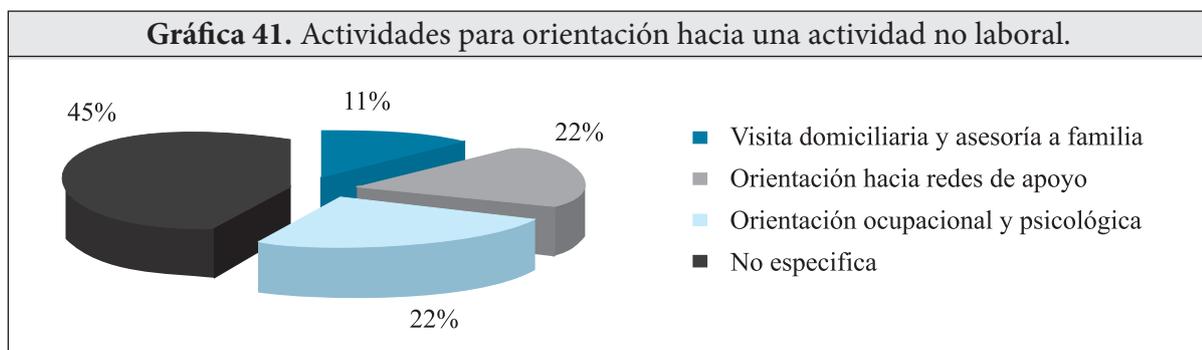
Las actividades desarrolladas son en un 27% respectivamente la evaluación de competencias, y orientación ocupacional. En un 18% se reporta la actividad de orientación hacia redes de apoyo. No especifican actividades en este sentido en un 27%.

Pregunta 20. ¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación profesional cuando la meta es orientación hacia el desarrollo de una actividad diferente al empleo?



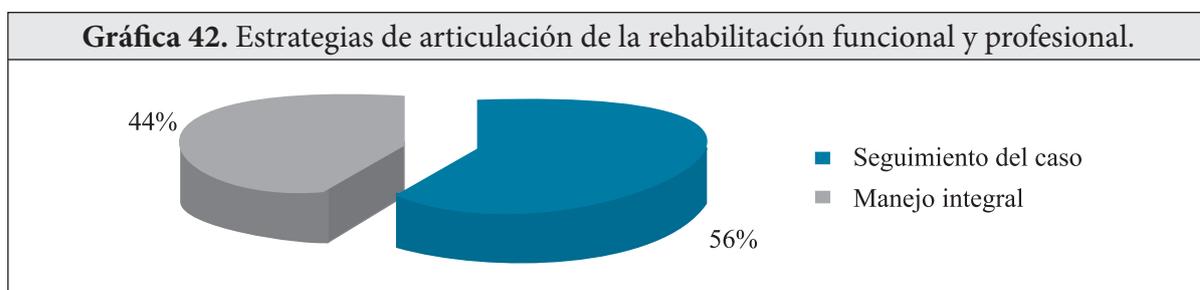
Las actividades reportadas fueron evaluación de capacidades y competencias, y orientación ocupacional y psicológica en un 22% respectivamente, orientación hacia redes de apoyo en un 11%. No específica en un 44.4%.

Pregunta 21. ¿Qué actividades son incluidas cuando la meta de rehabilitación ocupacional y/o profesional es orientación al desarrollo de una actividad no laboral?



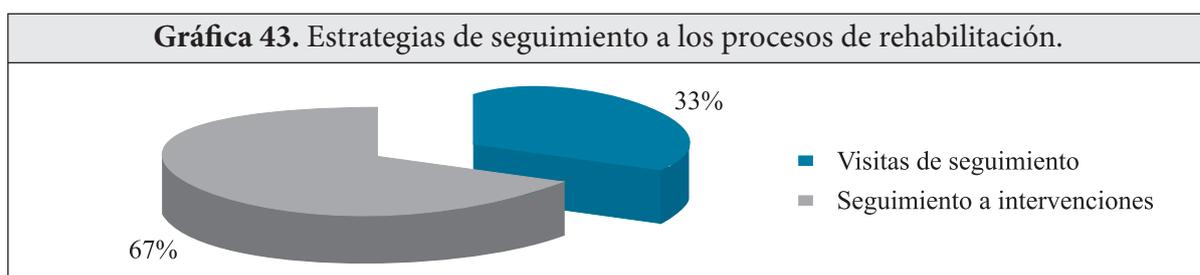
La orientación ocupacional y psicológica, y orientación hacia redes de apoyo son las actividades más reportadas con un 22% respectivamente, en un 11% se reporta la visita domiciliaria y asesoría a la familia. No especifica en un 44.4%.

Pregunta 22. ¿Cómo se están articulando en su ARP, las actividades de rehabilitación funcional con la rehabilitación profesional en busca de la meta propuesta para la reincorporación laboral de los trabajadores?



Se reporta que el 56% articulan las actividades mediante el seguimiento; y en un 44%, lo hacen mediante el manejo integral del caso.

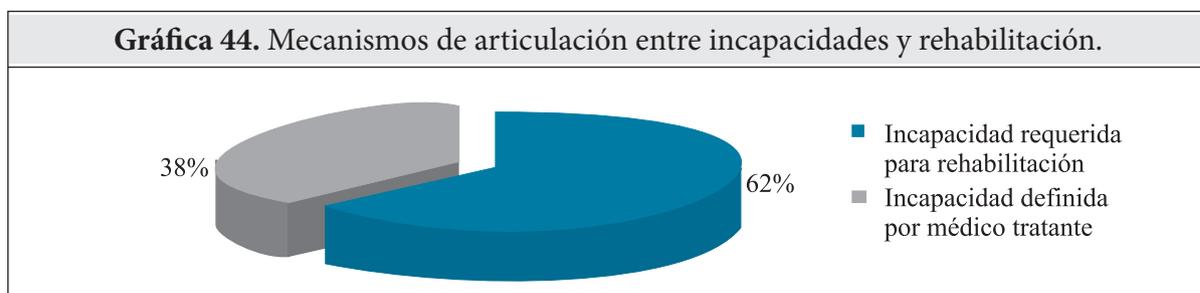
Pregunta 23. ¿Qué estrategias de seguimiento se están realizando en su ARP, a los procesos de rehabilitación de los trabajadores?



Entre las estrategias de seguimiento a los procesos de rehabilitación se identifica como la más frecuente, el seguimiento a las intervenciones con un 67%, las visitas de seguimiento se identifican como la estrategia menos frecuente con un 33%.

Se destaca que en la gran mayoría, se está realizando seguimiento a los procedimientos contemplados dentro de los programas de rehabilitación.

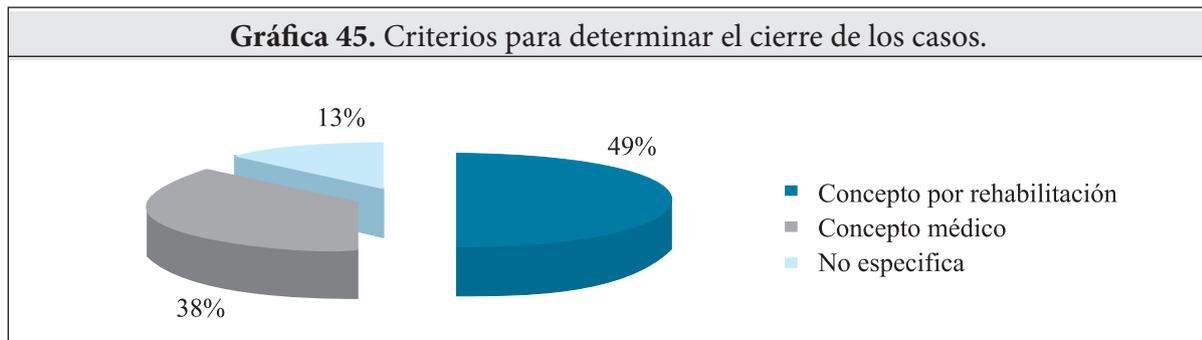
Pregunta 24. ¿Cómo se está articulando el tiempo de incapacidad de los trabajadores con los procesos de rehabilitación funcional y profesional?



De acuerdo con lo observado se identifica que en un 62% las incapacidades se articulan con la rehabilitación, teniendo en cuenta el requerimiento de incapacidad necesaria para el desarrollo de los procesos de rehabilitación. En un 38% la incapacidad es definida de acuerdo al concepto del médico tratante.

Se aprecia que aún persiste una desarticulación entre criterios de incapacidad y procesos de rehabilitación.

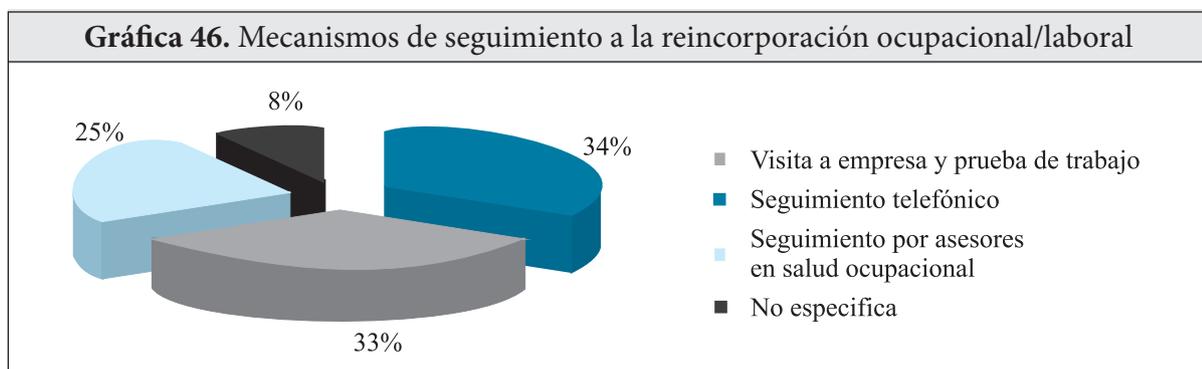
Pregunta 25. ¿Qué criterios existen en la ARP para determinar el cierre de casos por rehabilitación?



