



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

**Reflexionando Sobre Prácticas Otras En  
Rehabilitación Profesional Desde La Escucha De  
Voces Y Sentipensares De Trabajadoras Y  
Trabajadores**

Lady Johana Mogollón Cárdenas

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Departamento de la Ocupación Humana  
Maestría en Discapacidad e Inclusión Social  
Bogotá, Colombia

2023

# **Reflexionando Sobre Prácticas Otras En Rehabilitación Profesional Desde La Escucha De Voces Y Sentipensares De Trabajadoras Y Trabajadores**

Lady Johana Mogollón Cárdenas

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Discapacidad e Inclusión Social

Directora:

PhD. Olga Beatriz Guzmán Suárez

Codirectora:

Mg. Diana Milena Rodríguez Cely

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de la Ocupación Humana

Bogotá, Colombia

2023

## **Dedicatoria**

*Nota: solo para estas partes, la dedicatoria y los agradecimientos, permítanme por favor utilizar la “x” como indicativo de género neutro. Gracias.*

A mis compañerxs de co-labor: a Ana Ibet, a lader Fernando, Oscar Ricardo, Gina y Orminso. Es estrictamente necesario iniciar este texto informando que ellxs son sus coautores, porque fue escrito CON sus voces. Yo sólo aparezco en la portada como la maestrante que cumple su requisito de tesis, pero no soy la *autor-idad* y los créditos no deben ser exclusivamente míos.

A mi familia: a mi querida madre por su apoyo incondicional; a mi hermana, mi hermano, mi papá, por leer este texto conmigo. A mis sobrinx Andrés y Santiago. A *Jenni*, una de mis principales motivaciones, quien sin pedirlo me invita a ser mejor cada día. A mi *abuelita arrugada* que está en el cielo.

A la profesora Olga Beatriz Guzmán Suárez, mi mentora, mi *sensei*; una de las personas que más admiro y quien me ha ayudado a definir una parte de mi camino profesional.

A la profesora Diana Rodríguez Cely, mi ejemplo por seguir como docente; una persona que creyó en mí y me motivó a continuar.

A lxs compañerxs de las cohortes 2020, 2021 y demás estudiantes de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia. Fue un honor y un privilegio acompañarlx como docente.

A lxs docentes del Departamento de la Ocupación Humana de la Universidad Nacional de Colombia. A la profa Claudia Rojas, por creer en mí, por hacer esa llamada maravillosa en 2019 y darme un motivo de alegría.

A lxs trabajadorxs que transitan o transitaron en procesos de rehabilitación profesional. Esta tesis es para ustedes.

A lxs tesistas, a quienes les envió muchos ánimos y les deseo lo mejor.

## Agradecimientos

A mis compañerxs de co-labor, por hacer posible esta tesis, por reflexionarla conmigo y por ser coautorxs.

A las profas Olga Beatriz y Diana por acompañarme en este proceso tan difícil; su guía fue trascendental para terminar este camino.

A la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social; a lxs docentes e invitadxs que compartieron sus saberes. A mis compañerxs, a la cohorte 2020, la “*cohorte pandémica*”, al compañero Leonardo, a Tefita... Sufrimos y gozamos juntxs. A Angelita, Diana Caro, Viviana; a la profa Dora, quien también fue guía e inspiración para esta tesis de maestría. A Andre, A Jessi (“las D...”).

A todas las personas del Departamento de la Ocupación Humana de la Universidad Nacional de Colombia. A lxs estudiantes de Terapia Ocupacional que me acompañaron como docente; creo que no saben lo mucho que me apoyaron en este transitar.

A mi familia; en especial a mi madre por su eterno apoyo. Gracias por decirme: “*al que actúa bien, le va bien*”. Esa frase me salvó del abismo. A Jenni, por estar pendiente de mi progreso (sarcasmo que ella entiende); a Patricia, por motivarme siempre.

A lxs amigxs que estuvieron presentes. A Lupita, quien siempre me apoyó desde la distancia. A mi *parcerito* Mel, ¡creo que nunca había conocido a alguien tan generoso como él! Ha confiado en mí desde el principio a pesar de los miles de kilómetros que nos separan. A Cata, a Julián, a Ana. Al “*parche*” y a “*los bebés SST*”.

A lxs estudiantes de la Especialización en Seguridad y Salud en el Trabajo de la UMB, por permitirme compartir mi tesis y reflexionarla en conjunto.

A Dios, a la Virgen de Guadalupe, de Chiquinquirá, de la Medalla Milagrosa. Al Espíritu Santo; al Arcángel San Rafael. Al Universo. Gracias por *hacerme el milagrito* que más necesitaba.

Ahh, no se me pueden olvidar Iris y Michi, mis dos gatitxs, mis “*bendiciones*”. Gracias por dejarme ser “*su Karen*”. Cuando no me sentía bien, me bastaba con ver sus caritas para recordar que no todo era malo; al verlx decía: “Diosito estaba muy contento cuando los creó”.

Al finalizar una tesis creo que dan ganas de agradecerle a todo el mundo; por favor, si alguien se me olvida, ofrezco mis más sinceras disculpas.

A Johana, por no desistir a pesar de tantos obstáculos, más de los que hubiera querido y esperado, pero, se logró.

## **Declaración de obra original**

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido. He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto). Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

---

Lady Johana Mogollón Cárdenas

21/04/2023

## Resumen

**Título en español:** Reflexionando sobre Prácticas Otras en Rehabilitación Profesional desde la escucha de voces y sentipensares de trabajadoras y trabajadores.

El presente documento, denominado como *texto polifónico*, se coconstruyó a partir de la escucha de voces y sentipensares de cinco compañeros y compañeras de co-labor que han transitado por procesos de rehabilitación profesional como receptores de servicios. El propósito fue conocer sus experiencias al respecto, comprender lo que significó este proceso, lo que sintieron y lo que pensaron, para luego, reflexionar en *juntanza* las *Prácticas Otras* en rehabilitación profesional, que desafían los paradigmas dominantes y promueven la participación de la población trabajadora.

A través de una *metodología Otra*, conversamos afectivamente y dimos lugar a un *diálogo de saberes entre iguales*, pudiendo develar que sus voces han sido silenciadas o dejadas de lado por privilegiar las voces de las *autor-idades* y otros sujetos de poder. Además, reflexionamos que sus experiencias en rehabilitación profesional fueron duras e injustas; involucraron dolor, violencia, discriminación y pocas oportunidades de participación.

Las Prácticas Otras en rehabilitación profesional son afines con una rehabilitación emancipadora y una ética de la escucha, que invitan a construir relaciones heterárquicas entre todos los actores del proceso, cuidando al *Otro* y entendiendo su dolor, por medio del establecimiento de relaciones de proximidad y confianza.

La presente es una apuesta por una forma Otra de hacer rehabilitación profesional, que desea ponerse en diálogo con otras formas de hacer rehabilitación profesional en igualdad discursiva.

**Palabras clave:** rehabilitación profesional, escucha, voces y sentipensares, Prácticas Otras.

## Abstract

**Título en inglés:** "Reflecting on Other Practices in Professional Rehabilitation through the listening of voices and sentiments of workers"

This document, referred to as a *polyphonic text*, was *co-created* from listening of the voices and feelings of five colleagues of co-labor who have gone through professional rehabilitation processes as service recipients. The purpose was to learn about their experiences about this, to understand what this process meant, what they felt and what they thought, and then, to reflect jointly on *Other Practices* in professional rehabilitation. These practices are alternative ways of doing rehabilitation that challenge the dominant paradigms and promote the participation and empowerment of the service recipients.

To achieve this purpose, we used an *Other methodology* that allowed us to converse affectively and lead to a dialogue of knowledge among equals, revealing that their voices had been silenced or sidelined by privileging the voices of authorities and other powerful actors. In addition, we realized that their experiences had been hard and unfair; they had involved pain, violence, discrimination, and little participation opportunities.

In this sense, *Other Practices* in professional rehabilitation align with emancipatory rehabilitation and listening ethics, which encourage us to establish heterarchical relationships among all the actors involved in the process, caring for the Other and empathizing with their pain, through building close and trusting relationships.

This is a wager for a different way of doing professional rehabilitation, which seeks to engage in discussion with other ways of doing professional rehabilitation on equal terms.

**Keywords:** professional rehabilitation, listening, voices and sentiments, Other Practices.



## Contenido

.....	1
Dedicatoria .....	3
Agradecimientos.....	4
Resumen.....	7
Abstract.....	8
Contenido.....	9
Lista de figuras.....	12
Abreviaturas .....	13
Antes de <i>conversar</i> con el texto.....	14
Introducción.....	18
Episodio 1. ¿Qué se ha hablado de la Rehabilitación Profesional previamente?.....	21
1.1. Conversaciones con textos de autores y autoras internacionales.....	21
1.2. Conversaciones con textos de autores y autoras nacionales .....	34
1.2.1. Impacto de los programas de rehabilitación profesional ...	34
1.2.2. Costos y beneficios en la rehabilitación profesional.....	37
1.2.3. Participación de los trabajadores y trabajadoras en programas y estrategias de rehabilitación profesional. ....	41
1.2.4. Reflexiones en torno a la rehabilitación profesional.....	42
Episodio 2. Ecos en conversa, Escuchas en voz baja y Silenciamientos.....	45
Episodio 3. “La verdad en singular es mentira” .....	50
Episodio 4. Objetivos.....	54
4.1. Objetivo general.....	54
4.2. Objetivos específicos .....	54
Episodio 5. Marco teórico .....	55
5.1. Colonialismo, colonialidad y decolonialidad .....	55
Colonialidad del poder.....	56
Colonialidad del saber.....	56
Colonialidad del ser.....	57
5.2. Trabajo .....	57
5.3. Discapacidad .....	60
5.4. Rehabilitación profesional .....	63
5.4.1. Breve recuento histórico.....	63

5.4.2. Comprensiones de la rehabilitación profesional.....	63
5.4.3. Rehabilitación Profesional Vs. Rehabilitación Emancipadora .....	67
Episodio 6. Apuesta metodológica.....	72
6.1. ¿Qué es una <i>metodología Otra</i> o proceso decolonial?.....	72
6.2. ¿Cómo logramos una metodología Otra? .....	73
6.3. Escucha de voces y sentipensares .....	74
6.3.1. ¿Qué se escuchó en las conversaciones? .....	74
6.4. ¿Qué conocimiento se construyó a través de las conversaciones horizontales? .....	75
6.5. ¿Qué son las Prácticas Otras? .....	76
6.6. ¿Cómo nos encontramos para escucharnos? .....	76
6.6.1. Conversaciones significativas.....	76
6.6.2. Colaboratorio.....	77
6.7. ¿Cómo se escuchó? .....	79
6.8. ¿Cómo comprendimos y comunicamos lo conversado? .....	79
6.9. ¿Cómo reflexionamos lo dicho?.....	80
6.10. ¿Quiénes estuvieron invitados a ser compañeros/as de co-labor?.....	81
6.11. Consideraciones y posturas éticas en co-labor .....	83
Episodio 7. Tejidos narrativos y voces amplificadas .....	85
7.1. La Historia De Ana: “Un Faro En La Oscuridad”.....	87
7.2. La Vivencia de Fernando: “Una Historia Sobre Ruedas” .....	97
7.3. Gina: “Una Historia en Voz Alta” .....	107
7.4. La Historia de Oscar Ricardo: “Palabras, Pasos Y Café” .....	120
7.5. La Historia de Orminso: “Una Cuestión De Suerte” .....	128
7.6. Colaboratorio .....	139
Episodio 8. Comprensiones en polifonía.....	147
8.1. Transitando la rehabilitación profesional .....	147
8.2. Sentipensando la rehabilitación profesional .....	153
8.2.1. La rehabilitación profesional es dura e injusta .....	155
8.2.2. La rehabilitación profesional duele y es violenta .....	156
8.2.3. La rehabilitación profesional es una lucha que agota .....	157
8.2.4. La rehabilitación profesional es un privilegio y una cuestión de suerte .....	159
8.3. Escucha en rehabilitación profesional .....	160

8.3.1. Decisiones como ejercicios de poder.....	161
8.3.2. Actitud de escucha .....	163
Episodio 9. Reflexionando Prácticas Otras. Coconstruyendo Una <i>Rehabilitación</i>	
<i>Profesional Otra</i> .....	165
9.1. La Rehabilitación Profesional Otra.....	168
Episodio 10. Ecos.....	173
Episodio 11. Amplificaciones .....	178
Anexos .....	184
Anexo 1. Glosario de términos.....	184
Anexo 2. Marco normativo de la Rehabilitación Profesional en Colombia .....	189
Anexo 3. Preguntas pretexto.....	191
Referencias .....	193

## Lista de figuras

Figura 1 .....	65
Figura 2 .....	66
Figura 3 .....	67
Figura 4 .....	67
Figura 5 .....	141
Figura 6 .....	168

## Abreviaturas

*ACV*: Accidente Cerebro Vascular

*ARL*: Administradora de Riesgos Laborales

*ASIS*: Análisis de Situación de Salud

*ATEP*: Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional [ahora, laboral -ATEL-]

*CIF*: Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud

*COVID*: “Coronavirus disease 2019” (enfermedad por coronavirus 2019).

*EPS*: Entidad Promotora de Salud

*GLARP*: Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional

*HSEQ*: Health (salud), Safety (seguridad), Environment (ambiente) y Quality (calidad).

*IBC*: Ingreso Base de Cotización

*IPP*: Incapacidad permanente parcial

*IPS*: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

*MPSGRP*: Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General De Riesgos Profesionales (2010)

*OIT*: Organización Internacional del Trabajo

*PCL*: Pérdida de Capacidad Laboral

*RTW*: “Return to work” (retorno al trabajo)

*SENA*: Servicio Nacional de Aprendizaje

*SIA*: Agencia Sueca de Seguridad Social

*SGRL*: Sistema General de Riesgos Laborales

*SGSSI*: Sistema General de Seguridad Social Integral

*SGSSS*: Sistema General de Seguridad Social en Salud

*SGSST*: Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

*SMR*: Síndrome del Manguito Rotador

*STC*: Síndrome del Túnel del Carpo

*TBI*: “Traumatic brain injury” (lesión cerebral traumática)

*TDM*: Trastorno Depresivo Mayor

*TO*: Terapia Ocupacional

*WRMTBI*: “Work-Related Mild Traumatic Brain Injury” (lesión cerebral traumática leve relacionada con el trabajo).

### Antes de *conversar con el texto...*

Estimado lector/a, en la parte final del presente documento podrá encontrar un glosario con definiciones que se enmarcan en el contexto del Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) para los eventos que van en línea con este origen, y del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para eventos de origen común. Le invitamos a consultarlo cada vez que lo considere pertinente.

Respondiendo a la apuesta metodológica que se explica a profundidad en la sección correspondiente, se cambiaron algunos términos y el contenido de ellos. Por tal razón, esta tesis se nombró como *cotexto* o *texto polifónico*, puesto que se escribió CON y ENTRE varias voces. En vez de emplear expresiones como “investigación”, “investigadora” o sujetos investigados” (que sí se mencionaron de manera ocasional porque fueron aplicados por otros autores/as), preferimos los de *co-labor*, *hacer decolonial*, *mediadora* y *compañeros/as de co-labor*, respectivamente.