Se encontró que en un 49%, el concepto de rehabilitación es el criterio tenido en cuenta para el cierre de los casos, en un 48% se toma como criterio el concepto médico y en un 13% no se especifica.

Se evidencia que aunque el concepto de rehabilitación es tenido en cuenta como criterio para determinar el cierre de los casos, en una considerable proporción, se destaca que el concepto médico sigue siendo un criterio importante para definir este procedimiento.

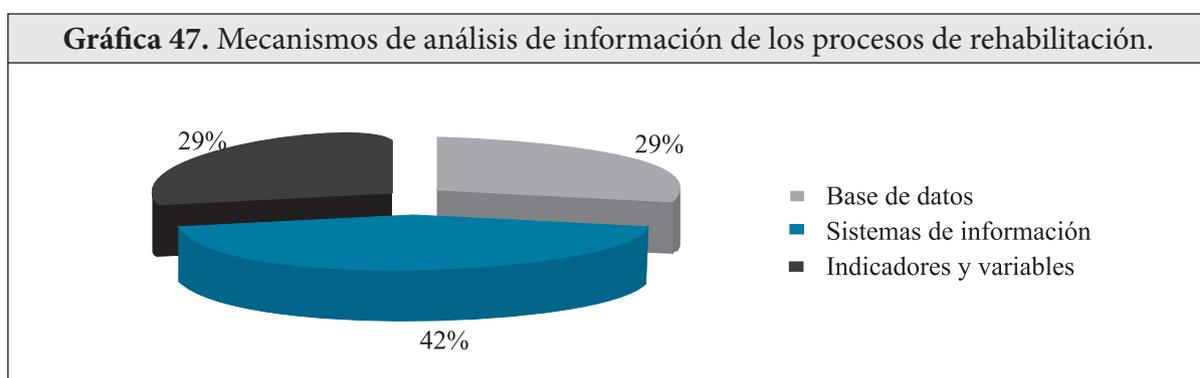
Pregunta 26. ¿Cómo se está realizando en la ARP, el seguimiento a la reincorporación ocupacional y/o laboral de los trabajadores?



En relación con el seguimiento a la reincorporación ocupacional/laboral de los trabajadores, se identifica que el seguimiento telefónico es el mecanismo más frecuente, con un 34%. La visita a empresa y prueba de trabajo se reporta en un 33%, le sigue el seguimiento por asesores en salud ocupacional en un 25% y no específica en un 8%.

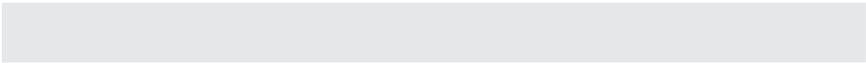
Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencia que el seguimiento mediante visita a empresa y prueba de trabajo no son actividades generalizadas, sin embargo se identifican otras estrategias como el seguimiento telefónico.

Pregunta 27. ¿Cómo se está realizando el análisis de la información generada en los procesos de rehabilitación en su ARP?



En relación con los mecanismos de análisis de la información relacionada con los procesos de rehabilitación, se reportó que en un 42% se han desarrollado sistemas de información, la aplicación de bases de datos fue reportada en un 29%, al igual que la aplicación de variables e indicadores.

Aunque se han desarrollado sistemas de información en la mayoría de ARP, la aplicación de variables e indicadores no se aprecia como una actividad generalizada, tal como se plantea en el Manual Guía de Rehabilitación.



CAPÍTULO 5

HALLAZGOS PARA REPENSAR EL TEMA

HALLAZGOS PARA REPENSAR EL TEMA

Al igual que en el análisis de resultados, la discusión está estructurada en los componentes cuantitativo y cualitativo.

5.1 COMPONENTE CUANTITATIVO

El análisis de la información enviada por las ARP sobre la gestión en rehabilitación en accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional, en el periodo mayo del 2007 a mayo del 2008, permite dar a conocer la siguiente situación:

- De acuerdo con lo analizado del sistema de información de los procesos de rehabilitación desarrollados desde las ARP, se plantea la hipótesis de que puede existir un subregistro de los procedimientos de rehabilitación. Esto puede evidenciarse desde el bajo porcentaje (1%) del número total de casos de ATEP, reportados en los procesos de rehabilitación; e inconsistencia en el reporte del número de casos por tipo de rehabilitación ya que se registra en mayor proporción número de casos de rehabilitación ocupacional que de rehabilitación funcional. Técnicamente todos los casos que requieren rehabilitación ocupacional, presentan algún grado de alteración funcional, lo cual hace necesaria en mayor o menor medida una intervención acorde desde la rehabilitación funcional (Ministerio de Protección Social, 2004a).
- En general, la información analizada en los reportes de número de casos por tipo de orientación ocupacional, permite evidenciar un vacío técnico conceptual de los procesos de rehabilitación, pues el número de casos de orientación ocupacional no puede ser mayor al número de casos de rehabilitación ocupacional, al ser la orientación una actividad propia de este proceso (GLARP, 2001).
- El análisis de la información reportada del número de casos por tipo de reintegro, permite conocer que no se están teniendo en cuenta todas las variables consideradas en los instrumentos de reporte, incluidos en el Manual Guía de Rehabilitación, por ejemplo, la variable reubicación laboral no fue tomada en cuenta, en su lugar aparece la variable “ninguna”, la cual no es clara con respecto a los posibles casos a incluir en ésta (Ministerio de Protección Social, 2004a).
- De otro lado, la variable “reconversión de mano de obra” como posible reincorporación ocupacional, no fue tomada en cuenta en la totalidad de información analizada, aun cuando

es una posible meta en rehabilitación ocupacional de acuerdo con los contenidos del Manual (Ministerio de Protección Social, 2004a).

- Se destaca que casi el 50% de los casos, se han reportado como no exitosos; lo cual es preocupante, ya que esta información permite evaluar desfavorablemente la rehabilitación dentro del SGRP, en términos de resultados.
- El 77% de los casos reportados como fracaso, corresponde a los causados por falta de compromiso del trabajador. Esta información permite determinar que aun son débiles las estrategias que permiten involucrar al trabajador y su familia, de una manera efectiva en los procesos de rehabilitación, aun cuando diversos autores mencionan la importancia de incentivar el compromiso y motivación de la persona con discapacidad en estos procesos (GLARP, 2001; Ministerio de Protección Social, 2004a).
- El sexo masculino es el más frecuente con un 76%, en los procesos de rehabilitación. Este reporte permite determinar la necesidad de desarrollar medidas de prevención y rehabilitación, teniendo en cuenta pautas determinadas por las características propias del trabajador.
- El rango de edad más frecuente en los procesos de rehabilitación, tanto en los casos femeninos como masculinos, es de 32 a 52 años. Esta característica se puede tener en cuenta para determinar pautas de manejo en la prevención primaria, secundaria y terciaria de los casos incluidos en este grupo.
- La actividad económica desarrollada en fábricas predomina en los casos de rehabilitación en las mujeres, en los rangos de edad entre los 18 a 32 años y 33 a 52 años.
- La actividad económica de la construcción predomina en los casos de rehabilitación en los hombres, en los rangos de edad entre los 18 a 32 años y 33 a 52 años.
- Los traumas que afectan el sistema neuromusculoesquelético, son los casos más frecuentes en los programas de rehabilitación, por lo cual es importante mejorar las acciones de prevención primaria en salud ocupacional, relacionadas con estas lesiones, así como fortalecer la investigación que permita el mejoramiento de los procedimientos de rehabilitación y reincorporación laboral en estos casos.
- El análisis de la información relacionada con el número reducido de casos de Enfermedad Profesional en rehabilitación (1%), con respecto al reporte del número total de casos, permite plantear como hipótesis que puede haber un subregistro de los casos de Enfermedad Profesional que han requerido procedimientos en rehabilitación, o posibles casos que no han sido identificados para ser incluidos en estos procedimientos. Llama la atención este hallazgo, teniendo en cuenta que los desordenes músculo esqueléticos son la primera causa de morbilidad profesional en el SGSS y de acuerdo con lo mencionado en la GATISO para desórdenes músculo-esqueléticos, la rehabilitación es una de las intervenciones más importantes en estas enfermedades profesionales (Ministerio de Protección Social, 2007a).

5.2 Componente cualitativo

A partir del análisis de la información sobre los procedimientos en rehabilitación implementados por las ARP, se estructuró la discusión organizada siguiendo las variables identificadas en cada etapa del proceso de rehabilitación y el orden estipulado en los pasos del mismo.

5.2.1 Etapa I. Identificación de casos para ingresar a los programas de rehabilitación

Oportunidad en el ingreso

Al tener en cuenta que uno de los principales objetivos de los programas de rehabilitación en el SGRP, es el ingreso oportuno de los casos; llama la atención que las ARP reportan que el promedio de ingreso de los casos se da entre 1 a 4 meses después de la contingencia. En el Manual se describe como oportuno el ingreso de los casos máximo 8 días después de la contingencia. En este sentido es importante tener en cuenta que de la oportunidad en el acceso depende en gran parte el éxito de los programas de rehabilitación (Fundación Santa Fe de Bogotá, 2007).

De acuerdo con lo referido en la Política Nacional de Habilidadación y Rehabilitación, uno de los mecanismos de intervención está enmarcado en la prevención de secuelas funcionales, laborales y psicológicas mediante una rehabilitación oportuna y de calidad (Ministerio de Protección Social, 2004). Igualmente, en las Guías de Atención Integral en Salud Ocupacional (GATISO), se hace énfasis en la prevención secundaria y terciaria mediante el inicio oportuno de programas de rehabilitación que mejoren la funcionalidad y minimicen los efectos de detrimento de la enfermedad o daño (Obando, 2000; Ministerio de Protección Social, 2007a). Otros autores reportan que el inicio oportuno de procesos de rehabilitación disminuye el tiempo de ausentismo laboral y los costos directos e indirectos que esto genera (Majunder, 2003; Ministerio de Protección Social, 2007a).

Parámetros de ingreso

El tipo de diagnóstico y severidad de la lesión son los criterios que más se tienen en cuenta en las ARP, para ingresar los casos a los programas de rehabilitación. En el manual guía de rehabilitación se citan a manera de ejemplo algunas contingencias susceptibles de entrar a los programas de rehabilitación. Las características clínicas de estos diagnósticos relacionados principalmente con traumas ocasionados por accidente de trabajo, permiten determinar la necesidad de intervenciones mediante la rehabilitación integral (Ministerio de Protección Social, 2004a). Por ejemplo, de acuerdo con lo planteado por Juan F. (2000), todas las afecciones del sistema neurológico, pueden causar a corto o largo plazo discapacidad, por lo cual se requiere la evaluación integral del caso desde el mismo momento del trauma hasta el control de su evolución por el equipo interdisciplinario. El tiempo de incapacidad es otro criterio que se está teniendo en cuenta, sin embargo en los casos ya mencionados lo ideal es ingresarlos oportunamente por diagnóstico y no posteriormente, por el tiempo transcurrido de incapacidad. El criterio de incapacidad, en términos de oportunidad de atención, es útil

en aquellos casos que teniendo un pronóstico favorable, superan el tiempo de incapacidad esperado para la recuperación del trauma o patología, lo cual es posible determinar por un adecuado seguimiento (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2002a). Según lo reportado por Rebolledo (2006); muchos pacientes accidentados del trabajo que sufren de un trauma, incluso de menor intensidad, terminan siendo evaluados por la Comisión Evaluadora de Incapacidades, debido a que llegan a desarrollar una evolución refractaria, dolor crónico, e incluso cuadros más severos como el síndrome doloroso regional complejo. De aquí la importancia de un adecuado seguimiento para identificar tempranamente factores de riesgo y medidas terapéuticas idóneas con el fin de prevenir mayor incapacidad y cronicidad.

En este mismo sentido, es importante mencionar la necesidad de definir parámetros de ingreso de las enfermedades profesionales a los programas de rehabilitación, lo cual no es claro en el manual de rehabilitación, ni en la información registrada por las ARP. De acuerdo con lo contenido en las Guías de Atención Integral en Salud Ocupacional (GATISO), todos los trabajadores que presenten alteración en su sistema músculo esquelético temporal o permanente que altere su capacidad en la ejecución de su actividad laboral, deben ser incluidos en los programas de rehabilitación (Ministerio de Protección Social, 2007a).

Aspectos gerenciales y estratégicos

Al tener en cuenta la normatividad de riesgos profesionales (Ley 1295, 1994) y la organización de nuestro Sistema de Seguridad Social, se identifican competencias y responsabilidades de diversos actores en la atención de los trabajadores que han sufrido un ATEP (Ministerio de Protección Social, 2003). Esta situación ha permitido que en dicho caso, la instancia primaria de atención no sea siempre la ARP, sino las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las IPS.

Teniendo en cuenta lo anterior, y conforme a lo dispuesto en el manual, son las ARP las coordinadoras y responsables de los procesos de rehabilitación de sus trabajadores, por lo cual requieren implementar actividades de gestión y estrategias, para la identificación e inclusión de los casos en forma oportuna a los programas. Esto debe permitir la articulación de las actividades realizadas por los diferentes actores, especialmente EPS, IPS, y ARP con el fin de mejorar la oportunidad de los procesos de rehabilitación. De acuerdo con lo reportado por las ARP, el personal médico y de rehabilitación identifican y determinan los casos para ingresar a los programas de rehabilitación; por lo cual se hace necesario ampliar la divulgación de los criterios de inclusión hacia estos profesionales en las EPS, pues estos son los responsables del manejo inicial del caso.

Se destacan otros actores en los procedimientos de inclusión de los casos a rehabilitación como son los profesionales y asesores de salud ocupacional de las empresas y ARP, quienes deben involucrarse más activamente en los programas de rehabilitación desde sus competencias.

5.2.2 Etapa II. Evaluación del caso

Tipo de valoraciones

De acuerdo con lo reportado por las ARP, las valoraciones en la evaluación inicial del caso son reconocidas principalmente desde el área profesional que interviene, más que desde los aspectos de valoración necesarios para determinar el funcionamiento y discapacidad del individuo. En este sentido, se observa que la valoración médica (laboral, fisioterapia y otras especialidades) es la que más predomina y le sigue la valoración por terapia ocupacional; en menor proporción se encuentra la valoración por fisioterapia, evaluación de puesto de trabajo y valoración por psicología. La valoración de los aspectos considerados en el instrumento de evaluación diseñado para tal fin, con base en la CIF, desde el Ministerio de Protección Social, es casi inexistente y sólo se nombra el instrumento más no sus componentes de valoración.

La anterior situación puede obedecer al vacío que existe en el Manual, y, aunque se nombran los aspectos de evaluación para determinar el perfil de funcionamiento y discapacidad – con base en la CIF– no se hace mayor énfasis en las valoraciones necesarias para tal fin. Se evidencia una desarticulación entre esta evaluación y las valoraciones sugeridas para determinar el desempeño y pronóstico ocupacional y laboral de los trabajadores.

Según la OMS (2001), la rehabilitación integral de la persona con discapacidad, debe tener en cuenta la recuperación y potencializarían de su funcionalidad en los niveles corporal, individual y social. En este contexto se hace referencia al aspecto socio laboral u ocupacional, desde la capacidad del individuo para la ejecución de actividades ocupacionales, evaluando e interviniendo su funcionamiento en los niveles corporal, psicológico e individual; y desde el desempeño real en el ámbito social, teniendo en cuenta diversos factores contextuales que pueden apoyar o entorpecer la participación en su entorno socio laboral u ocupacional (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2007).

De otro lado, se evidencia que la valoración psicológica no es tenida en cuenta como componente importante del funcionamiento del individuo que puede verse afectado por un ATEP. Igualmente la evaluación del puesto de trabajo no es relevante en esta fase de evaluación inicial, aun cuando es considerada en el manual, como factor importante para determinar el pronóstico ocupacional del trabajador. La valoración por trabajo social no se destaca en esta fase, lo cual puede estar relacionado con la falta de definición y claridad del alcance en el aspecto social y familiar de la rehabilitación dentro del SGRP.

El análisis de toda la información proveniente de las valoraciones realizadas en una fase inicial de evaluación del caso es indispensable para definir el diagnóstico y pronóstico funcional y ocupacional del caso (GLARP, 1996; GLARP, 2001; Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2003). Por esta razón, se realizará un análisis más profundo de la información obtenida de las ARP en este sentido, en el aparte de diagnóstico y pronóstico.

Diagnóstico y pronóstico

Como parte de la fase de evaluación se incluyen el diagnóstico y pronóstico funcionales, y el diagnóstico y el pronóstico ocupacionales, como las actividades que permiten establecer los objetivos y estrategias dentro del plan de rehabilitación (Ministerio de Protección Social, 2004a).

En relación con lo reportado el diagnóstico y pronóstico funcionales son determinados con base en la valoración médica principalmente, y continúa la valoración por terapia ocupacional; en orden descendente fisioterapia, psicología, evaluación del puesto de trabajo y trabajo social. El diagnóstico y pronóstico ocupacionales están determinados con base en las valoraciones médica y por terapia ocupacional mayoritariamente, continúan fisioterapia y psicología y en una menor proporción la evaluación del puesto de trabajo y trabajo social.

Según lo referido anteriormente, llama la atención la inclusión de la evaluación del puesto de trabajo como actividad necesaria para determinar el diagnóstico y pronóstico funcionales; teniendo en cuenta que las intervenciones en este sentido van dirigidas principalmente hacia la persona con el fin de promover el desarrollo o mejoramiento de funciones físicas, mentales y/o sensoriales, y que sirvan de apoyo a la integración social, familiar y ocupacional (Ministerio de Protección Social, 2004). En este mismo sentido, la evaluación del puesto de trabajo aparece como una de las valoraciones realizadas con menos frecuencia para determinar diagnóstico y pronóstico ocupacionales; no obstante esta valoración es una de las actividades más importantes que permiten realizar un pronóstico ocupacional temprano y define las intervenciones necesarias para equilibrar las exigencias del puesto de trabajo con las capacidades del individuo (OIT, 2002; GLARP, 2001; Ministerio de Protección Social, 2004a). Mediante esta valoración, realizada directamente en el ambiente laboral del trabajador, es posible identificar los factores contextuales ambientales físicos y actitudinales del entorno laboral, que pueden interferir en la reincorporación laboral del trabajador y por lo tanto serán objeto de intervención de los procesos de rehabilitación (OIT, 2002; OMS, 2001; Ministerio de Protección Social, 2004a). Este enfoque de la rehabilitación trasciende la atención médica e institucionalizada que se ha brindado hasta el momento, la cual ha privilegiado la rehabilitación como una serie de procedimientos desarrollados sobre el individuo, por los diferentes profesionales de la salud con la finalidad de restablecer capacidades funcionales corporales. El modelo social de la discapacidad y por lo tanto su abordaje desde este enfoque, permite determinar acciones de rehabilitación no sólo sobre el individuo, sino también sobre el entorno, el cual puede ser capacitante o discapacitante para el individuo (OMS, 2001; Brand y Pope, 1997).

De otro lado, se evidencia que la evaluación por psicología es poco tenida en cuenta en la determinación del pronóstico funcional y profesional. No se está considerando la repercusión del ATEP, en la función psicoemocional del trabajador, la cual se puede convertir en una barrera de tipo personal, restringiendo la participación del individuo en el ámbito socio laboral u ocupacional (OMS, 2001). Factores psicológicos como estado emocional, actitudes, personalidad, comportamiento y expectativas entre otros, son considerados como factores ambientales intrapersonales que pueden ser potencialmente capacitantes o discapacitantes (Brandt y Pope, 1997).

Es así como en diversas revisiones de procedimientos en rehabilitación profesional, se resalta la evaluación como un proceso integral, en el cual se debe tener en cuenta el conocimiento de todos los aspectos biopsicosociales del individuo y de los factores contextuales que pueden condicionar su integración socio-ocupacional (GLARP, 1996; GLARP, 2001; Mazier, 2002; OIT, 1983). La vivencia de la persona con discapacidad para su integración a la vida social a través de una ocupación es particular y única, dependiente de factores de orden funcional, psicológico y social exclusivos de ella, que harán que sea irrepetible, como lo es cualquier proceso adaptativo del ser humano (GLARP, 1996; GLARP, 2001).