Esta tesis incluye la escucha de voces y sentipensares. Dicha escucha comprende un conversar CON compañeros/as de co-labor, o entre ellos/as y yo; por tal razón, este cotexto *habla* en algunas ocasiones desde la primera persona en singular, cuando reflexiono lo compartido, pero también desde la primera persona en plural, debido a que fue *coconstruido* en igualdad discursiva. Sin embargo, también se *conversó* con textos escritos por *autor-idades*<sup>1</sup> que han abordado el tema de la rehabilitación profesional.

Notará que se evitó utilizar únicamente pronombres masculinos, por lo que hablamos de trabajadores y trabajadoras, autores/as, etc., debido a que las conversaciones, tanto para los antecedentes como con los compañeros/as de co-labor, se hicieron con hombres y mujeres.

---

<sup>1</sup> Vocablo que hace referencia a la representación de un autor/a como único creador de conocimiento. La *autor-idad* es un término que tensiona la mono-presencia del investigador/a, quien se apropia de los saberes: “es la autoridad que traduce las interacciones sociales a representaciones textuales” [...]. Es un exorcismo del otro [...] para desplazar su presencia” (Capranzano, 1997:69; citado por Kaltmeier, 2012, p.47). Por tal razón, se proponen las polifonías como alternativa de co-presencia. Este cotexto busca escuchar las voces de los compañeros/as de colaboración en igualdad discursiva, con proximidad, respeto y empatía, y fomentar la toma de co-decisiones tanto en el proceso investigativo como en la coconstrucción de conocimiento. Así, la metodología Otra y el desarrollo de este texto polifónico se convierten en una apuesta para evitar que la mediadora se erija en otra autor-idad. Lo que se dice aquí pertenece a todos los que participaron en este hacer decolonial y a quienes utilicen estas coconstrucciones en sus procesos de rehabilitación profesional.

Cuando utilizamos expresiones como “población trabajadora” y/o “trabajadores/as que transitan por rehabilitación profesional”, nos referimos a quienes han recibido servicios y no a quienes realizan intervención. También mencionamos la palabra “Otro/a” -con mayúscula-, aludiendo a quienes han sido subalternizados, bien sea en las relaciones de poder evidenciadas en este hacer decolonial o en los textos con los que se *conversó*.

Como este es un texto polifónico que escucha y reflexiona CON las voces y sentipensares, decidimos llamar “episodios” a cada sección principal, puesto que es un término que resuena con lo sonoro.

Dentro de las reflexiones que se suscitaron durante la coconstrucción de este texto polifónico se encontró que en las posturas de la mayoría de las *autor*-idades, del Manual de Procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Laborales (2010), y de los compañeros/as de co-labor, coexisten perspectivas de los modelos médico rehabilitador, social y del enfoque de derechos<sup>2</sup>. Por tal motivo, a lo largo del documento hacen presencia términos como: “trabajadores enfermos”, “personas con discapacidad”, “discapacitados”, “incapacidad”, “diagnóstico”, “falencias”, “enfermedades”, “lesiones”, “alteraciones”, “trastornos”, entre otros. Asimismo, se habla de barreras, pero también de luchas y emancipación. Aunque varios términos se tensionaron, se tomó la decisión de mantenerlos (colocándolos en cursiva o entre comillas), respetando los discursos y posicionamientos de quienes los expresaron.

En algunos de los antecedentes se mencionó la palabra “discapacidad”, pero no es claro si todos los participantes de dichos estudios se reconocen como con discapacidad o si tienen otras formas de enunciarse. Es posible que estos textos den por hecho que la población trabajadora puede adquirir una discapacidad a causa de un accidente o enfermedad, pero esto, no se analiza a profundidad en ellos.

Por otro lado, se evidenció que las nociones de “diagnóstico”, “enfermedades” o “condiciones de salud” son centrales para la rehabilitación profesional, lo cual puede asociarse con que desde el modelo médico rehabilitador, la discapacidad se asocia a las

---

<sup>2</sup> Dichos modelos se explicaron brevemente en el episodio del Marco Teórico.

*enfermedades* y se considera que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad “siempre y cuando sean rehabilitadas y logren parecerse a las demás” (Ripollés, 2008, referenciado por Hernández, 2015). Es decir, los cuerpos “discapacitados” son vistos como *enfermos* y por tanto deben *curarse* por medio de las prácticas médicas y de rehabilitación (Moya, 2021).

Con este panorama, es difícil establecer la línea que separa al *diagnóstico* de la *discapacidad*, porque de hecho, los procesos de rehabilitación profesional en Colombia se pueden dirigir a personas con o sin discapacidad, que *tengan una condición de salud*, o como diría Cabrales (2022), *habiten un diagnóstico*. Por otro lado, Laura Moya (2021) menciona que la determinación de qué se incluye y qué se excluye en la categoría de discapacidad recae principalmente en un saber poder médico-jurídico, por medio de certificaciones y mediciones de porcentajes -de discapacidad-, para definir qué tanto un cuerpo y un desempeño se *desvían* de la norma (lo “normal”), estableciendo unas condiciones corporales que se convierten en *deficiencias*.

No solo con lo que se mencionó en los párrafos precedentes, sino también con lo que se reflexionó a lo largo del cotexto, se devela que la rehabilitación profesional involucra prácticas *capacitistas*<sup>3</sup> en cuanto se privilegian los cuerpos y los desempeños normales y se busca rehabilitar a los cuerpos *enfermos* o *discapacitados*. No obstante, existen apuestas por lograr prácticas de rehabilitación emancipadoras, que dialogan con esos cuerpos y con las personas que encarnan esas experiencias. En virtud de lo anterior, nos comprometimos con la búsqueda y coconstrucción de dichas prácticas en las que se comprende que los cuerpos son lugares de significado y que las personas no son diagnósticos, pero vivencian barreras a causa de ellos, afectando entre otras cosas, su derecho al trabajo.

Ahora bien, otra de las reflexiones más profundas a las que me llevó esta co-labor, es que yo, como mediadora decolonial, quien ha prestado servicios de rehabilitación profesional tradicional por ser terapeuta ocupacional y especialista en higiene y salud ocupacional, también estoy inmersa en varias prácticas que se critican de los enfoques médico y social, desde los estudios en discapacidad. Aunque intenté superarlas, estimado

---

<sup>3</sup> Término explicado en el episodio de Marco Teórico.



lector/a, permítame ser franca y decir que hay algunas que aún persisten y que pueden hacer presencia de una u otra forma en los análisis y reflexiones que hice como una de las autoras de este cotexto. Sin embargo, también es cierto que estoy muy comprometida en continuar con las deconstrucciones pertinentes y, por supuesto, aprovechar estos saberes para colocarlos en diálogo.

Este texto también *corazona* conmigo y por eso deseo compartir que esta situación me hace sentir vulnerable, quizás por la presión de ese *saber-poder* que dispone que se debe *comprender todo*; pero, me abrazo y renuncio a esa compulsión de un saber total -hegemónico o unívoco- y comprendo que todos los días puedo seguir aprendiendo y desaprendiendo.

## Introducción

Transitar por la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social implicó un antes y un después en mi vida; abrió la posibilidad de considerar temas desde una perspectiva distinta, incluso desde posiciones que nunca había pensado. Fue como una apertura de la mente que me ha ayudado a ser más flexible sobre mi visión del mundo.

No obstante, ese proceso no fue fácil. De hecho, he llegado a pensar que fue como “estrellarme contra la pared”, porque me ha llevado a tensionar mi ejercicio como terapeuta ocupacional que se ha desempeñado por varios años en el campo de la rehabilitación profesional.

Es por esta razón que propuse enfocar mi tesis hacia este tema; pero, a lo largo de la maestría, la forma de entender a la rehabilitación profesional se fue transformando. Y para ser honesta, dolió. Recuerdo que uno de los conceptos que me hizo replantear muchas de mis prácticas profesionales fue el del *capacitismo*; luego aparecieron los de colonialidad del ser, poder y saber, para luego conocer el enfoque decolonial de la investigación y la rehabilitación emancipadora.

Después de tantos ires y venires, propuse un hacer decolonial que escuchara lo que tienen por decir los trabajadores y trabajadoras sobre la rehabilitación profesional, teniendo consciencia de que se pondrían sobre la mesa muchas cosas que *no habían querido ser escuchadas*. Pero, el enfoque decolonial es claro en su deseo por transformar las prácticas colonizadoras de la investigación, donde alguien que funge como investigador/a habla DE otros después de haber extraído información y luego presentar los resultados en una tesis. Así pues, acepté las invitaciones de una *metodología Otra* que apuesta por la proximidad y la confianza con quienes decidieron participar en esta co-labor.

Las voces de Ana, Gina, Orminso, Fernando y Oscar Ricardo no solo hicieron presencia durante la presentación de resultados, sino también desde la negociación y aprobación del nombre de este texto, sus objetivos, las acciones decoloniales, las reflexiones, los ecos y las amplificaciones. Por ende, este es un *cotexto* y hablamos de coconstrucciones, codecisiones, codeterminaciones y más. Todo lo que se dice en este

documento fue avalado por los compañeros y compañeras, de tal modo que no se habló de ellos/as, sin ellos/as.

Por supuesto, no estuvimos completamente libres de las prácticas coloniales de la creación de conocimiento; Riaño (2012) dijo que “la codeterminación total es una utopía” (p.156) y no siempre se pueden superar todas las asimetrías en los procesos de investigación. No obstante, hicimos un gran esfuerzo para lograr una representación de todas las voces participantes a lo largo del proceso.

Con todo esto claro, estimado lector/a, ¿qué encontrará en este texto polifónico?

Conversaciones y reflexiones; inicialmente, con textos escritos por autores/as nacionales e internacionales, las *autor*-idades, que han hablado sobre la rehabilitación profesional. Desde allí se empezaron a evidenciar los temas que se han privilegiado, las voces que han sido escuchadas y las que se han silenciado. Esto se pone en contexto en el episodio de “ecos en conversa, escucha en voz baja y silenciamientos”.

En vista que nos tensiona que los trabajadores y trabajadoras que han transitado por rehabilitación profesional son quienes han sido subalternizados, manifestamos nuestro deseo de escucharles para coconstruir Prácticas Otras basadas en sus experiencias, sentipensares y propuestas (su verdad), para que conversen con otras formas de hacer rehabilitación profesional (otras verdades), en el episodio “La verdad en singular es mentira”.

Más adelante encontrará los términos que consideramos más importantes para hablar de la rehabilitación profesional y el trabajo, además de una contextualización sobre la colonialidad, la decolonialidad y la rehabilitación emancipadora.

El episodio de la apuesta metodológica es de mis favoritos, no solo por todo lo que propone, sino por la forma como me inspiró a encontrarme y relacionarme con mis compañeros/as de co-labor. “Míos” no porque los considere una propiedad, sino porque los siento próximos, porque me permitieron participar de sus ocupaciones más significativas y porque gracias a ellos este texto fue posible.

El episodio de los “tejidos narrativos y voces amplificadas” es uno de los más especiales, puesto que contiene las historias que cada compañero/a de co-labor nos compartió por medio de conversaciones individuales y colectivas. Allí nos *cuentan* sus experiencias y se *conversa* con lo que dijeron.

Las comprensiones en polifonía corresponden a las reflexiones mías, tuyas y nuestras de todo lo compartido.

En los últimos episodios se encuentran las Prácticas Otras que fueron coconstruidas y que se consolidaron en una propuesta de *Rehabilitación Profesional Otra*. Los ecos y las amplificaciones también nacieron de todo el proceso reflexivo.

Junto con los compañeros y compañeras de co-labor esperamos que disfrute de estas conversaciones; este contar; estos encuentros.

## **Episodio 1. ¿Qué se ha hablado de la Rehabilitación Profesional previamente?**

Al momento de buscar antecedentes sobre rehabilitación profesional se encuentra que la mayoría responden a *formas tradicionales* de hacer ciencia, puesto que no se relacionan con los haceres decoloniales. Por esta razón, y en consonancia con la apuesta de conversar con quienes son considerados como *autor-idades*, se respetaron los términos que utilizaron en sus textos. Tampoco se pretendió transformar sus enfoques, así que en este episodio se podrán encontrar posturas basadas en el modelo médico, biopsicosocial y otros. No se tiene la intención de invalidar estas construcciones de verdad, sino de colocarlas en diálogo más adelante con los saberes Otros, aquellos que nacen de los invitados/as a esta co-labor y con quienes se coconstruyó otra versión de la verdad.

Adicionalmente, vale la pena destacar que para la búsqueda de información se utilizaron términos como: “rehabilitación profesional”, “retorno al trabajo”, “reincorporación ocupacional/laboral”, “integración sociolaboral”. En algunos de los antecedentes se menciona a la “discapacidad”, pero no es claro si todos los participantes de dichos estudios se reconocen como con discapacidad o si tienen otras formas de enunciarse. Es posible que estos textos den por hecho que la población trabajadora puede adquirir una discapacidad a causa de un accidente o enfermedad, pero esto, no se analiza a profundidad en ellos. En vista de que nuestro tema de interés es la rehabilitación profesional, la búsqueda se centró en dicho tema.

### **1.1. Conversaciones con textos de autores y autoras internacionales**

En el año 2019, Saonatse, De Witt & van Niekerk realizaron un estudio cualitativo en Soweto, Sudáfrica, a través del cual entrevistaron a 8 personas (6 mujeres y 2 hombres) *diagnosticadas* con Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Dicho estudio tuvo como objetivo explorar las percepciones y experiencias vividas por estas personas antes de regresar a sus trabajos (return to work), después de un *periodo prolongado de licencia por enfermedad* (extended sick leave period) que tardó aproximadamente 2.5 meses.

Los autores refieren que los períodos máximos de hospitalización del país (21 días) no son suficientes para que las personas se recuperen por completo, por lo que son dados de alta con *síntomas residuales* que varían en gravedad. Además, experimentan

dificultades para retornar a sus trabajos debido a que no están seguros de si deben regresar a sus labores y cuándo hacerlo; también refieren temor por tener que lidiar con el estigma proveniente de compañeros, jefes y otros individuos, lo que genera que deseen prolongar dicho retorno y permanecer aislados. Del mismo modo, se auto perciben como *menos eficaces* en el trabajo.

Dentro de los principales hallazgos de este estudio se encuentra que todos los participantes se sintieron presionados para regresar al trabajo porque son responsables económicamente de otras personas, lo que generó que dicho proceso se diera en contra de sus deseos y fuera considerado como angustiante e *incapacitante*. No obstante, reconocieron que la posibilidad de recuperar su independencia económica y poder ocuparse de sus propias necesidades los motivó a regresar.

Entre las reflexiones que se suscitaron en los trabajadores por su retorno, estaba la sensación de que el trabajo contribuyó al empeoramiento de la enfermedad debido entre otras cosas, a la alta carga de trabajo y a la presión laboral.

*Cuando hay alguien [gerente] involucrado en ejercer demasiada presión sobre ti, terminas sin saber qué hacer.*

Los participantes reconocieron que las licencias son beneficiosas para su proceso de recuperación, pero les preocupaba lo que pasaría en su regreso, como, por ejemplo, si en sus trabajos encontrarían ambientes acogedores; por otro lado, informaron que percibían su *enfermedad* como un signo de *debilidad y fracaso* (estigma personal), además de que temían presentar recaídas. El miedo a no poder cumplir satisfactoriamente sus funciones puede estar influenciado por el desconocimiento y la poca consciencia de los empleadores y compañeros de trabajo sobre las alteraciones que ocasiona la enfermedad; incluso, hay muchos empleadores que no ven al trastorno depresivo mayor como una discapacidad.

Se evidencia que las personas no pudieron participar en la toma de decisiones sobre el proceso de retorno al trabajo, ni tampoco se tuvo un equipo multidisciplinario. A criterio de los investigadores, si se hubiera contado con la participación de la persona, de un equipo multidisciplinario y de los empleadores se habría tenido más éxito en los

retornos. A pesar de lo anterior, uno de los facilitadores identificados para el proceso de regreso al trabajo fue la actitud positiva de la familia y los compañeros/colegas. Con base en los hallazgos, los autores recomiendan que los programas de regreso al trabajo proporcionen estrategias para apoyar la preparación de las personas antes de su retorno, además de incluir técnicas de manejo del estrés y habilidades de afrontamiento que los trabajadores puedan emplear cuando se enfrenten a desafíos laborales.

Smeets, Hoefsmit y Houkes (2019) entrevistaron a 17 trabajadores en los Países Bajos que tuvieron licencias de larga duración por *enfermedad* de más de seis semanas (long-term sick leave); el objetivo fue obtener información sobre su retorno al trabajo y el papel de la autodirección en este proceso.

Según los autores, el regreso temprano al trabajo después de una ausencia por enfermedad es importante porque se apoya el bienestar y la calidad de vida de las personas, además de que se respalda su independencia y se proporciona un ritmo diario. Los empleadores también se benefician de los retornos tempranos, especialmente por razones económicas. En los Países Bajos se alienta el retorno temprano al trabajo y se prescribe que los trabajadores y empleadores participen activamente, por tal razón, deben seguir un procedimiento obligatorio que incluye reunirse regularmente entre ellos, desarrollar un plan de acción y evaluar el proceso. No obstante, esta cooperación tiende a ser escasa y difícil.

Ahora bien, la autodirección se refiere a la participación del trabajador/a en la toma de decisiones sobre las tareas por realizar y el horario de trabajo, teniendo en cuenta sus necesidades, lo que quiere hacer y lo que cree que puede cumplir. Por lo general, la autodirección se acompaña de un sentimiento positivo por el hecho de poder elegir las actividades laborales durante el proceso de recuperación, favoreciendo que los trabajadores se sientan más *valiosos y útiles*.

Sin embargo, muchos trabajadores del estudio mencionaron sentirse insatisfechos con su grado de autonomía; los mayores de 45 años autodirigieron su reanudación al trabajo con más facilidad que los trabajadores más jóvenes, debido a que estos últimos siguieron las preferencias de su empleador. De manera similar, los trabajadores con *trastornos mentales* sintieron mayor necesidad de orientación y acompañamiento,

implicando menor autonomía que la de los trabajadores con problemas de salud física. Entretanto, Smeets, Hoefsmit y Houkes (2019) identificaron que el desequilibrio de poder entre los trabajadores y sus empleadores los hizo sentir vulnerables y obligados a regresar de manera temprana a su trabajo, mucho antes de lo que hubieran deseado, por lo que recomiendan a los empleadores ser conscientes de dicho poder y sus consecuencias.

Dentro de los hallazgos más importantes se encuentra que los participantes no se sintieron escuchados; algunos informaron que sus empleadores no permitieron ningún aporte personal para facilitar el retorno al trabajo, siendo los médicos ocupacionales quienes decidieron cuándo y cómo regresar al trabajo; aunque a la mayoría de los entrevistados se les preguntó sobre sus preferencias con respecto a la reanudación al trabajo, estas se catalogaron como no realistas. Se reportó que muchos de ellos regresaron tempranamente por sentirse presionados, bien sea por los empleadores, otros actores del proceso o por situaciones económicas.

La autodirección en los procesos de reincorporación parece verse facilitada cuando el trabajador tiene una buena relación con su empleador, lo cual parece ser reflejo de una óptima cultura organizacional. La posibilidad de reunirse con los/las jefes, discutir el proceso de retorno al trabajo, presentar ideas, construir objetivos y expresar expectativas, se ha reconocido como positivo y como algo que genera satisfacción en los trabajadores. Se aconseja permitir a los trabajadores autodirigir su proceso de retorno y escuchar sus necesidades para mejorar la reanudación al trabajo.

Libeson et al. (2018) quisieron describir y comprender el proceso de retorno al trabajo (RTW) de personas con lesión cerebral traumática (TBI), identificando factores facilitadores y limitantes en dicho proceso. Para esto, entrevistaron a 15 personas que habían presentado TBI, cuatro años antes de la realización del estudio, en la ciudad de Victoria (Australia).

Dentro de las características de la población participante se encuentra que ocho eran hombres y siete eran mujeres. De las 15 personas, 10 tuvieron lesión cerebral traumática grave, cuatro tuvieron lesión moderada y una persona tuvo lesión leve. Los autores refieren que nueve personas regresaron al mismo trabajo que tenían antes de la lesión, tres fueron a uno nuevo y tres no pudieron regresar a un trabajo remunerado.



Durante el análisis de la información, se destacaron aspectos positivos y negativos de temas que se consideraron como críticos para el éxito o fracaso del programa de retorno al trabajo, entre ellos, la motivación personal, las modificaciones laborales, apoyo del empleador, papel del terapeuta ocupacional y otros profesionales, incentivos financieros, satisfacción laboral, perspectiva vocacional, calidad de vida futura, entre otros.

Con respecto a la motivación personal, se encuentra que en algunas ocasiones ésta facilitó el retorno al trabajo por cuanto varios participantes informaron que el trabajo era una parte importante en sus vidas y que estaban motivados por su deseo de reanudar a sus actividades *normales*. Sin embargo, otras personas manifestaron que la motivación también fue una limitante, ya que pudo haberles hecho regresar demasiado pronto al trabajo, lo que sugeriría que el tiempo de rehabilitación fue muy corto y que no tenían plena conciencia de su estado de salud y de sus limitaciones. En otras palabras, la motivación para regresar al trabajo parecía estar impulsada por altos estándares personales, una propensión a complacer a los empleadores y al deseo de volver a como estaban antes de la *lesión*.

Varios colaboradores informaron que regresar al trabajo les dio una sensación de logro y bienestar, mientras que otros experimentaron frustración debido a los desafíos que representaba realizar tareas que antes habían sido fáciles (Little et al. 2015, referenciados por Libeson et al. 2018). Incluso hubo personas que se sintieron *incapaces* de afrontar esta situación y llegaron a experimentar pensamientos suicidas; además, tuvieron que limitar actividades sociales y de ocio porque se sentían abrumados por el trabajo, presentaban *limitaciones* físicas relacionadas con la lesión y tenían baja motivación y fatiga.

Por otra parte, los participantes indicaron tener problemas de salud derivados de la lesión cerebral, tales como dolor crónico, dificultades en la memoria y en la toma de decisiones, cambios en el estado de ánimo, ansiedad, depresión, trastornos compulsivos, y alteraciones en la visión y la audición. Por otro lado, refirieron que perder su empleo aumentaría la ansiedad, ya que sería un reto encontrar empleadores que brinden condiciones que se correspondan con sus necesidades.

“Las modificaciones laborales involucran una variedad de estrategias que incluyen horas y responsabilidades reducidas, tareas alternativas, supervisión, estrategias

cognitivas, modificaciones físicas en el lugar de trabajo y una amplia gama de *restricciones* específicas para cada lugar de trabajo” (Libeson et al. 2018, p. 5). De este modo, las modificaciones en el trabajo fueron tanto facilitadores como limitantes para el retorno; por un lado, la mayoría de los que regresaron al trabajo informaron encontrar un rol y un nivel de responsabilidad acorde con sus capacidades; además, la reducción de horas y responsabilidades ayudaron al proceso inicial de reincorporación; pero, los demás tuvieron que adaptarse a un estatus laboral más bajo, lo que limitaba su avance profesional y creaba una carga financiera a largo plazo, “ya que no pudieron realizar muchos aspectos de sus trabajos anteriores, incluso muchos años después de la lesión” (p.11).

Cuando se brindó apoyo y una actitud positiva por parte de los empleadores, se presentaron resultados favorables para el retorno al trabajo, visto que se podían flexibilizar los horarios, ajustar el rol y modificar tareas. Por el contrario, el proceso de retorno fue más difícil cuando los participantes indicaron sentirse poco apoyados e incomprendidos por sus empleadores y colegas, y haber recibido actitudes negativas, presiones o demandas poco realistas, como por ejemplo, estar al mismo nivel que antes de la lesión. Los autores expresaron que los trabajadores/as que fueron más “leales” antes de la lesión recibieron más apoyo de sus empleadores durante el retorno al trabajo; aquellos con muchos años de servicio, previo a las lesiones, sintieron que esto contribuyó a tener un alto nivel de apoyo del empleador.

La mayoría de los trabajadores que permanecieron en su empleo anterior informaron haber modificado el rol (cambios en las tareas, horas de trabajo, etc.) para adaptarlo a sus capacidades, a pesar de seguir enfrentando dolor crónico, fatiga, ansiedad, depresión, dificultades en la memoria y para aprender cosas nuevas. Entretanto, muchos participantes vieron afectadas sus aspiraciones profesionales pues se sienten estancados y con pocas posibilidades de ascenso. Eso también afectó el nivel de ingresos económicos, debido a que varios ganan considerablemente menos que antes de la lesión.

Libeson et al. (2018) recomiendan fortalecer el análisis de las exigencias del trabajo y de las habilidades de los trabajadores luego de una lesión cerebral traumática, para favorecer que se reincorporen en el momento más apropiado y evitar que regresen demasiado pronto a sus labores. Los autores concluyen que el retorno al trabajo no se ve influenciado únicamente por la gravedad de la lesión, sino también por las modificaciones

de trabajo implementadas en las etapas iniciales de RTW (por ejemplo, reducción de horas y responsabilidades), aunque estas no siempre se apliquen. Asimismo, el apoyo de los empleadores es un aspecto importante para el éxito de la reincorporación; es así como la mayoría de los participantes que no tuvieron éxito en el proceso de retorno al trabajo, atribuyeron ese resultado a la falta de apoyo y comprensión del empleador. También se encontró que el apoyo familiar y social mejora el retorno al trabajo.

En Suecia, Isaksson *et al.* (2016) entrevistaron en varias ocasiones durante 24 meses, a 66 pacientes diagnosticados con algún tipo de cáncer de cara y cuello, y cuyas edades estaban comprendidas entre los 34 y 66 años. Sus objetivos fueron los de investigar sobre la situación laboral de estas personas al momento de ser diagnosticadas, las experiencias que tuvieron durante sus licencias por enfermedad y el significado atribuido a su proceso de regreso al trabajo. Se encontró que el 53% de los participantes se había reincorporado al trabajo y el 17% había fallecido.

Los resultados se compararon entre las personas que estaban trabajando y las que estaban desempleadas, bien sea por estar en licencia a causa de su enfermedad o por estar jubilados. Se encontraron diferencias significativas entre el grupo que seguía trabajando y el de los que no, ya que el segundo obtuvo puntuaciones más bajas en aspectos de salud global, *función* física, emocional, cognitiva y social; además, se reportaron síntomas más graves de dolor, pérdida del apetito, agotamiento, insomnio, *desórdenes* del habla, de la alimentación y alteraciones en el contacto social y sexual.

Acerca de las experiencias con la Agencia Sueca de Seguridad Social (SIA), se reportaron aspectos positivos y negativos por igual. Lo positivo se relacionó con la buena comunicación con la entidad, el hecho de poder participar en el diseño de los planes de rehabilitación y haber recibido apoyo en trámites administrativos. Lo negativo se vio reflejado cuando algunos pacientes refirieron sentirse obligados a regresar al trabajo antes de lo que consideraban apropiado, y por la indicación de la cantidad de horas de trabajo en etapas iniciales del regreso.

La mayoría de los trabajadores se sintieron apoyados por parte de sus empleadores durante la licencia por enfermedad; refieren que fueron contactados regularmente para saber cómo estaban, lo que les hizo sentir confianza y compromiso. No obstante, otras

personas no recibieron ese mismo apoyo, haciéndolos sentir abandonados, solos y poco comprendidos. Por otro lado, los participantes reconocieron como positivo el hecho de poder visitar el lugar de trabajo durante sus licencias, por cuanto les permitía mantenerse en contacto con sus colegas y recibir su apoyo y comprensión.

Algunos trabajadores relataron sentirse estresados, frustrados y preocupados por tener menores ingresos económicos durante su licencia; mientras tanto, otros participantes dijeron que ese periodo había traído consigo una visión distinta de la vida y que había cambiado sus prioridades, puesto que recuperarse era más importante que volver al trabajo.

Adicionalmente, los participantes indicaron que los principales motivos para la reincorporación al trabajo tuvieron que ver con sus propios deseos, pero también con las solicitudes de los empleadores y de la agencia de empleo. Los autores afirman que, para muchos sobrevivientes de cáncer, regresar al trabajo es una parte relevante de su rehabilitación.

Algunos trabajadores expresaron su deseo de volver al trabajo porque éste desempeña un papel importante en su vida, hace parte de su identidad, está asociado con sus rutinas, a una sensación de *normalidad*, de contribución a la familia y a la sociedad y a tener una mejor condición económica (en comparación con los beneficios de la licencia por enfermedad). No obstante, otros manifestaron su preocupación por el futuro y por las demandas de los empleadores para que trabajaran como lo hacían antes del diagnóstico.

Se evidenciaron retornos en los que la persona pudo participar en los planes de rehabilitación, por lo que el disfrute de la actividad laboral, la satisfacción con cómo y cuándo se dio el retorno y la posibilidad de *distraer la mente de la enfermedad*, fueron reconocidos como aspectos positivos del regreso al trabajo. Entre los factores negativos, se destacan la sensación de disgusto, el agotamiento por el exceso de trabajo y de horas, el anhelo de jubilarse y los efectos secundarios de los *tratamientos*, que limitaron a su vez el tiempo libre.

Este estudio muestra que los pacientes con cáncer de cara y cuello necesitan estar preparados tanto física como mentalmente para el proceso de regreso al trabajo; la fatiga

fue la razón más común para no regresar al trabajo o para retrasar dicho retorno. Este resultado está respaldado por otras investigaciones que encontraron que los niveles más bajos de adaptaciones en el lugar de trabajo condujeron a niveles más altos de fatiga entre las personas que habían regresado al trabajo.