Una evaluación psicológica temprana permite conocer la reacción emocional del trabajador ante la pérdida de la función de una parte del cuerpo o de un órgano, permitiendo estabilizar, oportunamente, los mecanismos adaptativos de la mente a la nueva situación médica, preparando al individuo para su reincorporación ocupacional y laboral (Ruiz, 2003). Los accidentes de trabajo, en general, se acompañan de la pérdida de la función de una parte del cuerpo o del órgano mismo ocasionando de esta manera una alteración importante de su auto imagen, del auto concepto del cuerpo, en una población específica que de acuerdo con su ciclo vital tiene características especiales, los adultos. Cuando se produce una lesión en el cuerpo se remueven estructuras psicológicas muy primarias que hacen que nuestra “atención vital” se centre en el funcionamiento del cuerpo y en su mejoramiento. Consecuentemente un trabajador recientemente lesionado no va estar en condiciones de “estar pendiente” completamente de lo relacionado con sus funciones habituales, su mente se ocupa más de su recuperación, es por esto que pueden aparecer reacciones psicológicas en tres campos: en relación consigo mismo, respecto a la familia y a su trabajo (Ruiz, 2003).

Esta situación será más evidente en trabajadores con limitaciones permanentes y en potencial situación de discapacidad, quienes van a encontrar en su entorno socio-laboral, barreras que surgen de la concepción social de la deficiencia física, definiendo situaciones de inhabilidad y desventaja social. Al respecto, Reeve (2002) advierte que el componente psico-emocional de la discapacidad tiene que ver con la manera en que se mira y se da valor al cuerpo de la persona con limitación, provocando que esta se sienta de menor valor y estéticamente poco atractiva.

De otro lado, en la Resolución 2646 de 2008,} del Ministerio de Protección Social, se resalta la importancia de la rehabilitación psicosocial, como un aspecto importante en la salud de los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial, en este caso derivados de un accidente de trabajo o Enfermedad Profesional. En el Artículo 15 de dicho documento, se establece que: “Las ARP deben hacer acciones de rehabilitación psicosocial dentro de los programas de rehabilitación integral” (Resolución 2646, 2008).

Adicionalmente, en los lineamientos de acreditación para IPS de rehabilitación, descritos en los “Manuales de Estándares del Sistema Único de Acreditación”, se incluye en el diagnóstico integral del caso, el psicológico y familiar, como parte de la etapa de evaluación inicial (República de Colombia, 2006). Se destaca la inclusión del componente familiar como parte de los aspectos para evaluar en los programas de rehabilitación. Esto es soportado por la polí-

tica pública en rehabilitación, en la cual se enfatiza que las acciones destinadas a promover la integración familiar y social deberán estar centradas en la familia, como base de la estructura social y primer garante del desarrollo de sus miembros como sujetos de derecho (Sandoval, 2003; Ministerio de Protección Social, 2004).

Plan de rehabilitación

El reintegro laboral y la reubicación laboral son las principales metas, consideradas en los planes de rehabilitación por las ARP. En una menor proporción se están manejando las otras metas de rehabilitación, como reconversión de mano de obra, orientación hacia otras actividades diferentes al empleo y orientación hacia actividades no laborales de mantenimiento funcional-ocupacional. Esta situación permite replantear el alcance de los programas de rehabilitación por parte de las ARP, teniendo en cuenta que gran parte de los trabajadores accidentados se encuentran en sectores económicos que desarrollan actividades de alta exigencia de carga física, poseen una baja escolaridad y al enfrentarse a una pérdida de su capacidad física, pierden posibilidades de un reintegro laboral (Ministerio de Protección Social, 2007).

A partir de lo anotado (Aristizábal, 2005), es necesario buscar otras posibilidades ocupacionales-laborales para las personas con discapacidad, teniendo en cuenta que en un sistema capitalista la razón de ser de las empresas es la productividad, que aún predominan las connotaciones negativas y estigmas en torno al trabajador con limitación o discapacidad, y que los actuales regímenes de contrataciones o forma de empleos hacen que predomine la inestabilidad y la temporalidad (Oliver, 1998; Aristizábal, 2004). En este sentido, se consideran opciones importantes la educación y la formación profesional como factores determinantes para la reinserción laboral y claves para alcanzar y mantener la competitividad ya que las empresas demandan mayores grados de calificación que los que requerían en épocas pasadas (OIT, 2002; Aristizábal, 2004; Cosby, 1997; GLARP, 2001). Como otra opción de integración laboral se encuentra la orientación a actividades diferentes al empleo, mediante la cual se pretende brindar a los trabajadores elementos básicos de capacitación en organización empresarial y programas de autoempleo, promoción del espíritu empresarial y de generación de empleo, impartiendo asistencia técnica, legal, administrativa y tecnológica, complementadas con orientación a líneas de crédito; en la actualidad se pueden documentar casos exitosos de integración laboral, mediante la creación de unidades productivas o microempresas. Dichas acciones han sido apoyadas por el programa de Emprendimiento liderado desde el SENA, y dirigido especialmente hacia población vulnerable (Aristizábal, 2004; Fundación San Felipe Neri, 2008).

De acuerdo con lo planteado por Peñas, se hace indispensable repensar la inclusión socio-laboral, de manera que se deje de focalizar su significado y trascendencia en lo estrictamente económico considerando el principio de la ocupación humana como factor de desarrollo y bienestar, como determinante para la autoestima identidad social, calidad de vida, dándose mayor valor a la capacidad humana más allá del capital humano (Peñas, 2004). Se identifica entonces la importancia de considerar como meta de rehabilitación la orientación al desarrollo de una actividad no laboral, como opción de mantenimiento funcional y calidad de vida en

los trabajadores con discapacidad que no cuentan con la capacidad individual suficiente para integrarse al mundo laboral.

Con el objetivo de lograr la meta propuesta, en el plan de rehabilitación se deberán plantear los objetivos y actividades en rehabilitación funcional ocupacional y social necesarias. La información relacionada con las actividades realizadas por las ARP en el manejo de la rehabilitación integral será analizada en el aparte de manejo de la rehabilitación integral

Aspectos gerenciales y estratégicos del procedimiento

Parte de los aspectos de gestión y estratégicos para tener en cuenta en esta fase están los relacionados con la articulación e integración de las valoraciones realizadas por el equipo interdisciplinario, con el propósito de definir concertadamente el pronóstico funcional ocupacional y plan de rehabilitación integral. Igualmente se tienen en cuenta las acciones necesarias para involucrar los otros actores del proceso de rehabilitación en esta concertación.

La información registrada por las ARP permite conocer que se han implementado diferentes mecanismos para consolidar la información de las primeras valoraciones, como es la aplicación de programas sistematizados y de herramientas informáticas. En este sentido, se resalta la importancia de los procesos para el registro de información y mantenimiento de la historia clínica, como indicador de calidad en los procesos de rehabilitación (República de Colombia, 2006).

Como mecanismos de concertación para la definición del pronóstico y del plan de intervención, se encontró que se están realizando esfuerzos por vincular al trabajador, la familia y empresa en esta etapa del proceso de rehabilitación. El seguimiento telefónico y personalizado, y las reuniones con la empresa y la familia en diferentes actividades valorativas son los mecanismos más frecuentes en este sentido. La promoción de la participación del usuario y su familia en la fase de evaluación permite realizar un proceso educativo con estos actores, en el cual se permite identificar el grado de conocimiento que poseen acerca de los procesos de rehabilitación, y sus expectativas, a la vez que facilita la orientación sobre las responsabilidades como actores del proceso (García, 2004; República de Colombia, 2006; Ruiz, 2005). Es por lo tanto muy importante reconocer que el “paciente” no es único objetivo del equipo de rehabilitación. El proceso de la rehabilitación es más favorable para la persona cuando se han tenido en cuenta y se han buscado soluciones de soporte para la familia (Juan, 2000).

De otro lado, se evidencia que la articulación e integración de las valoraciones mediante la elaboración de un plan de rehabilitación integral, concertado por el equipo interdisciplinario, no es una actividad predominante en las ARP. Esto permite identificar dificultades para el trabajo en equipo, lo cual limita la realización de un trabajo interdependiente y organizado, con el objetivo del logro de una meta en común.

El enfoque comprensivo y holístico necesario en la intervención en rehabilitación ha fortalecido el trabajo en equipo. Esta forma de trabajo se caracteriza por dar una participación activa a profesionales de diferentes disciplinas, representantes de diversos sectores de la comunidad y

la misma persona con discapacidad, este trabajo es interdependiente, organizado, coordinado y armonioso desarrollado por un grupo de personas con diferentes saberes y experiencias que aportan para el logro de un objetivo común, el cual prima sobre sus intereses particulares. La información obtenida por cada uno de los miembros se convierte en la base de la discusión y toma de decisiones que el grupo hace para el logro del objetivo común (GLARP, 1996; Ministerio de Protección Social, 2004; República de Colombia, 2006).

Las decisiones tomadas interdisciplinariamente son competencia de cada uno de los involucrados. A medida que se trabaja con un criterio interdisciplinario se va estableciendo una interrelación más armónica y saludable entre quienes llevan a cabo la experiencia. El trabajo en equipo interdisciplinario permite mejorar la planificación de los programas, un manejo y mejor utilización de los recursos personales de la institución o sector, facilitando la máxima optimización de los recursos propios de la institución (Obando, 2000).

Un factor de primordial importancia al hablar de trabajar en equipo en rehabilitación es que cada profesional o institución involucrada comprende que su quehacer dentro de ese equipo no está en relación exclusiva con su enfoque profesional específico. Trabajar en rehabilitación con enfoque interdisciplinario exige un enfoque profesional integral y social, lo cual no implica una desprofesionalización, exige dar una dimensión más profunda, más amplia a su quehacer. El problema que se aborda en rehabilitación no es eminentemente técnico sino social, permitiendo visualizarlo desde varios ángulos, por lo tanto se debe basar su solución en una dimensión humanista y total (Obando, 2000).