En el 2015, Mansfield *et al.* quisieron explorar cómo las personas con lesión cerebral traumática leve relacionada con el trabajo (Work-Related Mild Traumatic Brain Injury - WRMTBI), experimentaron el proceso de retorno al lugar de trabajo donde ocurrió la lesión. Para esto, se realizaron entrevistas telefónicas a profundidad con 12 trabajadores con WRMTBI, en Ontario (Canadá). Seis de las 12 personas volvieron a lesionarse y tres de esas lesiones ocurrieron en el trabajo.

Se pidió a los participantes que describieran cómo ocurrió la *lesión*, las *secuelas* y sus experiencias de rehabilitación. También se les preguntó sobre tareas y demandas de su trabajo, su proceso de retorno, su estado de salud al momento de la entrevista, y los consejos que darían a otras personas que están retornando al trabajo después de una WRMTBI.

Los participantes manifestaron presentar secuelas físicas, cognitivas y psicosociales, tales como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, problemas de visión y equilibrio, mareo, fatiga, sensibilidad a la luz o al ruido, dificultad para la concentración y para el procesamiento de la información, pérdida de memoria, ansiedad, depresión, aislamiento social y estrés postraumático. 11 participantes siguen teniendo secuelas incluso después de tres a seis años de ocurrida la lesión.

Varias personas consideran que, si bien los empleadores han tomado mayor conciencia sobre el tema, están más interesados en reducir costos, evitar multas y recibir incentivos económicos, por lo que hacen un subreporte de los indicadores de lesiones ocasionadas por el trabajo, siendo así que se mencionó que, en algunos casos, los empleadores intentaron negar su origen laboral. Otro aspecto que les preocupa es la percepción de *productividad reducida* de los trabajadores lesionados.

Por otra parte, se refirió que hubo supervisores que desconocían el manejo de los casos de lesión cerebral, lo que ocasionó que éste no fuera adecuado (por ejemplo, se

presentaron demoras para hacer el reporte del evento y llamar a una ambulancia). También manifestaron el desconocimiento acerca de las secuelas, por lo cual, éstas se subestiman.

Seis participantes afirmaron que los accidentes que produjeron sus lesiones no condujeron a mejores políticas y prácticas en seguridad y salud en el trabajo de las empresas; de hecho, la mitad de la muestra se volvió a accidentar, teniendo tres de esas lesiones un origen laboral. Siete personas catalogaron a las lesiones cerebrales ocasionadas por el trabajo como una experiencia estigmatizante, ya que sufrieron discriminación y acoso. Otros dos participantes informaron que no recibieron apoyo y que incluso se llegó a cuestionar la legitimidad de sus secuelas, haciéndoles sentir que fingían sus síntomas.

Se consideró como una carga adicional el papeleo que se debe realizar para solicitar los reembolsos del seguro médico. Cuatro participantes refirieron que los representantes de compensación cuestionaron la legitimidad médica de sus quejas; entretanto, cinco personas identificaron estrategias para la negación del origen laboral de su condición, declarando invasiones a su privacidad (por ejemplo, descargando material de sus redes sociales).

Para seis participantes los planes de reincorporación al trabajo no se correspondieron con las recomendaciones hechas por los profesionales de la salud. Entretanto, siete trabajadores manifestaron regresar al trabajo antes de que se sintieran listos para dicho retorno, aduciendo presión de sus empleadores; asimismo, refieren haber aceptado actividades que agravaban sus síntomas por temor a represalias o a ser despedidos.

Mansfield *et al.*, (2015) manifestaron que sus resultados demuestran que las culturas ineficaces de seguridad y salud en el trabajo de las empresas favorecen procesos de reincorporación al trabajo sin éxito. Para mejorar esta situación, los autores sugieren que tanto los empleadores, compañeros de trabajo y representantes de compensación, estén al tanto de las *secuelas* y recomendaciones médicas de cada caso, a fin de que los trabajadores puedan recibir el apoyo apropiado para mitigar la estigmatización y evitar la ocurrencia de nuevos accidentes. Cuando se presenta una lesión, se espera un trabajo conjunto para desarrollar y cumplir un buen plan de retorno.

Corbiere, Renard & St. Arnaud (2015) realizaron una investigación descriptiva interpretativa con tres sindicatos de Quebec, Canadá, con el objetivo de identificar desde la perspectiva sindical, factores que facilitan o dificultan el retorno al trabajo de personas que se encuentran ausentes (por licencia laboral o incapacidad) a causa de la depresión.

Para esta investigación se realizaron grupos focales con 12 hombres y 11 mujeres que tienen un promedio de 15 años de experiencia laboral. Los participantes fueron representantes sindicales elegidos por sus compañeros/as y que hacen parte de una red de apoyo voluntario para quienes presenten situaciones de índole personal, interpersonal, afectivo, laboral o de otro tipo y que puedan afectar su desempeño en el trabajo. Los autores/as reconocen el papel central de los sindicatos en la representación de los trabajadores, y consideran que tienen un punto de vista interesante, pero poco expresado sobre el retorno de trabajadores ausentes por depresión.

Desde la perspectiva de los representantes sindicales, los trabajadores que regresan al trabajo después de una incapacidad o licencia laboral relacionada con una enfermedad mental pueden experimentar sentimientos de negación, vergüenza y miedo; pueden temer ser juzgados y cuestionados por sus ausencias o porque no puedan hacer su trabajo.

Como aspectos que facilitan el proceso de reincorporación después de una licencia por enfermedad, se encuentran las actitudes positivas de los trabajadores para dicho proceso, estar abiertos a recibir ayuda, enfrentar sus miedos, revisar sus expectativas de desempeño y recibir tratamiento médico adecuado.

Los/as participantes indicaron que aquellos trabajadores/as que reciben tratamiento médico adecuado obtienen mejores resultados en el proceso de reincorporación; no obstante, se revela que existen obstáculos en dicha atención debido a la falta de acceso a consultas especializadas en salud mental. Otro obstáculo identificado es la duración de los tratamientos, la cual se determina generalmente según criterios preestablecidos en el sistema de salud y no teniendo en cuenta las necesidades de cada caso.

Como parte de las barreras identificadas por los representantes sindicales para la reincorporación al trabajo, se encuentran los prejuicios, principalmente de los empleadores y/o de los supervisores inmediatos, en torno a las enfermedades mentales. En cuanto a los compañeros de trabajo, los participantes mencionaron que es importante trabajar en la superación de los prejuicios relacionados con los diagnósticos de salud mental; en el caso de la depresión, dichos prejuicios pueden aumentar cuando los compañeros y/o colegas deben asumir algunas de las tareas de los trabajadores que regresan, ya que esto puede generarles sobrecargas laborales. Al realizar acciones de sensibilización y capacitación con los/las compañero/as de trabajo, se avanza hacia la consolidación de apoyos naturales a través de las redes de apoyo entre colegas (Trash y Mayhall, 1997, referenciados por Corbiere, Renard & St. Arnaud, 2015).

Un aspecto valorado como positivo, pero, que según los resultados se presenta más como una propuesta de los participantes, es el de la organización de reuniones preparatorias que se realizarían antes de la fecha de regreso del trabajador. Dichas reuniones convocarían a varios de los actores involucrados en el proceso de reincorporación, y tienen como objetivo permitir al colaborador expresar sus miedos e ideas, buscar soluciones conjuntas y discutir posibles adaptaciones laborales; estas reuniones se convierten en escenarios donde se revisan las expectativas de desempeño, teniendo en cuenta que los participantes mencionaron que en aquellos casos en donde hay expectativas *poco realistas*, se puede comprometer el éxito de la reincorporación al hacer que la persona se sienta más ansiosa y preocupada. Aunque esta medida se reconoce como muy eficaz, no se lleva a cabo de forma sistemática o frecuente, y por lo general, se organiza solo cuando el trabajador hace la solicitud.

Los representantes sindicales refieren que si bien es importante hacer el seguimiento al cumplimiento de recomendaciones médicas cuando el trabajador regresa a sus labores, también es necesario hacerlo mientras se encuentra en incapacidad, debido a que esto promueve un contacto continuo entre la empresa y el trabajador ausente, generándole sentimientos de pertenencia.

Los participantes identificaron como positivo el logro de lo que denominaron una combinación perfecta, con la que se busca que todos los involucrados en el proceso de reincorporación se *sienten juntos* con el trabajador, respeten el plan definido por el médico



y procuren gestionar mejoras o cambios en cuanto a la carga de trabajo. Sin embargo, aunque esta colaboración se perciba como útil para el regreso al trabajo, los participantes indicaron que es bastante inusual.

Lo anterior se relacionaría con una cultura organizacional que reconoce y apoya la importancia de la salud mental durante el proceso de reincorporación al trabajo; dicha cultura realiza acciones oportunas e individualizadas, que procuran brindar un buen seguimiento a los trabajadores por parte de los empleadores, sindicatos, colegas, médicos y demás profesionales del equipo de rehabilitación. Sin embargo, según los hallazgos de esta investigación, ésta cultura debe fortalecerse teniendo en cuenta lo referido por St. Arnaud et al. (2009, referenciados por Corbiere, Renard & St. Arnaud, 2015) con respecto a que muchas empresas se preocupan más por reducir la duración de las ausencias, que por el bienestar de los trabajadores.

Se mencionó como factor determinante la forma en que los trabajadores son recibidos al momento de regresar de sus incapacidades, haciendo alusión a que un saludo cálido y sensible permitió a estos trabajadores sentirse esperados y bienvenidos. No obstante, se indicó que este tipo de recibimiento no ocurría siempre.

Los participantes identificaron que los sindicatos pueden y deberían convertirse en facilitadores para el regreso al trabajo, por ejemplo, brindando información a los médicos y otros profesionales involucrados en la atención de los casos, acerca de las condiciones del trabajo y las tareas que debe realizar la persona; ahora bien, reconocen por un lado, la falta de recursos humanos para apoyar dichas gestiones, y por otro, que en muchas ocasiones no son informados de las ausencias y retornos de los trabajadores. Otro aspecto por destacar es que los representantes sindicales consideran que muchos de ellos no están capacitados para escuchar y derivar adecuadamente a los trabajadores que requieren apoyo.

A lo largo de estos antecedentes podemos encontrar que en la rehabilitación profesional existe una baja o nula participación de la población trabajadora en la toma de decisiones, donde profesionales como los médicos ocupacionales ejercen dinámicas de poder sobre el tema. Del mismo modo, los trabajadores y trabajadoras no se sintieron escuchados y percibieron que los empleadores están más interesados en reducir costos y

evitar multas, haciendo un subreporte de los indicadores de accidentalidad y enfermedad laboral.

Asimismo, se observa una tendencia a responsabilizar al trabajador de su proceso de reincorporación, asumiendo que es un *problema* de la persona (y no tanto de las empresas o del resto de la organización social) el volver óptimamente a su labor productiva. Del mismo modo, son escasas las menciones al Estado en lo relacionado a la rehabilitación profesional, limitando tanto las acciones evidenciadas como las propuestas, a la relación privada de capital-trabajo.

## **1.2. Conversaciones con textos de autores y autoras nacionales**

Estas conversaciones se dieron de una forma distinta, debido a que los hallazgos permitieron analizar algunos elementos comunes que se evidenciaron a medida que se reflexionaban estos textos. Algunos de dichos aspectos son el impacto de los programas de rehabilitación profesional en Colombia, sus costos y beneficios, dificultades, entre otros.

### ***1.2.1. Impacto de los programas de rehabilitación profesional***

Cuando se habla de mediciones de impacto de los programas de rehabilitación profesional en empresas y Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), observamos que se expresan principalmente en términos de indicadores. A propósito de lo anterior, se encuentra que Josa y Molano (2012) tuvieron un acercamiento al respecto definiendo el impacto del programa “Óptimo”, desarrollado en la Administradora de Riesgos Laborales de Seguros de Vida Alfa S.A., en trabajadores afiliados que sufrieron accidentes de trabajo o enfermedades laborales entre los años 2005 – 2011. Para dicha investigación los autores hicieron el cálculo de los indicadores del programa, verificando el número de ingresos, cierres exitosos y no exitosos junto con las *calificaciones de Pérdida de Capacidad Laboral* (PCL).

Por otro lado, diseñaron un instrumento de recolección de información que consta de cuatro partes: la primera, dirigida al trabajador, la segunda al empleador, la tercera a la red de servicios y la cuarta a la ARL. Los autores refieren que para efectos de su investigación se aplicó el instrumento “como un ensayo para someter a prueba la herramienta de recolección de datos” (p.61) y que por tal motivo, se realizó una prueba

piloto con cuatro actores involucrados en el proceso de rehabilitación profesional (programa Óptimo), entre ellos, un trabajador. Lo anterior deja en evidencia que la medición del impacto de dicho programa se fundamentó principalmente en la medición de indicadores y análisis de casos por medio de la revisión de documentación, y aunque incluyó una entrevista de percepción, ésta fue diligenciada por un solo trabajador. Al final de su tesis, Josa y Molano recomiendan “generar instrumentos que permitan evaluar la percepción de los trabajadores en cuanto a los diferentes procesos que se realizan en rehabilitación” (p.90).

Entretanto, Franco y Ortiz (2020) llevaron a cabo una investigación con enfoque mixto (cuali-cuantitativo) a través de la cual analizaron el impacto del proceso de rehabilitación profesional en trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), diagnosticados con *trastorno mental* de origen laboral. Como parte del análisis cualitativo, entrevistaron a 24 terapeutas ocupacionales que participan en dicho proceso y a una trabajadora que presenta episodios depresivos recurrentes y múltiples incapacidades; para el análisis cuantitativo interpretaron los resultados de los indicadores de procedimiento, resultado y estructura de tres Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL) durante los años 2014 y 2019, según lo establecido en el Manual de Procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Laborales (2010).

Las autoras refieren que “medir el impacto de los programas de rehabilitación profesional se constituye como una tarea inviable” (p.11), ya que, si bien existe el Manual de procedimientos anteriormente mencionado, en Colombia falta reglamentación que estandarice el proceso<sup>4</sup>; además, los recursos documentales y estadísticos rara vez son de libre acceso. También indican que, aunque “el proceso de rehabilitación profesional es un tema que se ha tratado a lo largo de los años en el sector laboral, se encuentra poca evidencia científica que permita conocer el impacto real de estos procesos” (p.17).

---

<sup>4</sup> Es importante mencionar que para la fecha en la que Franco y Ortiz realizaron su estudio, no existía la Resolución 3050 de 2022 (Ministerio del Trabajo), “por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Programa de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional en el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones”. También es necesario informar que dicha norma ha generado diferentes tensiones debido a que no garantiza la igualdad de derechos para las personas con condiciones de salud tanto de origen laboral como común.

Como principales hallazgos de las variables cuantitativas, se obtuvo que dos de las tres ARL participantes “desarrollan sus criterios de ingreso al proceso de rehabilitación bajo los parámetros establecidos en el Manual” (p.69), mientras que la tercera refiere que en los criterios de inclusión, se [...] destacan tutelas, remisiones de otras especialidades y patologías calificadas como laborales” (p. 69). Estas mismas autoras expresan que la falta de estandarización en los procesos de evaluación y vigilancia dificulta “conocer si los programas, estrategias e intervenciones que se están realizando son efectivas en la población con el fin de retroalimentar al Sistema” (p.16).