5.2.3 Etapa III. Manejo de la rehabilitación integral

Rehabilitación funcional

Como parte del manejo de la rehabilitación funcional se reportaron entre las principales actividades la intervención médica, los programas terapéuticos y correctivos. Se destaca la atención médica especializada como intervención principal en los procesos de rehabilitación, por lo cual es importante la participación activa y coordinada de estos profesionales con el equipo interdisciplinario de rehabilitación. Es evidente el cambio de paradigma actual de la concepción de discapacidad en nuestro país, igualmente que de su atención; existiendo un consenso que la discapacidad no es una enfermedad sino una condición, y su atención debe ser integral y estar encaminada no solo a la prestación de servicios en salud, sino a la integración social, entre otras (Fundación Santa Fe de Bogotá, 2007).

Rehabilitación profesional

El análisis de las actividades desarrolladas por las ARP, para la implementación de la rehabilitación ocupacional-profesional se realizó teniendo en cuenta la meta en rehabilitación. Las principales actividades desarrolladas por las ARP, cuando la meta es reintegro con o sin modificaciones, y reubicación laboral son las evaluaciones de puesto de trabajo y evaluaciones por profesionales. En una menor proporción se tienen en cuenta procesos de readaptación la-

boral del individuo, al igual que las actividades necesarias para la readaptación en el puesto de trabajo como son modificaciones, reinducción y prueba de trabajo entre otros. Las actividades de adaptación al ambiente extra laboral no son tenidas en cuenta, como parte de los procesos de rehabilitación profesional.

Según lo anterior las actividades de intervención son referidas principalmente desde la evaluación que desde la implementación de procedimientos de readaptación dirigidos al trabajador, y al entorno socio laboral, de acuerdo con los planes de rehabilitación integral.

De acuerdo con las recomendaciones de la OIT en “Gestión de las discapacidades en el puesto de trabajo” del 2002, la readaptación laboral no se da igual en todos los individuos, existen casos especiales en que debido a las características de la limitación se deben crear programas específicos de adaptación. Se les debe permitir vivir la experiencia antes de enfrentarse a ella realmente con el fin de generar conductas adaptativas, adquirir conocimientos, competencias y disposición al trabajo, aspectos indispensables para el desempeño de las tareas específicas de cada puesto (OIT, 1983; OIT, 2002; Disler, 2001; GLARP, 2001). Adaptarse es un proceso global que involucra los valores morales y sociales de las personas, sus actividades y el desarrollo emocional en los diferentes aspectos de la actividad. Es un proceso activo que le permite a la persona integrarse y participar en las actividades que se desarrollan en su medio, desempeñando un papel productivo satisfactorio para el usuario y el grupo.

Al hablar de adaptación en rehabilitación profesional es necesario tener en cuenta el concepto de integración, es decir la persona en su totalidad física, mental y psicosocial pues el desajuste en cualquier esfera repercute sobre las demás (GLARP, 1996). En este sentido, es importante tener en cuenta que la rehabilitación integral abarca la rehabilitación profesional como un aspecto de ella que debe integrarse armónicamente con otros componentes de la rehabilitación como la funcional, buscando a través de ésta el desarrollo o potenciación de capacidades físicas psicológicas y sociales del individuo, necesarias para promover su readaptación laboral e integración socio laboral (GLARP, 1996; Boada, 2004). Estas actividades de readaptación del individuo, pueden comprender desde el entrenamiento en destrezas físicas especiales, manejo emocional, hasta la recuperación de hábitos laborales y manejo de relaciones interpersonales o reconversión de mano de obra, entre otros (Ministerio de Protección Social, 2004a).

La readaptación del entorno laboral se refiere a las modificaciones o acomodaciones que se deben realizar en el ambiente de trabajo con el fin de equilibrar las capacidades del individuo con los requerimientos del desempeño del trabajo (Ministerio de Protección Social, 2004a). Este aspecto es reconocido como fundamental desde la perspectiva del derecho al trabajo de las personas con limitaciones o discapacidad, pues se le atribuye legal internacional y nacionalmente al empleador y empresas la responsabilidad de mantener la vinculación laboral en condiciones equitativas a los trabajadores en condición de discapacidad e incluso desde la responsabilidad social el contratar nuevo personal en esta condición. Esta realidad implica la actuación responsable de las entidades competentes en el apoyo y asesoramiento técnico, relacionado con el manejo de la discapacidad en el lugar de trabajo (OIT, 2002).

Con referencia en la ADA (The Americans with Disabilities Act), se debe buscar que estas acomodaciones sean razonables; incorporan el término de “acomodación razonable” como aquellos ajustes efectivos que permitan el acceso equitativo a un empleo en términos de las funciones esenciales del trabajo y que no impone un indebido gasto al empleador. Para realizar una acomodación efectiva se debe tener en cuenta: determinar si la acomodación es necesaria, definir cual acomodación es la mejor para producir el resultado deseado en términos de productividad del trabajador, encontrar la solución en acomodación específica que sea necesaria, e implementar y mantener la acomodación. Los tipos de acomodación reportados pueden ser adaptaciones del puesto de trabajo en cuanto a equipos, espacios o elementos de trabajo, modificación de políticas, ubicación del trabajador en otro puesto de trabajo dentro de la empresa para el cual sea calificado, cambios administrativos y organizacionales del trabajo. Se destaca que la reubicación laboral es considerada dentro de las posibles acomodaciones laborales a definir dentro de la empresa (Job Accommodation Network, 1994; OIT, 2002).

De otro lado, es importante resaltar la importancia de orientar y apoyar al trabajador, a su familia y a su comunidad en el desarrollo de acciones sobre las barreras ambientales extra laborales identificadas, con el objeto de facilitar el desempeño socio-laboral del trabajador con discapacidad. Incluye la orientación o asesoría necesaria para realizar ajustes en el ambiente que faciliten el desempeño en actividades de auto cuidado, vida doméstica, desplazamiento, transporte, recreación, deporte y cultura, entre otros (OMS, 2001; Ministerio de Protección Social, 2004a).

Cuando la meta propuesta es reconversión de mano de obra se reporta que las actividades más realizadas son evaluación de capacidades y competencias, orientación ocupacional, y en menor proporción orientación a redes de apoyo. No se especifican actividades en un porcentaje importante, lo cual guarda relación con la baja frecuencia del manejo de la reconversión de mano de obra como meta en rehabilitación.

Se destaca la evaluación como actividad importante para orientar el tipo de capacitación profesional propuesta, de acuerdo con lo expuesto en el Diplomado sobre Rehabilitación Profesional de Personas con Discapacidad del 2001. Mediante la evaluación, se pretende estimar y medir las habilidades, capacidades, destrezas, aptitudes, actitudes, intereses y potencialidades de la persona con respecto a la formación y desarrollo en una actividad productiva (GLARP, 2001). La orientación profesional debe proporcionar a la persona evaluada, opciones ocupacionales de formación profesional o de integración laboral viables guiándola hacia la mejor y respetando su elección. Es necesario estimular la participación de la persona en el proceso, fomentando su autogestión y toma de decisiones (GLARP, 2001).

En este mismo sentido, es importante determinar los recursos que ofrece el entorno como centros de formación profesional, empresas en sus diferentes formas de organización, medios de transporte, vías de acceso u otros recursos disponibles que puedan facilitar o dificulten el proceso de integración socio-ocupacional de la persona. El entorno posee los recursos y ofrece las oportunidades para que las personas puedan hacer o no uso de éstos (GLARP

2001). En esta perspectiva surgen las redes sociales de apoyo como vínculos comunitarios o interinstitucionales, los cuales se deben establecer con el fin de desarrollar alianzas estratégicas en función de un resultado compartido (García, 2005). Estas acciones en rehabilitación son apoyadas desde diferentes autores y organismos internacionales y nacionales, los cuales resaltan la importancia de que los servicios de rehabilitación ofrezcan apoyos dirigidos a la persona con discapacidad y su familia, de naturaleza personal e individualizada, a la vez que medidas sobre el medio para la equiparación de oportunidades (GLARP, 1996; Ministerio de Protección Social, 2004; Brand y Pope, 1997; Majunder, 2003; OMS, 2001; Sandoval, 2003).

En la orientación hacia actividades laborales diferente al empleo, no especifican actividades en un porcentaje casi del 50%, este hallazgo coincide con el bajo porcentaje de reconocimiento de esta meta de rehabilitación por parte de las ARP. No obstante, se identificaron como actividades desarrolladas la orientación ocupacional y psicológica, la evaluación de capacidades y competencias y por último la orientación a redes de apoyo. Al igual que para la reconversión de mano de obra la orientación hacia redes de apoyo es la actividad menos realizada en esta meta de rehabilitación, lo cual limita la oportunidad de acceso a los recursos interinstitucionales, gubernamentales y no gubernamentales, existentes para la promoción de la microempresa y autoempleo en estas poblaciones.

Se debe tener en cuenta que en el país la ley garantiza el acceso de las personas con discapacidad, a los centros educativos, de formación profesional, formación universitaria o de educación no formal, y les compete a los profesionales de rehabilitación orientar, asesorar y apoyar a la comunidad educativa y de formación en técnicas de abordaje y metodologías más adecuadas para facilitar el proceso enseñanza aprendizaje de la persona con discapacidad (Ministerio de Protección Social, 2004).

En la orientación hacia actividades no laborales de mantenimiento funcional, no especifican actividades en casi un 50% de las ARP; al igual que en la anterior situación, este hallazgo coincide con el bajo porcentaje de reconocimiento de esta meta de rehabilitación. Sin embargo, se documentaron como actividades consideradas la orientación ocupacional y psicológica, la orientación hacia redes de apoyo, la visita domiciliaria y asesoría a la familia, esta última en una menor proporción.

Como se ha descrito anteriormente, esta meta en rehabilitación es considerada en casos en los cuales el trabajador a causa de su limitación o discapacidad ve restringida las posibilidades de desarrollar una actividad laboral o productiva. En el marco del Sistema de Riesgos Profesionales, estos trabajadores generalmente son calificados con pérdidas altas de capacidad laboral y son pensionados por invalidez. Llama la atención el abordaje del entorno familiar como una actividad que cobra importancia en estos casos, ya que de acuerdo con lo mencionado (Zapata, 2005), la presencia de una persona con discapacidad entre los integrantes de la familia provoca un choque muy fuerte que puede incrementar las fuentes de tensión y afectar negativamente la estructura de la familia, la relación entre sus miembros y el marco social en que ésta se inserta. Esta situación se hace más preocupante cuando es uno de sus integrantes el que asu-

me el cuidado de la persona, la mayoría de veces sin la información y orientación adecuada, promoviendo la exclusión social ya no solo de la persona con discapacidad, sino también de la familia (Zapata, 2005; Ruiz, 2005).

Cierre de casos

En cuanto a los criterios para el cierre de los casos se identifica que se está teniendo en cuenta el concepto de rehabilitación y de médico tratante, aunque el primero es el más reportado, se continúa en otros casos considerando sólo el punto de vista médico para definir el cierre. En este sentido se debe tener en cuenta que los alcances de los procesos de rehabilitación se deben dar en términos de integración socio-ocupacional o laboral, por lo cual el cierre de los casos debe estar definido con base este criterio (Bordieri y Comnimel, 1987; Hendricks, 1994; Disler, 2001; Majunder, 2003; Walls, 2001; Ministerio de Protección Social, 2004; GLARP, 1996).

Aspectos gerenciales y estratégicos

En el manejo de la rehabilitación integral se hacen necesarias medidas de articulación entre las diferentes actividades consideradas tanto en la rehabilitación funcional como en la profesional, con el objetivo de lograr la meta propuesta. La rehabilitación profesional, al hacer parte del proceso de rehabilitación integral, no puede concebirse de otra manera que como un medio para alcanzar un fin, por lo tanto debe mantener los mismos principios del todo que lo comprende, una concepción integral del ser humano y unos procesos integrales que respondan a tal concepción (Obando, 2000).

En este sentido, se reportó que el seguimiento a las diferentes intervenciones de rehabilitación en cada caso, es el mecanismo más difundido para articular las actividades de rehabilitación funcional y profesional dentro de un mismo proceso; el manejo integral del caso es reportado con menos frecuencia, lo cual nos permite corroborar que existen limitantes para manejar integralmente los casos. De acuerdo con lo planteado hasta ahora, se evidencia dificultad para el trabajo en equipo y desarticulación en los procesos de rehabilitación funcional y profesional, lo cual puede estar relacionado con esa limitante.

De otro lado, se observa que las ARP en su totalidad, han desarrollado estrategias de seguimiento interno a los casos que ingresan a los programas de rehabilitación lo cual permite monitorear continuamente el alcance de las metas estimadas y definir la necesidad de realizar modificaciones a las intervenciones propuestas (Ministerio de Protección Social, 2004; Ministerio de Protección Social, 2006a; Ministerio de Protección Social, 2004a).

5.2.4 Etapa IV. Retroalimentación del sistema

Seguimiento a la reincorporación laboral

Existen diferentes mecanismos de seguimiento a la empresa y trabajador reincorporado aplicados por las ARP, se destacan la visita a la empresa, el seguimiento telefónico, y seguimiento a través de los asesores en salud ocupacional. No se reportan estrategias de seguimiento a los

casos con metas de rehabilitación diferentes a la reincorporación laboral en la misma empresa. Estos resultados se relacionan con la limitada intervención que se está realizando en los casos que requieren una orientación ocupacional diferente al reintegro o reubicación laboral, lo cual fue analizado en apartes anteriores.

Análisis de la información

La totalidad de ARP cuenta con sistemas informáticos y bases de datos, lo cual permite consolidar la información proveniente de los procesos de rehabilitación; sin embargo, tan sólo en un 29% especifican el uso de las variables e indicadores requeridos para el análisis de la información, de acuerdo a lo estipulado desde el Ministerio de Protección Social. Este requerimiento se fundamenta en la importancia de registrar y documentar los resultados de los procesos de rehabilitación funcional y profesional, y de caracterizar la población de trabajadores que han requerido ingresar a programas de rehabilitación, entre otros. Retomando a Majumder (2003), es necesario documentar los resultados de la rehabilitación, trascendiendo el nivel de la observación informal, con el fin de evaluar e identificar aspectos de mejoramiento en beneficio de la población con discapacidad y reportarle al país, en términos económicos, las ventajas y beneficios de implementar procesos de rehabilitación integral (Walls, 2001; Majunder, 2003).

A MANERA DE RECOMENDACIONES

Analizada la situación actual de la implementación de los procedimientos de rehabilitación tomando como referencia técnica el Manual Guía de Rehabilitación, y la información enviada por las ARP sobre la gestión en rehabilitación, en el periodo mayo del 2007 a mayo del 2008, analizados entre 2008 y 2009, se identifican los siguientes aspectos de mejoramiento para ser tenidos en cuenta en el SGRP.

A. CON RESPECTO A LOS PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN EN LAS ARP

- Implementación o mejoramiento de los sistemas de recopilación y registro de la información relacionada con rehabilitación por parte de las ARP, con el fin de facilitar la autoevaluación y seguimiento al sistema de rehabilitación en el SGRP, por parte del Ministerio de Protección Social.
- Fomento de la capacitación y actualización en temas relacionados con el manejo de la discapacidad y rehabilitación integral: funcional y profesional, con el fin de promover el desarrollo de los procedimientos en rehabilitación con base en marcos conceptuales y fundamentos técnicos, válidos en los ámbitos internacional y nacional. Este aspecto de mejoramiento se hace prioritario al identificarse que gran parte de las dificultades encontradas en los procedimientos de rehabilitación, están relacionadas con vacíos conceptuales y técnicos de los procesos.
- Promoción de una cultura de autoevaluación y seguimiento dentro de las ARP, de la manera como se están desarrollando los procedimientos de rehabilitación, con el fin de identificar las debilidades del proceso e implementar estrategias de mejoramiento. Este aspecto cobra importancia al ser la rehabilitación un proceso que trasciende el enfoque médico hacia un enfoque social, en el cual se requiere considerar la intervención de diferentes actores. Esta situación va más allá de la creencia de que lo planificado debe traducirse mecánicamente en acciones sin tener en cuenta el contexto organizacional y las racionalidades de los diversos actores en su ejecución.
- Desarrollo de investigaciones que permitan identificar las causas de la falta de motivación y compromiso de los trabajadores en los programas de rehabilitación, con el fin de implementar estrategias interdisciplinarias adecuadas, teniendo en cuenta al trabajador como el actor más importante dentro de estos procesos.

- Implementación de sistemas de monitoreo y seguimiento a la atención en salud brindada a los trabajadores con Enfermedad Profesional en las ARP, con el fin de promover el ingreso de los casos a los programas de rehabilitación, teniendo en cuenta las necesidades específicas individuales.
- Desarrollo de estrategias de capacitación y seguimiento a las EPS e IPS, en la intervención a los trabajadores con ATEP, acordes con los lineamientos de los programas de rehabilitación desarrollados por cada ARP, con el fin de promover el compromiso de estas instituciones como actores importantes en los programas de rehabilitación.
- Fortalecimiento de los mecanismos de gestión y coordinación de los programas de rehabilitación dentro de las ARP, con el fin de promover la intervención articulada y eficiente de los diversos actores que participan en los procesos de rehabilitación.
- Implementación de un sistema de evaluación y plan de mejoramiento al procedimiento utilizado para identificar y capturar los casos a ser incluidos en los programas de rehabilitación por cada ARP con el fin de mejorar la oportunidad en la prestación de los servicios.
- Creación de mecanismos que faciliten el trabajo en equipo interdisciplinario, en la red de prestadores de servicios de rehabilitación de las ARP, con el fin de promover la definición concertada del pronóstico y de los planes de rehabilitación, y por lo tanto la integración de la rehabilitación funcional y profesional en busca de la prestación oportuna y de calidad de estos procedimientos a los trabajadores.
- Desarrollo de guías de manejo en rehabilitación por traumas y patologías, al interior de cada ARP, lo cual permita hacer el direccionamiento del tipo de valoraciones e intervenciones requeridas en cada caso, sin perder el concepto de integralidad del proceso de rehabilitación, e individualidad del ser humano.
- Fortalecimiento de acciones en prevención primaria para traumas del sistema neuromusculoesquelético asociados con accidentes de trabajo, así como de la investigación que permita el mejoramiento de los procedimientos de rehabilitación y reincorporación laboral en estos casos.
- Implementación de guías de manejo para enfermedades profesionales, tomando como referente las GATISO, con el fin de proveer a los trabajadores afectados, una intervención en rehabilitación integral, acorde con sus necesidades, y al estadio de la patología.
- Elaboración de protocolos de atención en psicología y salud mental a los trabajadores que han sufrido un ATEP, con el fin de promover la generalización de esta intervención en los programas de rehabilitación de las ARP. Se resalta la importancia de brindar estas intervenciones a los trabajadores con discapacidad, pues se puede plantear como hipótesis, que el manejo de este componente emocional puede incidir positivamente en la actitud del trabajador hacia los procesos de rehabilitación y reincorporación ocupacional.
- Conformación de registros de información de redes de apoyo al interior de los programas de rehabilitación de las ARP, con el fin de identificar y coordinar acciones en diversas insti-

tuciones, ONG, y otras organizaciones que faciliten la integración socio-ocupacional de los trabajadores con discapacidad, especialmente en aquellos casos que se ven restringidas las posibilidades de una reincorporación laboral en la misma empresa.

- Definición de estrategias y alcances en la evaluación e intervención de aspectos extra laborales, como actividades de auto cuidado, actividades domésticas desplazamiento en el entorno, transporte, recreación, cultura y deporte entre otros, dentro de los programas de rehabilitación de las ARP, al ser estos aspectos parte del desarrollo integral del ser humano y que se pueden ver afectados por un ATEP, y a su vez repercutir en la reincorporación ocupacional y laboral del trabajador.