En cuanto a la atención de casos de rehabilitación profesional, refieren que las empresas y otras entidades desconocen el rol de profesionales como los/las terapeutas ocupacionales, quienes pueden brindar intervenciones más allá del modelo médico tradicional, el cual, “en muchas ocasiones no da respuesta a las realidades de las personas en sus contextos laborales; además de lo anterior, no es posible evidenciar un proceso de rehabilitación que se realice de manera interdisciplinaria” (p. 17).

Vale la pena resaltar que dentro de las intervenciones y evaluaciones ejecutadas por parte de terapeutas ocupacionales en procesos de rehabilitación profesional de trastornos mentales de origen laboral, se mencionan algunas que se aplican en el ámbito extralaboral (incluyendo hogar y comunidad), lo que sugiere que dentro de las prácticas de la profesión se persiguen objetivos que trascienden lo productivo (pp. 77-78). Se destaca que “los cambios que puedan realizarse en el contexto extralaboral pueden influir de manera positiva o negativa en el desempeño del trabajador en sus labores” (p. 105). Además, se menciona que durante estos procesos, se “involucra activamente a todos los actores (trabajador, familia, empresa, instituciones prestadoras de servicios, sociedad) en los objetivos y metas de reincorporación” (p. 80).

Aunque Franco y Ortiz (2020) indican que su investigación buscó “visibilizar y comprender las experiencias de los participantes durante el procedimiento de rehabilitación profesional, entendiendo sus derechos y garantías por pertenecer al Sistema General de Riesgos Laborales” (p.65), pero, solo entrevistaron a una trabajadora, teniendo mayor relevancia para el estudio las apreciaciones de terapeutas ocupacionales involucradas en dichos procesos; del mismo modo, se evidenció que la mayoría de terapeutas ocupacionales se concentra en la ciudad de Bogotá, lo que sugiere una

limitación geográfica y una posible vulneración de los derechos de los trabajadores de otras ciudades o municipios que necesitan apoyo y acompañamiento para su desempeño laboral

No obstante lo anterior, las investigadoras refirieron que comprender la experiencia de los trabajadores y la perspectiva de los profesionales tratantes brindó herramientas que retroalimentan al Sistema General de Riesgos Laborales buscando el bienestar de los trabajadores diagnosticados con trastornos mentales de origen laboral, ya que “este es un fenómeno que se encuentra en aumento” (p. 65).

### **1.2.2. Costos y beneficios en la rehabilitación profesional**

A lo largo de las revisiones de antecedentes nacionales se encontró que uno de los intereses investigativos más frecuentes en rehabilitación profesional se relaciona con las implicaciones (positivas o negativas) en la economía de las empresas y la sociedad; autores como Cuervo y Moreno (2017) manifiestan que es importante prevenir la “*discapacidad para trabajar*”<sup>5</sup>, puesto que la disminución de la productividad y la pérdida del trabajo causan restricciones en la participación de los individuos en distintos roles sociales, al mismo tiempo que puede comprometer seriamente el desarrollo socioeconómico de una sociedad (p.572).

Estas autoras expresan que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia contempla varios beneficios económicos para el trabajador, entre ellos, la incapacidad temporal, la pensión por invalidez y las indemnizaciones económicas por incapacidad permanente parcial para eventos laborales. Según ellas, el SGSSS funciona bajo “un esquema que privilegia la compensación económica en el que no existen políticas estructuradas de inclusión laboral y social para las personas que adquieren tardíamente la *discapacidad para trabajar* y no son beneficiarias de una pensión por invalidez” (p. 571).

Vásquez (2019) refiere que “el retorno al trabajo de forma temprana y segura es beneficioso tanto para la salud del trabajador como para su autoestima” (p.4). Además, indica que es importante generar programas de gestión de retorno al trabajo para acortar

---

<sup>5</sup> Término utilizado por las autoras indicando que: es “lo que acontece a un trabajador cuando experimenta un evento de salud y, como consecuencia de ello, no puede mantenerse en su trabajo o pierde su vínculo laboral” (p.567).

los tiempos de incapacidad, de tal modo que se garantice la satisfacción, seguridad y salud de las personas, evitando recaídas. Pero, dichos programas no solo son beneficiosos para el trabajador sino también para las empresas, ya que ayudan a la “disminución de costos a causa de jornadas no laboradas o personal extra contratado para cubrir puestos no ejercidos” (p. 4); no obstante, “en ocasiones es difícil saber lo que ocurre con el trabajador y su calidad de vida en el proceso mismo de la reubicación laboral” (p. 2). La autora destaca que “es notoria la falta de investigaciones en más países de la región para profundizar sobre los costos que dicha situación acarrea para las empresas” (p. 1).

Por otro lado, la autora también resalta que, de manera general, los empleadores no reconocen las prestaciones económicas y asistenciales (esperando que la EPS o la ARL las asuman) y tampoco desean “reintegrar o reubicar a los trabajadores con *problemas de salud*” (p. 5). Igualmente, se hace referencia a que, en el reconocimiento y pago de prestaciones asistenciales y económicas, las ARL y las EPS tienen dificultades en definir quién se hará cargo de ellas, lo que “pone al trabajador en una condición que compromete sus derechos” (p.5); sin embargo, la autora afirma que “la Corte Constitucional protege al trabajador una vez que se ha instaurado la acción de tutela” (p. 5).

Del mismo modo, Franco y Ortiz (2020) encontraron que una de las ARL participantes en su estudio definía como una opción para el ingreso a programas de rehabilitación profesional, las acciones de tutela interpuestas por los trabajadores, lo que significa que en muchas ocasiones se debe recurrir a amparos judiciales para acceder a las prestaciones correspondientes, “entendiendo que para llegar a esta acción ya han tenido que pasar por diferentes instancias administrativas que no dan respuesta efectiva a las necesidades vulnerando el debido proceso y el acceso a diferentes derechos” (p. 110).

El aumento en la incidencia de accidentalidad y morbilidad laboral genera una carga económica para las empresas en términos de *productividad*, teniendo en cuenta las incapacidades y las ausencias se traducen en rotación de personal, estancamiento de procesos, entre otras consecuencias (Arrieta, et al., 2017, citados por Franco y Ortiz, 2020). Es así como la implementación de programas de rehabilitación y reincorporación ocupacional en las empresas contribuye a evitar “posibles pérdidas económicas o la afectación de la calidad de sus procesos productivos por el *bajo aporte* -de trabajadores

con *limitaciones* temporales o definitivas-” (Jiménez y Camberos, 2019, p. 89); de esta manera, no solo las empresas, sino también el trabajador y las ARL se beneficiarían con la implementación de estos programas (Franco y Ortiz, 2020, p.94).

Vale la pena resaltar que el privilegio del discurso de la productividad en la rehabilitación profesional puede generar que los trabajadores experimenten sentimientos de inferioridad y opresión. Según Vásquez (2019), el "44.3% de los trabajadores con *restricciones médicas* (reubicados o no), no reportan ningún tipo de contribución productiva con la empresa a la que están vinculados” (p.2), la misma autora refiere que los trabajadores reconocen como una de las principales problemáticas del reintegro laboral "el miedo y la vergüenza a la *inutilidad* frente a él (ellos) mismo (s) como delante de los propios colegas" y "evitar convertirse en un peso más" para la empresa (p. 6).

Algunos antecedentes mencionan que la opresión generada sobre las personas que transitan por procesos de rehabilitación profesional ha causado un inconformismo que se corresponde con:

Una deuda que se sustenta en la historia de lucha y defensa de los derechos de la población trabajadora colombiana, leyes que entorpecen el acceso a diferentes derechos, procesos administrativos ineficientes que deshumanizan al trabajador, un sistema laboral que funciona bajo las premisas de la revolución industrial y la productividad en términos económicos, situaciones que no son ajenas a los procesos de rehabilitación profesional teniendo en cuenta las dinámicas internas del Sistema de Seguridad Social actual (Franco y Ortiz, 2020, p. 103).

Como complemento al trabajo de Franco y Ortiz (2020), Baena, Riaño y Rojas (2020) realizaron una investigación con enfoque cualitativo a través de la cual buscaron comprender “las realidades de los trabajadores con trastorno mental de origen común en el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) colombiano desde las perspectivas de terapeutas ocupacionales del área de la salud mental” (p.20). Los autores refieren que, aunque ambos trabajos investigativos se centran en el análisis de diagnósticos relacionados con trastornos mentales, las personas “vivencian realidades totalmente diferentes a causa del origen de éstos (común o laboral)” (p.15).

Para esta investigación, se entrevistó a seis terapeutas ocupacionales en la ciudad de Bogotá, indagando sus percepciones con respecto a los procesos de afiliación al sistema, los planes de beneficios, derechos, procesos de atención en salud, entre otros. Las profesionales entrevistadas reportaron diversas situaciones, como la desinformación sobre rutas de atención, la negación de servicios, los procesos administrativos interinstitucionales ineficaces y las limitaciones en los tiempos y las disciplinas de atención. Según ellas, el sistema prioriza los servicios de psiquiatría o psicoterapia y deja de lado los de terapia ocupacional, fisioterapia y trabajo social, además de determinar “una cantidad específica de sesiones que pueden no ser suficientes y congruentes con la situación de la persona” (p.110).

También reportan barreras para el acceso a medicamentos, tanto en calidad como en cantidad, lo que puede agravar las condiciones de salud y ocasionar nuevas hospitalizaciones; manifiestan que los procesos de *recuperación* y adherencia a los tratamientos dependen en gran medida de la capacidad de pago de las personas, ya que “pueden tener acceso a medicamentos de diferente calidad según la disposición de los productos genéricos o no de los laboratorios, los cuales pueden aumentar o mitigar la presencia de efectos secundarios” (p.93). Por otra parte, evidencian diferencias en la disposición de recursos humanos y materiales para la atención de los casos en las instituciones públicas y privadas, teniendo estas últimas mayor recurso humano, aunque esto no sea garantía para que sea suficiente.

En cuanto a los vínculos con el sistema laboral, las profesionales consideran que no se cuenta con rutas de acción que permitan a las personas con trastorno mental “acceder o mantener algún vínculo de tipo laboral [...] debido a que los convenios de esta índole son inexistentes y a que el estigma y discriminación a nivel social, juegan un papel importante en dichos vínculos” (p.104). Ahora bien, cuando los trabajadores están vinculados a una empresa, reciben incapacidades según el criterio del médico psiquiatra, la EPS a la que se encuentran afiliados y el diagnóstico; no obstante, el hecho de que el pago de las incapacidades por eventos comunes se haga sobre el 66% del Ingreso Base de Cotización – IBC, “crea desventajas económicas que son cruciales en la decisión de mantener o no un estado de incapacidad”, por lo que se podrían generar reintegros prematuros que ponen en riesgo la salud de la persona y su entorno por la presencia de síntomas. En contraste, cuando la persona está desempleada, “no hay quién le cubra o



atienda el tiempo que necesita [...] para mejorarse y por ende no tienen un soporte económico en ese periodo” (pp.104-106).

Este antecedente permite evidenciar la desigualdad presente en las garantías que tiene una persona cuando su diagnóstico se define como de origen común o laboral, encontrando que para los casos de origen común se tienen “menos oportunidades de recibir atención en salud de calidad, así como de obtener y mantener un empleo digno, y posibilidades de reincorporación” (pp.128-129). Refieren además que las personas con trastorno mental (y otros diagnósticos) de origen común no acceden a los beneficios y servicios otorgados por el SGRL y que desconocen la ruta de acceso para la calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral (PCL). Finalmente, los autores expresan que las personas con trastorno mental no reciben una atención integral como se propone en el SGSSI, por lo que ven vulnerados sus derechos a la salud y al trabajo.

### ***1.2.3. Participación de los trabajadores y trabajadoras en programas y estrategias de rehabilitación profesional.***

A lo largo de la presente revisión de antecedentes nacionales, se pudo esbozar la idea de que la participación de los trabajadores y trabajadoras se ha analizado poco, además de que cuando se habla de contemplar sus percepciones, se entrevistan a otros actores del proceso.

Con respecto a la participación en los procesos de atención de las personas diagnosticadas con trastornos mentales de origen común, en la investigación de Baena, Riaño y Rojas (2020), las terapeutas ocupacionales entrevistadas manifestaron que si bien la profesión se caracteriza por ofrecer la oportunidad de escuchar y tomar decisiones consensuadas, esto no siempre puede llevarse a cabo principalmente en situaciones donde se excede la capacidad del profesional, por ejemplo, cuando cuenta con menor tiempo de atención individual ante un mayor número de *pacientes* y durante la presencia de cuadros psicóticos agudos; para estos casos, los objetivos se plantean de manera participativa a medida que la persona muestra avances en su recuperación y disminuyen dichos cuadros.

Otro aspecto que afecta la participación de las personas con trastornos mentales es el temor a ser estigmatizadas por comentar su condición de salud en las empresas o por no poder cumplir con sus tareas y con las expectativas del empleador, “lo cual puede evitar su ingreso o reingreso al trabajo” (p.112). Todas estas condiciones disminuyen el sentido de *autosuficiencia* y provocan que las personas sientan que “son inútiles”, o “que no sirven” (p.112).

Los autores afirman que “desde el SGSSI no se han identificado estrategias o dispositivos específicos para la reinserción laboral o acompañamiento terapéutico de personas con trastorno mental de origen común en el sector laboral” (p.113), por lo que las profesionales entrevistadas sugieren la configuración de rutas de atención que trasciendan el paradigma biomédico hegemónico de la psiquiatría y que incluyan dispositivos centrados en la persona, de tal manera que ésta participe en el establecimiento de métodos de reincorporación ocupacional a través de los cuales se brinde acompañamiento terapéutico en el trabajo y se sensibilice a los demás actores de la empresa o sitio de trabajo.

#### **1.2.4. Reflexiones en torno a la rehabilitación profesional**

Durante la revisión de antecedentes relacionados con la Rehabilitación Profesional en Colombia, varios autores mencionan que éste es un proceso que no se ha reconocido ni desarrollado, por lo que los procesos de rehabilitación y reincorporación ocupacional se desconocen o se improvisan generando dificultades para que el trabajador pueda retornar de manera efectiva a su trabajo, llevándolo a un “lugar sin salida” (Cuervo y Moreno, 2017; p.568). Asimismo, se refiere que estos procesos no siempre se realizan de forma estandarizada y en varias ocasiones ofrecen dificultades para ser aplicados por los responsables de este proceso en las empresas (Jiménez y Camberos, 2019; p. 16).

Cuervo y Moreno (2017) refieren que Colombia carece de estadísticas o estudios que “analicen los factores que favorecen o dificultan que un trabajador pueda mantenerse o retornar a su trabajo luego de presentar una condición de salud”, evidenciando que el Sistema General de Seguridad Social no está respondiendo de manera adecuada para garantizar el derecho al trabajo de los ciudadanos y brindar una correcta orientación ocupacional posterior a sufrir una contingencia de salud (p.569). Las autoras afirman que dicha situación se presenta en parte, porque dicho Sistema está estructurado con base en

el aseguramiento, partiendo de un “enfoque en el cual prima el modelo médico orientado hacia la *curación de la enfermedad*” (p. 569).

Alzate et al., (2016) mencionan el enfoque holístico de la rehabilitación profesional, al referir que se debe tener en cuenta la intervención del riesgo psicosocial intralaboral y extralaboral, que “no deben estar aislados de un proceso que se espera sea íntegro y permita en el trabajador un resultado óptimo de sus condiciones físicas, psicológicas y sociales” (p.12).

Por su parte, Jiménez y Camberos (2019) hacen referencia a que los programas de rehabilitación profesional difícilmente se ejecutan bajo los mismos parámetros, y no siempre contribuyen a garantizar el bienestar físico y mental de los trabajadores. Estas autoras afirman que son pocas las empresas que desarrollan programas de rehabilitación profesional en el país; además, consideran que la dificultad de aplicar estrategias estandarizadas dentro de dichos programas se debe a que el Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales (Ministerio de la Protección Social, 2010<sup>6</sup>) fue construido con un lenguaje técnico que es de difícil comprensión para la mayoría de las personas encargadas de las áreas de recursos humanos y de seguridad y salud en el trabajo de las compañías. Con base en lo anterior, las autoras crearon la guía “De regreso al Trabajo”, con la cual pretenden ayudar a las empresas a planear, implementar y evaluar el proceso de rehabilitación, reincorporación y reubicación laboral, con el fin de favorecer el cumplimiento normativo, “reducir las pérdidas de tiempo por incapacidad temporal y (permitir) al trabajador retornar al entorno laboral de manera exitosa, manteniendo su papel como *actor productivo* de la sociedad” (p. 88).

Vásquez (2019) indica que “los procesos de rehabilitación, reincorporación o reubicación laboral son pobremente conocidos por los empresarios y la información respecto a estos es escasa y poco estandarizada, lo que dificulta su éxito final” (p.7); además, la existencia del Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional y Laboral de los Trabajadores en el Sistema General de

---

<sup>6</sup> Ahora, Ministerio de Salud y Protección Social.

Riesgos Laborales, no está garantizando ni su aplicación ni la realización de dichos procesos en las empresas.

## **Episodio 2. Ecos en conversa, Escuchas en voz baja y Silenciamientos.**

El trabajo es una experiencia central en la vida de las personas; es una ocupación inherente al ser humano que evoluciona y se transforma junto con el desarrollo de las sociedades (Yuill & McMillan, 1998, citados por Veiga et al, 2017). El trabajo es un proceso activo con propósito y significado vinculado tanto a la identidad personal como social, que proporciona equilibrio y salud (Gómez, 2009, citada por Villar 2018). Con el trabajo remunerado las personas pueden obtener alimento, refugio y otros beneficios materiales, además de que favorece la generación de una rutina diaria y la organización de nuestro tiempo (Braveman & Page, 2012, citados por Veiga, et al, 2017). También provee diversas redes de apoyo social y oportunidades de interactuar con otros.

No obstante, para Villar (2018) algunas situaciones pueden distanciar al individuo del trabajo entendido como ocupación significativa, afectando de forma negativa la salud y el bienestar (Moldes, García Pinto, & Avila-Alvarez, 2005; Wilcock 2007, citadas por Villar 2018, p.12). Torres Tovar (2020) indica que la sobreexplotación de los cuerpos y las capacidades para responder a las demandas de un sistema capitalista genera problemas de salud. Palacios (2016) asevera que el trabajo es una fuente de dolor y enfermedad, ya que se presentan despojos en los que se entrega la salud; es así como, mientras una persona trabaja puede sufrir accidentes o enfermedades laborales, u otros eventos, como las contingencias comunes, que también les afectan física y psicológicamente.

De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo -OIT- (2006), las personas trabajan cerca de 50 años, por tal razón, junto con la exposición a factores de riesgo intralaborales y extralaborales, la edad, el género, las actividades asignadas en el trabajo, etc., podrían ocasionarse afectaciones en la salud y discapacidades (Cuervo y Moreno, 2017; Tomicic et al., 2014, referenciados por Franco y Ortiz, 2020). Continuando con lo indicado por la OIT, cerca de 317 millones de personas en todo el mundo son víctimas de accidentes de trabajo; además, 2.34 millones de personas mueren debido a accidentes o a enfermedades profesionales. En Colombia, según el Observatorio de Seguridad y Salud<sup>7</sup>, en el 2021 se presentaron 513.857 accidentes de trabajo, 42.646 enfermedades laborales y 608 muertes relacionadas con el trabajo.

---

<sup>7</sup> <https://ccs.org.co/atel-col-2021/>

En relación con los eventos de origen común, se encuentra que entre el 2009 y 2019, las enfermedades crónicas o no transmisibles fueron el principal motivo de consulta en Colombia, correspondiendo al 65.6% del total de las atenciones prestadas en ese periodo (Análisis de Situación de Salud -ASIS- 2020 y el Quinto Informe Técnico del Observatorio Nacional de Salud (2015). Entretanto, más del 80% de los índices de incapacidad y ausentismo se generan por enfermedades o accidentes de origen común (Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2013, p.33).

En nuestro país, cuando un trabajador termina una incapacidad temporal o presenta recomendaciones médicas debido a una afectación en su salud, debe tener acompañamiento por parte del empleador para su reincorporación laboral (Vásquez, 2019). Cuervo Díaz (2016) refiere que dentro de las leyes de riesgos laborales en Colombia se tiene establecida “la obligación del empleador de hacer los ajustes y acomodaciones para ubicar al trabajador en un cargo acorde a sus *capacidades y aptitudes*” (p.121). Asimismo, Alzate et al., (2016) mencionan que cuando una persona tiene una incapacidad permanente parcial, requerirá rehabilitación y reincorporación ocupacional<sup>8</sup>.

En el Sistema General de Riesgos Laborales, la rehabilitación integral está prevista como un derecho de los trabajadores/as afiliados a dicho sistema; la Dirección General de Riesgos Laborales (perteneciente al Ministerio del Trabajo) tiene dentro de sus competencias promover todo el desarrollo normativo que facilite el acceso a los procedimientos que sean necesarios para la rehabilitación, y diseñar herramientas técnicas que unifiquen estrategias, conceptos e intervenciones en este tema. Con base en lo anterior, el Ministerio de Protección Social (ahora, Ministerio de Salud Y Protección Social) adoptó el Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales (MPSGRP) en el 2010. Este Manual (recientemente reglamentado por la Resolución 3050 de 2022),

---

<sup>8</sup> Lo cual es coherente con lo establecido en los artículos 4 y 8 de la Ley 776 de 2002 y la Resolución 3050 de 2022 en su conjunto.

establece los procedimientos que “deben realizarse a las *personas con discapacidad*<sup>9</sup>, sin diferencia del origen<sup>10</sup> [...]” (p.23).

El Manual define a la rehabilitación profesional como el:

“proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una *deficiencia* o una *discapacidad* que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral. Busca su ubicación o reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades” (p.18).

En Colombia, la rehabilitación profesional es un tema que ha sido poco explorado, reconocido y desarrollado (Cuervo y Moreno, 2017), por lo que las intervenciones se realizan de forma improvisada o inadecuada, obstaculizando el retorno efectivo de los trabajadores a sus actividades laborales. Además, nuestro país carece de estadísticas o estudios que “analicen los factores que favorecen o dificultan que un trabajador pueda mantenerse o retornar a su trabajo luego de presentar una condición de salud” (Cuervo y Moreno, 2017, p.569), lo que muestra las deficiencias del Sistema General de Seguridad Social Integral para garantizar el derecho al trabajo de los ciudadanos y ofrecer una orientación ocupacional apropiada después de una contingencia de salud.

Continuando con la búsqueda de información sobre rehabilitación profesional en el país, se evidencia que los temas privilegiados en investigaciones precedentes se relacionan con el impacto de estos programas en empresas y Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL), junto con sus costos y beneficios, además del desarrollo normativo y dificultades en su implementación. Las propuestas que se hacen en los estudios consultados incluyen la creación de guías y procedimientos que simplifiquen el proceso para las empresas y la búsqueda del aumento de la productividad, la adecuación de las

---

<sup>9</sup> En el Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reinserción Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales (2010) se menciona en varias ocasiones el término *discapacidad*, sin embargo, no se analiza cómo el trabajo puede ocasionar o estar asociado con la discapacidad. Incluso es confuso si para el Manual todos los trabajadores que transitan por rehabilitación profesional tienen una discapacidad (aunque si indica que los procedimientos que en él se definen, deben realizarse a las personas con discapacidad, sin diferencia del origen de ésta).

<sup>10</sup> Con la sanción de la Resolución 3050 de 2022, esto se convierte en un punto de discusión al haberse fragmentado el derecho a acceder a los procesos de rehabilitación sin diferencia del origen, puesto que quedó cargado únicamente al SGRL.

condiciones laborales a la situación funcional del trabajador (Vásquez, 2019) y la optimización de habilidades *residuales*.

Un hallazgo importante derivado de la revisión bibliográfica se relaciona con la baja participación de los trabajadores/as en las tesis y artículos consultados, aun cuando el Manual establece que la rehabilitación profesional debe fomentar la participación de la población trabajadora. Si bien algunas investigaciones sí incluyeron sus percepciones, no lo hicieron de forma generalizada o mayoritaria, relegando sus voces frente a otros actores involucrados en el proceso. Entretanto, a nivel internacional se ha analizado el impacto de los programas de retorno al trabajo desde las perspectivas de los trabajadores y trabajadoras, evidenciando alteraciones no solo en el desempeño laboral, sino también en el ocio y el descanso. Asimismo, se han reportado consecuencias en la salud relacionadas con las intervenciones de rehabilitación profesional, como fatiga, ansiedad y depresión.

Si a nivel nacional se evidencia la baja participación, ausencia de voces o una *escucha a bajo volumen* de quienes transitan por estos procesos, la posibilidad de conocer sus experiencias, sentipensares y propuestas es aún más baja. No obstante, autores como Saonatse, De Witt & van Niekerk (2019); Smeets, Hoefsmits y Houkes (2019), Libeson et al. (2018), entre otros, nos permiten entrever que los procesos de rehabilitación profesional pueden generar sentimientos de tristeza, frustración o presión, pero también, propiciar vivencias más positivas, según la forma en que se desarrollen

Otros aspectos importantes derivados de las conversaciones con autores/as internacionales tienen que ver con que los trabajadores no se sintieron escuchados y no pudieron participar en la toma de decisiones, siendo otros actores, como los médicos ocupacionales, quienes decidían cómo y cuándo debían regresar al trabajo. Además, se reconocieron desequilibrios de poder entre empleadores y trabajadores, que generaron una sensación de vulnerabilidad en estos últimos. También se observa una lógica de Estado totalmente desaparecido.

Como podemos ver, las voces de los trabajadores y trabajadoras fueron silenciadas o escuchadas en voz baja, es decir, fueron subalternizadas para privilegiar los saberes hegemónicos de investigadores, investigadoras y profesionales que prestan servicios en rehabilitación profesional; por tal razón, proponemos adoptar un enfoque decolonial con el



que se cuestionen y desafíen las formas dominantes de entender y hacer rehabilitación profesional y que han generado exclusión, discriminación y violencia.

A través de una *metodología Otra* que invita a conversar en equidad discursiva, se llevó a cabo este hacer decolonial en el que se escucharon las voces y sentipensares de cinco trabajadores y trabajadoras que han transitado en procesos de rehabilitación profesional como receptores de servicios, para indagar sus experiencias, comprender lo que significaron y los sentimientos que les produjo, para luego, coconstruir y reflexionar Prácticas Otras, orientadas a convertirse en una herramienta que apoye sus luchas y sensibilice a diversos actores involucrados en estos procesos.

De esta forma, y en compañía de las personas invitadas a esta co-labor, es decir, junto con mis compañeros/as, se acordó responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué reflexiones emergen sobre Prácticas Otras en rehabilitación profesional, desde la escucha de las voces y sentipensares de trabajadores y trabajadoras que han transitado por dicho proceso, en la ciudad de Bogotá?

### **Episodio 3. “La verdad en singular es mentira”**

(Corona Berkin, 2017, p.93).

En la revisión de antecedentes se han documentado efectos positivos de la rehabilitación profesional para los trabajadores/as y las empresas, entre ellos: la recuperación de la independencia económica de las personas; el apoyo a su bienestar y calidad de vida; aumento de la productividad; la posibilidad de recuperar una ocupación valorada como lo es el trabajo, entre otros. No obstante, también se han evidenciado dificultades relacionadas con el temor al estigma proveniente de compañeros y jefes, inadecuados procesos de reincorporación donde la carga de trabajo y la presión laboral no se corresponden con las habilidades de la persona, falta de apoyo para un retorno seguro y amigable, bajos niveles de escucha y participación de los trabajadores/as en la toma de decisiones, etc.

Para autores como Saonatse, De Witt & van Niekerk (2019), la rehabilitación profesional puede verse favorecida si se aumenta la participación, se escuchan las percepciones de los trabajadores durante este proceso, se cuenta con un equipo multidisciplinario y se amplía el apoyo de empleadores y compañeros. Smeets, Hoefsmit y Houkes (2019) indican que “la posibilidad de reunirse con el empleador, discutir el proceso de retorno al trabajo, presentar ideas, construir objetivos y expresar expectativas, se ha reconocido como positivo y como algo que genera satisfacción en los trabajadores”.

El retorno al trabajo y los procesos de rehabilitación profesional pueden brindar tanto sensaciones de logro y bienestar, como de frustración y miedo; para Libeson et al. (2018) la diferencia radica en cómo se llevan a cabo en compañía de la persona, los empleadores/as, compañeros/as y otros/as actores del proceso. Una reincorporación que acompañe e involucre al trabajador/a como sujeto activo que puede expresar sus miedos, deseos, expectativas y donde sus propuestas sean tenidas en cuenta, mejora su motivación y compromiso aumentando el sentido positivo atribuido a sus actividades laborales (Corbiere, Renard & St. Arnaud, 2015).

Hemos mencionado algunas dificultades, pero también varias bondades y estrategias que favorecen a la rehabilitación profesional, que infortunadamente, muchas veces quedan como simples propuestas de los trabajadores o investigadores y no se

aplican tanto como se esperaría. De esta manera, consideramos importante conocer si en nuestro país la población trabajadora que transita por estos procesos se siente escuchada e integrada en la toma de decisiones. Saonatse, De Witt & van Niekerk (2019) refieren que se ha documentado poco acerca de las percepciones y experiencias de las personas, así que se evidencia la necesidad de indagar sobre sus experiencias, cómo se han sentido (sentipensares), qué han significado estos procesos para sus vidas (asignación de sentido), qué desearían proponer (Prácticas Otras inspiradas en sus voces) y cómo podrían mejorarse estos procesos teniendo en cuenta sus realidades y sus verdades.