B. CON RESPECTO AL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL

Una mayor divulgación del Manual Guía actualizado, con el fin de facilitar su operación por parte de las ARP y mejorar la sistematización de la información relacionada. Se sugieren los siguientes aspectos para tener en cuenta en esta actualización:

- Revisar los criterios de ingreso a los programas de rehabilitación con el fin de permitir la inclusión de todos los casos de accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional, que puedan requerir rehabilitación funcional y/o profesional en diferentes niveles de complejidad. En este sentido se busca mejorar el sistema de información para evitar subregistros de la información relacionada con rehabilitación.
- Complementar los contenidos desarrollados en la fase de evaluación del proceso de rehabilitación, con los fundamentos necesarios para la aplicación del instrumento de evaluación y seguimiento elaborado con base en la CIF, para el desarrollo de los programas de rehabilitación dentro del SGRP.
- Identificar en la etapa de manejo de la rehabilitación integral las actividades requeridas en los casos que se han definido metas diferentes a la reincorporación laboral en la misma empresa, tales como reconversión de mano de obra, orientación hacia actividades laborales diferentes al empleo y orientación hacia actividades no laborales de mantenimiento funcional.
- Revisar variables e indicadores sugeridos en la etapa de retroalimentación del sistema, con el fin de mejorar su coherencia entre los procedimientos de rehabilitación, los instrumentos de sistematización de la información implementados por parte de las ARP y los aplicativos desarrollados por el Ministerio de Protección Social para el análisis de la información.
- Implementación de programas de capacitación y entrenamiento en la evaluación del funcionamiento y discapacidad con base en la CIF (OMS, 2001), que permita la generalización de la aplicación del instrumento de evaluación y seguimiento a los procesos de rehabilitación en el SGRP. Este aspecto es importante, en la medida que las políticas nacionales en discapacidad y rehabilitación han retomado el enfoque conceptual de la CIF para el planteamiento y desarrollo de las intervenciones dirigidas a la población con discapacidad.

- Divulgación de las políticas de discapacidad y rehabilitación desarrolladas desde el Ministerio de Protección Social, en EPS e IPS de rehabilitación, con el fin de promover el compromiso de estas instituciones en la implementación de programas de rehabilitación con un enfoque integral.
- Desarrollo de políticas para el fortalecimiento de programas de prevención primaria de accidentes de trabajo y de programas de rehabilitación profesional en el sector de la construcción, ampliando las alternativas de formación y reincorporación ocupacional.
- Planteamiento de lineamientos en atención en salud y rehabilitación, teniendo en cuenta la caracterización socio-demográfica de la población que ha requerido intervención de rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvis, K. y Cols. (1999). Calidad de los servicios de Terapia Física desde una perspectiva técnico científica. *Revista de la Asociación Colombiana de Fisioterapia*. Santafé de Bogotá.
- Aristizábal, M. (2004). La integración Laboral de las personas con discapacidad, una deuda pendiente. *En Discapacidad e Inclusión Social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia . pp. 358-366.
- Bardieri, J.E., y Comnimel, M.E. (1987). Competitive Employment for workers with disabilities: An International perspective. *Journal of Rehabilitation*. 53, pp. 51-57.
- Boada, J. (2004). Rehabilitación Integral: Un concepto de ayer es una necesidad hoy. *Fundamentos*. Fundación Saldarriaga Concha.
- Borja. (1993). *Diseño de un instrumento para la evaluación del proceso de rehabilitación profesional*. Tesis de grado, Especialización en Salud Ocupacional, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Brandt, E. N. y Pope, A. M. (1997). *Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering* Washington: National Academy Press.
- CIDER Universidad de los Andes (1992), *Monitoreo a la Red de Solidaridad Social, Reunirse, Red Universitaria de Monitoreo a programas de Política Social*. Bogotá.
- Congreso de la República de Colombia. (1989). *Decreto 2177 de 1989*. Por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1988, aprobatoria del Convenio 159 de la OIT. República de Colombia.
- Cosby, G. (1997). Proemdis: Cuba's new program for professional Rehabilitation. *Journal of Rehabilitation*. 63 (2), pp. 31-36.
- Cuervo, C., Escobar, M. y Trujillo, A. (1998). *Factores que determinan el impacto de los servicios de rehabilitación de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología de las instituciones de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá*. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Universidad Nacional de Colombia.
- Cuervo, C. y Moreno, M. (2003). *Propuesta de Sistema de Información en Discapacidad*. Documento interno de trabajo, Instituto del Desarrollo Humano y la Discapacidad. Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional.

- Disler, P. (2001). Vocational Rehabilitation. *British Medical Journal*, 323, pp. 113-121.
- Documento Conpes 2761. (1995). *Política de Prevención y atención a la discapacidad 1995-1998*.
- Donavediam, A. (2003). *Garantía y Monitoría de calidad de la Atención Médica: un texto introductorio, en perspectivas en Salud Pública*, n° 10, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Dowler, D. , Hirsh, A. E. , Kittle, R.D. y Hendricks, D. (1996). Outcomes of Reasonable Accommodation in the Work Place. *Technology and Disability*, vol 5, pp. 345-354.
- Fundación Saldarriaga Concha. (2003). Apoyo en dos vías, la fundación vista desde el centro de Gestión Hospitalaria. *Fundamentos*. Edición especial 30 años, pp. 21-24.
- Fundación San Felipe Nery. (2008). *Memorias I Congreso de Discapacidad, Rompiendo limites*. Bogotá.
- Fundación Santafé de Bogotá. (2007). *Seguimiento al sector salud en Colombia, así vamos en Colombia*: Autor.
- Gallardo y Cols. (1999).
- Garay, J.L. (2003). *Crisis, Exclusión Social y Democratización en Colombia. Investigación y Retos de la sociología*. Bogotá: Universidad Nacional.
- García, C. M. (2004). Familia y discapacidad. *En Discapacidad e Inclusión Social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia . pp. 329-340.
- GLARP, Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (2001). *Memorias de diplomado en Rehabilitación Profesional*. Bogotá.
- GLARP, Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. (1996). *Actualización del Marco Conceptual de la Rehabilitación Profesional en el Glarp*. Bogotá.
- Hendricks, D.J. , Dowler, D., y Judy, B. (1994). Real-Life Issues in Job Accommodation. *Journal of Vocational Rehabilitacion*, Vol. 4, pp. 174-182.
- Harnández, R. (1991). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-HILL
- Imai, M. (1986). *Kaisen: la llave para el éxito competitivo del Japòn*. Ciudad de Nueva York: Random House.
- Job Accommodation Network, JAN. (1994). *Job Accommodation Network annual report: October 1, 1992 through September 30, 1993*. Morgantown, WV.
- Juan, F. (2000). *Unidades de Neurorehabilitación, Equipo Interdisciplinario*. First International Congress on Neuropsychology in Internet. Spain.
- Leebov, W.(1991). *Manual de los administradores de Salud para el mejoramiento continuo*. American hospital Publishing.

- Majumder, R. K. (2003). Economía de la Discapacidad y la Rehabilitación. *En: Inclusión Social del las personas con discapacidad: Realidades, Retos y Reflexiones*. Bogotá: Instituto de Desempeño Humano y la Discapacidad- Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. pp. 42-47.
- Majumder, R.K., Fullmer, S.L. & Walls, R.T. (1992). *Benefit- cost analysis: a Decision support tool for vocational Rehabilitation*. West Virginia rehabilitation research and training Center. University of West Virginia.
- Mazier, E.E. (2002). Workers transition network boost return- to- work effort via non profits. *National Underwriter*. 106 (51), pp. 15-16.
- Mejía, B. (1998) *Gerencia de Procesos para la organización y control interno de empresas de salud*. Bogotá: Serie Gerencia en Salud.
- Ministerio de Educación Nacional. (2002). *Impulso al Proceso de Integración Educativa de la Población con discapacidad a los centros de educación inicial y preescolar*. Módulo 1. 15-20.
- Ministerio de Protección Social. (2004a). *Manual Guía de Rehabilitación sobre procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales*. Edición 2: Autor.
- Ministerio de Protección Social (2007). *Rehabilitación Integral en el Sistema General de Riesgos Profesionales*. Documento de trabajo. Bogotá: sin publicar.
- Ministerio de Protección Social (2007a). *Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basados en la evidencia GATISO*: autor.
- Ministerio de Protección Social (2003). *Proyecto Sistema de Rehabilitación*. Documento de trabajo. Bogotá: sin publicar.
- Ministerio de Protección Social (2004). *Lineamientos de Política Habilidadación/Rehabilitación Integral para el desarrollo Familiar, Ocupacional y social de las personas con discapacidad*: autor.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2003). *Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Laboral de los Trabajadores en el Sistema de Riesgos Profesionales*. Edición 1. pp. 15-45.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España (2007). *Proyecto Estrella, para la Inserción Laboral de Personas con Discapacidad*: autor.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (2002). *Servicios de Rehabilitación para Personas en edad Laboral con Discapacidad en Colombia*: autor.
- Moreno, M. (Edit) y otros. (2003). *Inclusión Social del las personas con discapacidad: Realidades, Retos y Reflexiones*. Bogotá: Instituto de Desempeño Humano y la Discapacidad- Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia.

- Moreno, M. (2011). *Infancia, políticas y Discapacidad*. Bogotá: Editorial Unibiblos. Universidad nacional de Colombia.
- Nirenberg, O. (2000). *Evaluar para la transformación*, Buenos Aires: Paidós.
- Obando, J. (2000). *Rehabilitación Profesional*. España.
- OIT (2002). *Gestión de las Discapacidades en el puesto de Trabajo*.
- OIT. (2002). *Gestión de las Discapacidades en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT*. Ginebra.
- OIT (1983). *Recomendación*, 168.
- OIT (1983). *Recomendación 168. Repertorio de recomendaciones practicas de la OIT*. Ginebra.
- Oliver, M. (1996). *Understanding Disability*. Hound Smills: Macmillan Press Ltda.
- OMS (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, De la discapacidad y la salud*. Documento final. CIDDM-2. Versión completa. Ginebra.
- OMS (1984). *Salud Mundial. Revista ilustrada de la OMS*. Ginebra.
- ONU (1996). *Programa de acción mundial para las personas con discapacidad y normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía.
- ONU Division of social Development Ind. (2002). *United Nations and disabled persons: the first 50 years. Retieved on March 8, 2002*.
- ONU (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.
- Orslene, L. *Job accommodation Network*. Conferencia dictada en el Seminario internacional de Inclusión Laboral de las personas con Discapacidad, basado en el uso de las TICS. Ministerio de Comunicaciones-Instituto de Desempeño Humano y Discapacidad. Universidad Nacional de Colombia
- Peñas, O., L. (2004). Trabajo y Productividad en el escenario de la inclusión/ exclusión social. En: *Discapacidad e Inclusión Social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. Bogotá: Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. pp. 341-356.
- Presidencia de la República. (2003). *Borrador sobre Bases Políticas en Discapacidad*. pp. 10-19.
- Presidencia de la República de Colombia. (1999). *Plan Nacional de Discapacidad 1999-2002*.
- Rebolledo, P. (2006). Dolor Regional Complejo de la extremidad Superior y accidentes del Trabajo. *Ciencia & Trabajo*. Chile.
- Reeve, D. (2002). Negotation Psycho-emotional Dimensions of Disability and their influence on Identity Constructions. *Disability & society*, Vol 17, N° 5, pp. 493-508.