La revisión de antecedentes nos permitió identificar ciertos vacíos, silencios (o silenciamientos) y escuchas a bajo volumen de las voces de trabajadores y trabajadoras; además, varios estudios dejan de lado los intereses y perspectivas de las personas por privilegiar otros aspectos. Consideramos que una *escucha en voz baja* de sus necesidades, expectativas, preocupaciones e ideas dificulta la participación en igualdad discursiva; además, los trabajadores/as que transitan por procesos de rehabilitación profesional muchas veces deben asumir un rol pasivo donde se toman decisiones sobre sus cuerpos y sus desempeños para el trabajo, lo que impide que emerjan Prácticas Otras que resuenen con sus verdades.

Desde la academia y las formas tradicionales de hacer ciencia se ha privilegiado la escucha de las voces y prácticas de quienes son considerados saberes expertos (es decir, las *autor-idades*), ya que son ellos quienes generan un conocimiento que se reconoce como legítimo y que representa la verdad que es aceptada. Ahora bien, dicha verdad no es la única que existe a pesar de ser la única validada. Corona Berkin dijo que "*la verdad en singular es mentira*" (2017, p.93), así que, inspirándonos en esta frase, el presente hacer decolonial deseó amplificar las voces y sentipensares de trabajadores y trabajadoras, aquellos que no se han identificado como constructores de saberes válidos para la ciencia, para coconstruir otra versión de la verdad en rehabilitación profesional.

Corona Berkin (2017) menciona que para poder comprender completamente un fenómeno social, "se deben incluir múltiples voces sobre un mismo tema" (p.101), por tal razón, a lo largo de este texto polifónico conversamos con textos de autores/as nacionales e internacionales que han explorado la rehabilitación profesional desde diferentes perspectivas, pero también, nos propusimos conversar con cinco trabajadores y

trabajadoras que han transitado por estos procesos, dialogando de forma horizontal CON ellos y ellas y entre nosotros/as para “crear juntos un nuevo discurso explicativo”, unos saberes Otros, unas Prácticas Otras (p.96).

Para reflexionar y coconstruir esos saberes Otros, consideramos que la propuesta de Palacios (retomando a Ramazzini, 2012), de hablar afablemente con la persona y teniendo comportamientos de comprensión, es una excelente alternativa. Palacios invita a la proximidad de Levinás (citado por Pelluchon, 2013) aludiendo al encuentro con el otro, al acompañamiento que posibilita la escucha y al ponernos cara a cara frente a él teniendo en cuenta sus necesidades.

La escucha y la proximidad implican un cuidar y un alejamiento del paso a paso de los protocolos médicos para dedicarnos a un singular, a alguien que es más que un cliente o un empleado, mostrando nuestro afecto, preocupándonos por él o ella, ayudándolo/a, acogiéndolo/a, entendiéndolo/a y acompañando su dolor, es decir, corazonándolo/a, tal y como lo expresa Joan-Carles Mèlich en su libro de la Ética de la Compasión (2010, referenciado por Palacios, 2016). Lo anterior nos invita a repensar las prácticas de rehabilitación profesional más allá de un protocolo establecido en un manual e involucrar Prácticas Otras inspiradas en la escucha, la reflexión, la proximidad y la empatía.

Todo lo anterior se convierte en una apuesta social, política y académica que hace posible la coconstrucción de conocimientos en esta área desde un enfoque que tensiona esa epistemología dominante, que sustenta a la ciencia y la técnica como únicos discursos de verdad validados y aceptados. Estamos hablando del enfoque decolonial, que busca la superación de prácticas extractivistas de información y transformar las relaciones de poder inmersas en los procesos investigativos y de rehabilitación profesional, de tal manera que se reconozcan los saberes de los trabajadores/as en equidad discursiva. Así que a partir de esta co-labor, se cocostroyeron saberes Otros para ponerlos en diálogo como otra versión de la verdad.

Es importante que las prácticas Otras reflexionadas aquí tengan incidencia en sus procesos de rehabilitación, por ello, una Rehabilitación Profesional Otra incluye alternativas cercanas a la realidad de la población trabajadora en Colombia y por tal razón, podría favorecer mejores resultados en los procesos y generar un diálogo entre los actores

del proceso y el Estado, para codiseñar políticas públicas que respondan a las necesidades, intereses y aspiraciones de quienes reciben servicios, promoviendo su participación y reconociéndolos como actores políticos y sociales.

## **Episodio 4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo general**

Reflexionar sobre Prácticas Otras en rehabilitación profesional, desde la escucha de las voces y sentipensares de trabajadores y trabajadoras que han transitado por dicho proceso, en la ciudad de Bogotá.

### **4.2. Objetivos específicos**

Indagar sobre los procesos de rehabilitación profesional por los que han transitado trabajadores y trabajadoras, a partir de la escucha de sus voces y sentipensares.

Comprender el sentido que otorgan los trabajadores y trabajadoras a las prácticas en rehabilitación profesional.

Coconstruir Prácticas Otras en rehabilitación profesional, amplificando las voces de trabajadoras y trabajadores, orientadas a la sensibilización de los diversos actores involucrados en este proceso.

## Episodio 5. Marco teórico

En el presente apartado se exponen algunos conceptos, perspectivas y apuestas paradigmáticas que fueron importantes para las comprensiones y reflexiones que se realizaron en este contexto. De esta forma, se habla del colonialismo y la colonialidad, para luego abordar la decolonialidad, que da cabida al enfoque que se planteó para este hacer decolonial. Luego, se alude al trabajo y cómo éste puede provocar cambios en el cuerpo, la mente y el espíritu de la población trabajadora. Posteriormente, se desarrollan los temas de discapacidad y rehabilitación profesional, y más adelante se incluye el concepto de rehabilitación emancipadora, de la cual se abordaron ciertos aspectos para la coconstrucción de Prácticas Otras, las cuales hacen su aparición en episodios posteriores.

### 5.1. Colonialismo, colonialidad y decolonialidad

En palabras de Guerrero (2010), “el colonialismo hace referencia a un momento histórico marcado por la dominación, la administración política, económica, cultural, etcétera, de determinadas metrópolis sobre sus colonias, pero que no adquirió un carácter universal y que, supuestamente, terminó con la independencia” (pp. 80-81). Las luchas en contra del colonialismo se pueden denominar como *decolonización*, o *descolonización*, que según Estermann (2014) son el proceso de independización política de una colonia, del poder colonial.

Aunque la colonialidad también inició con la conquista y se erige como un proceso de dominación, se diferencia del colonialismo porque ésta sí adquirió un carácter universal y no ha concluido, es decir, aún sigue vigente. Las luchas contra la colonialidad se visibilizan a través de la decolonialidad (Ávila Pacheco, 2010). Una de las consecuencias de la colonialidad (y de la modernidad) es que Europa se autoconstituyó como centro, un ideal o una norma que considera a otras culturas y pueblos como primitivos e incivilizados, y que, por tanto, están subordinados a ese orden hegemónico. Dicha posición eurocéntrica niega la riqueza de la diversidad y la diferencia, minimizando y silenciando “la existencia de otras formas de mirar el mundo y de tejer la vida” (p.81); el ‘universalismo’, naturaliza y legitima la superioridad de los dominadores, por lo que Europa se ha atribuido el derecho de dominar y “justificar su tarea civilizatoria sobre los ‘otros’ pueblos” (p.81).

La colonialidad opera en tres niveles, principalmente: colonialidad del poder, del saber y del ser.

**Colonialidad del poder.** Relacionada con las instituciones y sus aparatos de control; en lo político, universaliza la democracia y el régimen liberal. En lo económico, “el capitalismo se muestra como el único modelo planetario de regulación económica [... y de desarrollo]”, imponiéndose “sobre otras racionalidades y sabidurías de pueblos que no se sustentan de la acumulación de capital, sino en formas de solidaridad, reciprocidad y redistribución” (p.82). En lo religioso se considera al cristianismo como la religión verdadera, promoviendo la persecución y exterminio de otras formas de espiritualidad; en lo lingüístico, “las lenguas gringo-europeas se erigen como las únicas lenguas de conocimiento y para la producción de los discursos de verdad de la ciencia y la técnica” (p.83). En lo cultural, la expresión suprema de la civilización del mundo se establece en Europa y Occidente.

**Colonialidad del saber.** Tiene que ver con el “orden epistémico euro-gringo-céntrico dominante” (p.84), que sustenta la hegemonía y universalización de la razón, la ciencia y la técnica como únicos discursos de verdad validados y aceptados. De este modo, se silencian e invisibilizan otras sabidurías, los saberes Otros, que se encuentran por fuera de esa epistemología dominante y, por lo tanto, son vistos como saberes precientíficos; dichos saberes se consideran fenómenos exóticos que deben ser explorados por quienes hacen ciencia, donde las personas son objetos subalternados sin capacidad de producir conocimientos y cuya utilidad radica en brindar información para los expertos.

La colonialidad del saber también niega la afectividad en el conocimiento pues el corazón y los sentimientos fueron secuestrados por la hegemonía de la razón, desconociendo nuestra sensibilidad, toda vez que sentir no puede ser parte del mundo académico. La decolonización del saber se puede lograr a través del corazonar y el sentipensar, las cuales aparecen como respuestas insurgentes que tensionan la separación del sentir con el pensar y del corazón con la razón, creada por Occidente. “El Co-Razonar [...no invisibiliza la razón, sino que...] la nutre de afectividad, a fin de decolonizar el carácter perverso, conquistador y colonial que históricamente ha tenido” (Guerrero, 2010, p.11).

Mignolo (2014, referenciado por Ortiz, Arias López y Pedrozo, 2019) “devela que la colonialidad es el lado oculto de la modernidad” (p.207); en la modernidad hay un “afuera” develado por el pensamiento decolonial; ese afuera incluye formas otras de pensar, sentir y vivir diversos, no eurocentrados; sin embargo, la modernidad no los reconoce y los considera como



“atrasados” o “subdesarrollados”. El pensamiento decolonial desobedece el monopolio epistémico de la modernidad y nombra lo que ha negado y silenciado.

Mignolo también habla del pensamiento fronterizo, que nace en las periferias, “en las fronteras, en los márgenes, donde habita y transita el subalterno” y surge del pensamiento decolonial (p.210). El pensamiento fronterizo se relaciona con la noción de “pensamiento Otro”, creada por Abdelkebir Khatibi, que “se refiere a la posibilidad de pensar desde la descolonización, luchar contra la deshumanización, la existencia dominada y la no existencia” (p.211); el pensamiento otro problematiza la subalternización de los saberes “otros” que se configuran en la exterioridad de la modernidad, que ha silenciado e invisibilizado los saberes de quienes han sido colonizados.

**Colonialidad del ser.** Aquella que se instaura en “los imaginarios, la sexualidad y los cuerpos” (p.84), construyendo subjetividades alienadas que hacen más viables las otras formas de colonialidad; “se colonizan las experiencias de las poblaciones colonizadas, recurriendo a la imposición de lenguajes imperiales, la cultura y la religión (Maldonado, 2007, referenciado por Munévar, Fernández Moreno y Gómez Castro, 2019). Para el ser, se imponen modelos de cuerpos y desempeños por seguir a través del Capacitismo; además, Guerrero (2010) afirma que “una de las formas más perversas de la colonialidad del ser es la colonialidad de la afectividad, la colonialidad del corazón” (p.84).

Este autor menciona otra forma de colonialidad, la de la *alteridad*, que se expresa en la ausencia del otro, de los otros, de quienes son invisibilizados; quien esté por fuera del centro hegemónico, es decir, en las periferias, es el “otro”, por lo que “toda sociedad, pensamiento o conocimiento de los “otros”, serán vistos como obstáculo, como carencia, como inferioridad, como amenaza, como enemigo” (p.85). Decolonizar la alteridad implica “volver al otro, hacer visible su presencia y la de sus sabidurías”, dialogando y aprendiendo con el/ella, a través de una ética del amor, donde “el corazonar sea una respuesta insurgente para la decolonización de la vida” (p.85).

## 5.2. Trabajo

Trujillo (2002) define al trabajo como:

“aquellas actividades productivas, remuneradas o no remuneradas, cuya realización por parte de la persona no es opcional, sino que exige de ella cumplimiento de tiempos y

normas de ejecución, y que se distingue por su contribución a sí mismo, a otros seres humanos y al progreso social". Es una ocupación "altamente enriquecedora para los seres humanos porque hace posible el desarrollo de las capacidades y el cumplimiento de las aspiraciones individuales" (p.39).

Ahora bien, durante el desarrollo de las actividades laborales se podrían presentar contingencias que pueden afectar física y psicológicamente a un/a trabajador/a y que pueden clasificarse como accidentes de trabajo, enfermedades laborales, estados de embarazo, accidentes y enfermedades comunes, entre otros (Berrocal, et al. 2018).

Paz, Suárez & Campos Ríos (2016, citando a Marx 1986/1857) refieren que, con la llegada del sistema capitalista se desarrollaron nuevas formas de explotación laboral que imbricaron cambios en los cuerpos y la vida cotidiana; Torres Tovar (2020, citando a Engels, 1845) expone que, durante los orígenes de la Revolución Industrial se exigían jornadas de trabajo extensas durante las cuales se presentaba exposición a "condiciones fisicoquímicas, biológicas y mecánicas, sumadas al tipo de organización del trabajo", lo cual producía altas tasas de accidentalidad, enfermedad y muerte laboral (p.23).

Por otro lado, Marañón (2017) refiere que el trabajo (work) pasó de ser una actividad creativa destinada para proveer necesidades básicas y a enriquecer la vida humana, a ser empleo (job), entendido como una actividad asalariada, manual, abstracta, homogénea, vertical y subordinada, sometiendo con ella la vida humana en el marco de un patrón de poder moderno-colonial, capitalista y eurocentrado (colonialidad del trabajo).

Entretanto, Luisa Palacios (2016) abordó la relación entre trabajo y dolor haciendo énfasis en el *trabajador quemado*, en su tesis de maestría titulada "La enfermedad llamada trabajo. Una mirada bioética de nuestra condición histórica", en la cual articuló la medicina, la filosofía y la ética. La autora considera que la vida y el trabajo se fusionan, provocando cambios en el cuerpo, la mente y el espíritu de los trabajadores. Además, afirma que algunos conocedores de las problemáticas de salud de los trabajadores las han analizado desde el conocimiento técnico, dejando de lado las "comprensiones humanistas del trabajo y sus efectos" (p.2), entre ellas, aquellas que reconocen que el trabajo "más que [ser] una fuente de dinero o de pura subsistencia", es una fuente de dolor y enfermedad. Estas comprensiones abren la oportunidad de analizar desde otras perspectivas aquellos asuntos que conciernen a la vida del trabajador,

de tal manera que la intervención realizada en seguridad y salud en el trabajo no solo se dedique a atender dolencias, sino también a *escuchar* al que enferma (p.3).