- República de Colombia. (1994). *Ley 1295*. Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP). Bogotá: autor.
- República de Colombia. (1996). *Ley 2174*. Por la cual se garantizan los parámetros mínimos de calidad de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social. Bogotá: Autor.
- República de Colombia. (1997). *Ley 361*. Por la cual se establecen mecanismos de Integración social de las personas con limitación. Bogotá: Autor.
- República de Colombia. (2006). Resolución 1445. Por la cual se definen las funciones de la entidad acreditadora y se adoptan otras disposiciones. Bogotá: Autor.
- República de Colombia. (2008). *Resolución 2646*. Por la cual se dictan normas para la atención de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo.
- Rodríguez, O. (1988). *Evaluación de Servicios de Rehabilitación en Bogotá*. (Trabajo de grado para optar el título de Magister en Salud Pública). Bogotá: Universidad Nacional.
- Roessler, R. (2002). TWWIIA Initiatives and Work Incentives: Return-to work implications. *Journal*.
- Ruano, A. (1999). *Invalidez, Desamparo e Indefensión en seres Humanos*. Editorial Mapfre. Ed 2. Madrid España.
- Ruiz, F. (2005). *Alteraciones Psicológicas en trabajadores que han sufrido Accidentes de Trabajo*. . Documento de trabajo. Bogotá: sin publicar.
- Sandoval, D. (2003). Proyecto Piloto para la Formación de Política Publica en Discapacidad. *En: Inclusión Social de las personas con discapacidad: Realidades y Reflexiones. Bogotá: Instituto de Desempeño Humano y la discapacidad- Maestría en Discapacidad e Inclusión Social*. Universidad Nacional de Colombia. 42-47.
- Secretaría Departamental de Salud del Valle, Universidad del Valle. (2001). *Prevalencia de Discapacidad en el Departamento del Valle del Cauca*. Cali, Colombia.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. (2001). *Lineamientos de Atención en salud para las personas con discapacidad en Bogotá D.C*. Bogotá: Ed 1. pp. 17-30.
- Vélez, C. et Alt. (2002). *Colombia Poberty Report*. World Bank.
- Walls, R. T. (2001). Measurement of client Outcomes in Rehabilitation. In B. Bolton (Ed), *Handbook of Measurement and evaluation in Rehabilitation* (2nd edition). Baltimore: Paul H. pp.311-337.
- Walls, R. T. , Dowler, D. y Hirsh, A. (2002). Job Acomodation Resources: Lessons From the Global Neighborhood. *Journal of Rehabilitation*, Annual Report.
- Wills, E. (2003). *Sistemas de Monitoreo a las Políticas Publicas, Lecciones Aprendidas en Encuentro Sistemas de Seguimiento y evaluación: Políticas, programas y Proyectos Sociales y ambientales*. CIDER, Universidad de los Andes.

Zapata, G T. La familia en Contextos no convencionales o de riesgo: La discapacidad. *En: Discapacidad e Inclusión Social. Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia.* Bogotá: Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Universidad Nacional de Colombia. pp. 317-328.

Zorro, C. (2003). A Propósito de la experiencia de la tercera Fase del Monitoreo al Programa Nacional de Desarrollo Alternativo *En: Encuentro Sistemas de Seguimiento y evaluación: Políticas, programas y Proyectos Sociales y ambientales.* CIDER, Universidad de los Andes

ANEXOS

FORMULARIO ENCUESTA

CARACTERIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE REHABILITACIÓN POR PARTE DE LAS ARP, DESCRITO EN EL MANUAL GUÍA SOBRE PROCEDIMIENTOS PARA LA REHABILITACIÓN OCUPACIONAL DE LOS TRABAJADORES EN EL SGRP

Con el objetivo de iniciar un seguimiento a los programas de rehabilitación en el SGRP y conocer cómo se está llevando a cabo la implementación del Manual Guía por parte de las ARP, LA DIRECCIÓN GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES Y LA MAESTRÍA EN DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL, se permiten realizar esta encuesta, para lo cual solicitamos amablemente su colaboración.

¿Cuánto hace que conoce el Manual guía sobre Procedimientos?

Los programas de rehabilitación de la ARP, ¿están teniendo en cuenta los procedimientos descritos en el Manual?

¿Cuál ha sido la oportunidad de ingreso de los casos seleccionados para programa de Rehabilitación?

¿Qué criterios tienen en cuenta para el ingreso a los programas de Rehabilitación en su ARP?

¿Quién o quiénes determinan los casos a ingresar a los programas de rehabilitación dentro de la ARP?

¿Cuál ha sido la estrategia utilizada por la ARP para divulgar los criterios de inclusión al programa de rehabilitación en las IPS y las empresas?

Actualmente, ¿Qué guías de atención existen en su ARP, que faciliten la direccionalidad de los programas de rehabilitación en casos de ATEP?

¿Cuáles son los tipos de valoración, que se tienen en cuenta actualmente, para ser aplicados en los trabajadores en la fase de evaluación inicial?

¿Qué estrategias se han implementado en la ARP, para consolidar la información de la valoración integral inicial?

¿Qué tipo de valoraciones se están realizando para determinar el Dx y Px ocupacional-profesional del trabajador?

¿Qué tipo de valoraciones se están realizando para determinar el Dx y Px funcional del trabajador?

¿Cuáles son las metas en rehabilitación ocupacional-profesional, que actualmente se manejan en el programa de rehabilitación de su ARP?

¿Qué actividades de rehabilitación funcional y profesional se tienen en cuenta actualmente en los planes de intervención?

¿Cuáles mecanismos de divulgación o capacitación del programa de rehabilitación de su ARP se están llevando a cabo con IPS s de rehabilitación propias o contratadas?

¿Qué mecanismos de concertación se están realizando para fomentar la participación del grupo interdisciplinario y los otros actores del proceso (trabajador y su familia, empresa) en la formulación del Px ocupacional-profesional y definición de plan de intervención?

¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación funcional de los trabajadores de la ARP? ___

¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación ocupacional-profesional de los trabajadores cuando la meta propuesta es reintegro laboral con modificaciones?

¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación profesional cuando la meta es reubicación laboral definitiva?

¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación profesional cuando la meta es reintegro sin modificaciones?

¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación profesional cuando la meta es reconversión de mano de obra?

¿Qué actividades son incluidas en la rehabilitación profesional cuando la meta es orientada hacia el desarrollo de una actividad diferente al empleo?

¿Qué actividades son incluidas cuando la meta de rehabilitación ocupacional-profesional es orientada al desarrollo de una actividad no laboral?

¿Cómo se están articulando en su ARP, las actividades de rehabilitación funcional con la rehabilitación profesional en busca de la meta propuesta para la reincorporación laboral de los trabajadores?

¿Qué estrategias de seguimiento se están realizando en su ARP, a los procesos de rehabilitación de los trabajadores?

¿Cómo se está articulando el tiempo de incapacidad de los trabajadores con los procesos de rehabilitación funcional y profesional?

¿Qué criterios existen en la ARP, para determinar el cierre de casos por rehabilitación?

¿Cómo se esta realizando en la ARP, el seguimiento a la reincorporación ocupacional o laboral de los trabajadores?

¿Cómo se está realizando el análisis de la información generada en los procesos de rehabilitación en su ARP?

Muchas Gracias

LAS AUTORAS

JAZMINE DEL ROSARIO BOADA MOJICA

Fisioterapeuta de la Universidad del Rosario, Especialista en Gerencia Educativa de la Universidad de la Sabana, Magister en Discapacidad e Inclusión Social y Diplomada en Calificación de la Pérdida de capacidad laboral y Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia.

Durante su trayectoria Profesional se ha desempeñado como docente en facultades de rehabilitación y postgrados en Salud y Seguridad en el Trabajo. Desde el 2004, viene trabajando en diversas organizaciones públicas y privadas en la gestión de programas de rehabilitación integral e inclusión laboral, así como en la calificación de pérdida de capacidad laboral. Asesora para organizaciones gubernamentales en la elaboración de documentos técnicos como lo son la actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez MUCI III y en el Manual Guía objeto del presente estudio, entre otros.

MARISOL MORENO ANGARITA

Fonoaudióloga de la Universidad Nacional, Magister en Comunicación de la Universidad Javeriana, Doctora en Salud Pública de la Universidad Nacional. Profesora Asociada de la Universidad Nacional. Es investigadora del tema de la Discapacidad, contando con varias publicaciones y desempeñándose como líder de la línea de investigación de Discapacidad, Políticas y justicia. Se destaca su estudio sobre las políticas para la discapacidad en Colombia, en Salud, educación, trabajo y comunicaciones. Fue miembro del equipo fundador de la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social y del Instituto de Desarrollo Humano, Discapacidades y Diversidades, I.D.H.

Ha liderado diversos procesos relacionados con la actualización de herramientas relacionadas con la garantía de los derechos de los ciudadanos, en una perspectiva de justicia social. Fue directora del proyecto de actualización del Manual Único de Calificación de Invalidez donde se generó la propuesta para el Manual Único de Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, una herramienta a la luz del contexto que vive hoy el país.