La autora se pregunta si realmente puede existir un trabajador completamente sano, puesto que el trabajo se acompaña “de una serie de despojos que entregan entre otros tesoros uno de los más preciados, la salud” (p.24), además que “la salud y la enfermedad residen de manera simbiótica en quien trabaja”. Pero en la dinámica del trueque entre salud y condiciones de trabajo no solo hay *despojos*, sino también excesos, razón por la que en medicina del trabajo se habla de sobrecargas, sobreesfuerzos y sobreusos, haciendo referencia a la transgresión de los límites y al desequilibrio.

Retomando a Ocaña (1997), Palacios (2016) indica que no se puede explicar el dolor considerándolo como una “simple sensación o mera señal nerviosa en el contexto de una teoría causal de tipo psicológico o neurofisiológico” (p.28), ya que el dolor va más allá de una privación sensorial; en el dolor que se reconoce en esta investigación hay una privación de los seres cercanos al trabajador, su familia y otras ocupaciones valoradas. Esta ampliación de la perspectiva del dolor modifica la forma en la que se aborda y combate:

Meditemos en la importancia de escuchar y sentir como propio el dolor de un trabajador, contemplarlo en toda su dimensión, al fin y al cabo, es nuestro propio dolor. Examinemos ahora el dolor del trabajo que causa enfermedad y la enfermedad causada por dicho dolor. El trabajo duele no solamente por sus “peligros y riesgos”, que muestran de forma constante la cara de la patología y de la muerte. [...] El trabajo duele porque desarraiga, [...] *el trabajo duele porque silencia*, porque transforma de manera forzosa y no solo porque traumatice o hiera física o psicológicamente (p.26).

Ramazzini en su obra *Las enfermedades de los trabajadores* (1700), “insiste, en que las patologías derivadas del trabajo, aparte de las situaciones médicas, están influenciadas por los intereses de la sociedad y de sus gobernantes”; además, el trabajo trae consecuencias como el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, eventos que tienen su propio dolor; ahora bien, la expresión dolorosa de una patología de origen ocupacional tiene “el agravante de haberse generado porque los grupos humanos no han tenido mejores opciones [...]; este tipo de dolor adquiere matices globales, los de un dolor moral compartido por los trabajadores enfermos [...].

(p.55). Dicho dolor, además de ser ocasionado por el trabajo, puede apartar del trabajo, generar condiciones y roles de invalidez, separar de los seres queridos y provocar aislamiento.

Palacios remarca el término de vulnerabilidad; dice que el trabajo nos hace más vulnerables ya que es un escenario “en donde las decisiones que el trabajador toma y las que sobre él se toman están enmarcadas en este contexto; [por lo cual] no podemos ser indiferentes” (p.93); así que las acciones de cuidado emprendidas en los lugares de trabajo no deben negar esa vulnerabilidad. Para cuidar a los trabajadores y lograr el mejoramiento de su salud y prevenir las enfermedades ocupacionales, se requiere la construcción de relaciones profundas, basadas en la apertura al otro, yendo más allá del conocimiento de sus oficios, del análisis de su exposición a peligros y riesgos, de la descripción de los ambientes de trabajo y la experticia en temas técnicos, contractuales o legales (pp.97-102).

Palacios concluye que, para lograr la curación de las enfermedades ocupacionales es necesario pensar en el trabajador enfermo de forma distinta, entendiendo su relación con el dolor, no solo físico, sino también psicológico y espiritual, además de su transformación profunda de vida, la cual ha sido infiltrada por el trabajo. Dicha comprensión también es necesaria para proponer políticas laborales y de salud pública que entienden la complejidad de esta problemática y que incluyan la noción de cuidado.

### 5.3. Discapacidad

El entendimiento de la discapacidad se ha transformado a lo largo de la historia; desde el modelo de prescindencia se entendía como el resultado de un pecado, con lo cual se justificaban prácticas eugenésicas en la Antigüedad. Desde el modelo médico rehabilitador la discapacidad se asocia con las *enfermedades* y se considera que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad “siempre y cuando sean rehabilitadas y logren parecerse a las demás” (Ripollés, 2008, referenciado por Hernández, 2015); por tal razón, se prestan tratamientos dirigidos a la *cura* o la *mejora*. Es a partir del modelo médico que surge el término de la discapacidad, además del de *deficiencia*, aludiendo a la pérdida o anomalía de funciones y estructuras corporales, y *minusvalía*, entendida como la situación desventajosa de una *persona discapacitada*, en comparación con las otras (OMS, 1981, citada por Hernández, 2015).

En lo que concierne a uno de los temas principales de esta co-labor, la rehabilitación profesional, Laura Moya (2021) afirma que desde este modelo proviene “la relación de enfermedad y discapacidad que aún existe en el imaginario social” (p.61), ya que los cuerpos “discapacitados” son vistos como enfermos para justificar las prácticas médicas y de rehabilitación, puesto que requieren curarse. Esta autora también habla del saber-poder jurídico que se observa en las definiciones legales de discapacidad, las cuales se reducen en muchos casos a diagnósticos, dictámenes médicos, porcentajes -de discapacidad- y certificaciones. De esta manera, la ley establece qué se incluye y qué se excluye en la categoría de discapacidad (Campbell, 2009, citada por Moya, 2021), por lo que las personas que tienen una deficiencia - desde dicho reconocimiento médico jurídico-, cuentan como *discapacitados*. Por tanto, unas condiciones corporales se convierten en deficiencias, que existen para legitimar las prácticas médicas y jurídicas que las generaron.

A propósito, en Colombia se cuenta con el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, reglamentado por el Decreto 1507 de 2014, cuyo Título Primero se denomina “Valoración de las Deficiencias” de diversos *trastornos* y *alteraciones*. Para determinar la pérdida de capacidad laboral y ocupacional se ponderan los puntajes asignados por los calificadores/as para el Título I y el Título II.

Es importante mencionar que los rangos de calificación oscilan entre un mínimo de 0% y un máximo de 100%. Cuando una persona obtiene una calificación igual o superior al cincuenta por ciento (50%) se habla de *invalidez*; pero, si la calificación es igual o superior al cinco por ciento (5%) e inferior al cincuenta por ciento (50%), se considera que tiene una Incapacidad Permanente Parcial (IPP), por lo cual requerirá procesos de rehabilitación profesional. Ahora bien, este no es el único criterio de ingreso a dichos programas.

Por otro lado, con el Modelo Social, se entiende que “las limitaciones individuales de las personas no son el problema, sino las limitaciones impuestas por la sociedad para garantizarle las necesidades” (Hernández, p.49). Bajo este modelo se creó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), en el 2001, integrando un enfoque biopsicosocial y comprendiendo que la discapacidad está determinada por barreras físicas y sociales.

Al presente, tanto los modelos médico y social coexisten, así como el enfoque de derechos; de esta manera, en el 2006 se concreta la Convención de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad. Allí, la discapacidad es:

Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con *deficiencias* y las *barreras* debidas a la actitud y al entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (preámbulo, lit. d).

Ahora bien, el modelo social ha recibido críticas por *olvidar al cuerpo* (Pino y Tiseyra, 2019), o porque continúa con la definición de *cuerpo deficiente* y el dualismo de salud-deficiencia. Laura Moya (2021) menciona que los cuerpos con discapacidad están dominados por prácticas de biopoder que requieren de por lo menos tres condiciones: su autorreconocimiento como algo “anormal”; la aceptación de que la verdad sobre su cuerpo la tiene el discurso médico-científico, y la aceptación de la responsabilidad de su recuperación o curación (Leenen, 2013, citado por Moya, 2021).

Como formas de manifestarse críticamente a estos entendimientos, se han incorporado diversas perspectivas como la feminista, las teorías queer y crip, con las cuales se devela que el cuerpo es un espacio de lucha política, que trasciende lo biológico y se atraviesa por procesos sociales y relaciones de poder (Moya, 2021). Del mismo modo, desde los estudios críticos se tensiona la subalternización de la discapacidad y los saberes provenientes de las personas con discapacidad, ya que la creación de conocimiento no valora la diversidad de fuentes de saberes y porque “a ciertos cuerpos le son vedadas formas de saber y conocer” (Pino y Tiseyra, 2019). Además, la colonialidad ubica a las personas con discapacidad en una posición inferior e impide “un diálogo y articulación con las necesidades materiales, simbólicas, sociales y culturales” de sus luchas (Pino y Tiseyra, 2019).

Así pues, es importante evolucionar el abordaje de la discapacidad desde los enfoques tradicionales (que se centran en las habilidades y limitaciones individuales de las personas con discapacidad y en su capacidad para adaptarse a un entorno laboral específico), hacia uno decolonial, que involucra a la población trabajadora en el diseño y la implementación de los programas de rehabilitación profesional. Esto implica trabajar en conjunto para identificar las barreras y desafíos específicos que enfrentan y desarrollar estrategias para superarlas.

## **5.4. Rehabilitación profesional**

### **5.4.1. Breve recuento histórico**

Galindo (1997) refiere que las primeras instituciones dedicadas al cuidado de los *caídos en guerras* surgieron en el Renacimiento; a través de la llamada Ley de los Pobres, Europa comienza a reconocer la responsabilidad social y del Estado para la población *discapacitada*. Luego, en el S. XVIII y en medio de la Revolución Industrial se reconoció a la rehabilitación integral como estrategia para el logro de la integración social, brindando a las “personas con limitaciones igualdad de oportunidades en relación con los *no limitados*”. En 1919 y aun cuando se sigue considerando a los *discapacitados* como “personas necesitadas de asistencia y protección de por vida”, se firma el Tratado de la Paz de Versalles y se crea la Organización Internacional del Trabajo (OIT)”, la cual desde su creación ha promovido la rehabilitación profesional.

Los primeros servicios de rehabilitación profesional en Latinoamérica y el resto del mundo aparecen entre 1960 y 1975. Galindo (1997) expresa que en esa época seguía prevaleciendo “un papel pasivo del *discapacitado* como objeto y no sujeto de su rehabilitación”. En 1977 se crea el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP), el cual está conformado por “personas e instituciones interesadas en promover y orientar los principios de Rehabilitación Profesional”, vinculando a las personas con limitaciones y sus familias al desarrollo económico y social de la región. En 1995 los países latinoamericanos empezaron a acogerse al modelo político y económico neoliberal, el cual trajo consigo nuevos sistemas de organización y gerencia de las empresas, apertura comercial de las fronteras, globalización y desarrollo tecnológico, los cuales causaron cambios en la dinámica del mundo laboral y las formas de trabajar.

### **5.4.2. Comprensiones de la rehabilitación profesional**

La rehabilitación profesional/ocupacional ha sido entendida de diferentes maneras; por ejemplo, Galindo (1997) indica que:

[...] Hace parte de la Rehabilitación Integral. Se refiere a un proceso continuo y coordinado que comprende el suministro de servicios de evaluación, orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva para que la *persona con*

*limitaciones* pueda obtener, conservar y promoverse en un empleo, logrando así el reintegro de esta persona a la sociedad.

El Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales (2010)<sup>11</sup>, el cual es una herramienta que “tiene por objeto orientar la rehabilitación integral y reincorporación a una actividad productiva a los trabajadores que han sufrido un Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional [ahora, laboral] (ATEL)” (p.23), define a la Rehabilitación profesional como:

El proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral. Busca su ubicación y reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades” (p.18). Dicho proceso se lleva a cabo “para los trabajadores que tienen posibilidades de una reincorporación al trabajo” (p.48).

Franco y Ortiz (2020) expresan que el Manual de Procedimientos (2010) se convierte inicialmente en un aporte desde la academia para el Sistema General de Riesgos Laborales, que, aunque aún no está reglamentado<sup>12</sup>, es la "única fuente de reclamación a nivel judicial" sobre los procesos de rehabilitación profesional (p. 29). Además, cabe mencionar que el Manual está fundamentado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud -CIF-, por tanto, tiene un enfoque biopsicosocial. Por otro lado, con base en este Manual se establecieron varias reflexiones de este cotexto, por tal razón, es importante explicar brevemente su estructura.

El Manual organiza el proceso de rehabilitación profesional en cuatro etapas:

Etapa I: Identificación de los casos a ingresar al programa. Tiene como objetivos garantizar el acceso oportuno al programa, identificando los casos que deben ingresar. Los

---

<sup>11</sup> Este Manual cuenta con dos versiones anteriores: el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales, de los años 2002 y 2004; en el 2010 el Ministerio de la Protección Social, publicó la tercera versión, que al momento de diseñar esta tesis aún se encontraba vigente (Franco y Ortiz, 2020).

<sup>12</sup> Al presente, ya se cuenta con la Resolución 3050 de 2022 “por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Programa de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional en el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones”; sin embargo, ésta se sancionó durante la fase final de esta tesis. Por tal motivo, el análisis de este cotexto sigue basándose en la versión del 2010 del mencionado Manual.

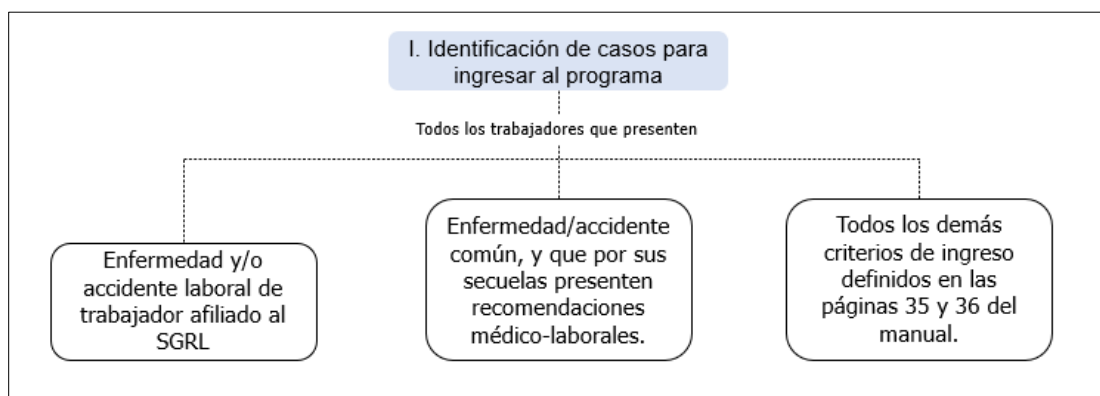


responsables son los encargados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), la IPS, ARL y EPS (Ver figura 1).

Etapa II: Evaluación inicial del caso. En esta etapa se establece el diagnóstico de la persona con base en la valoración del nivel de funcionamiento y discapacidad. Además, se analizan los requerimientos del puesto de trabajo y los factores contextuales para construir tanto el perfil ocupacional del puesto como el del trabajador/a. Luego, se define el plan de rehabilitación profesional que contempla cinco metas: reintegro laboral sin modificaciones; reintegro laboral con modificaciones; reubicación laboral temporal, reubicación laboral definitiva y reconversión de mano de obra. Esta actividad está a cargo del equipo de rehabilitación, la IPS, EPS, ARL, empresa y trabajador/a (Ver figura 2).

### Figura 1

#### Identificación de casos para ingresar al programa



*Nota.* Elaboración propia con base en el Manual de Procedimientos.

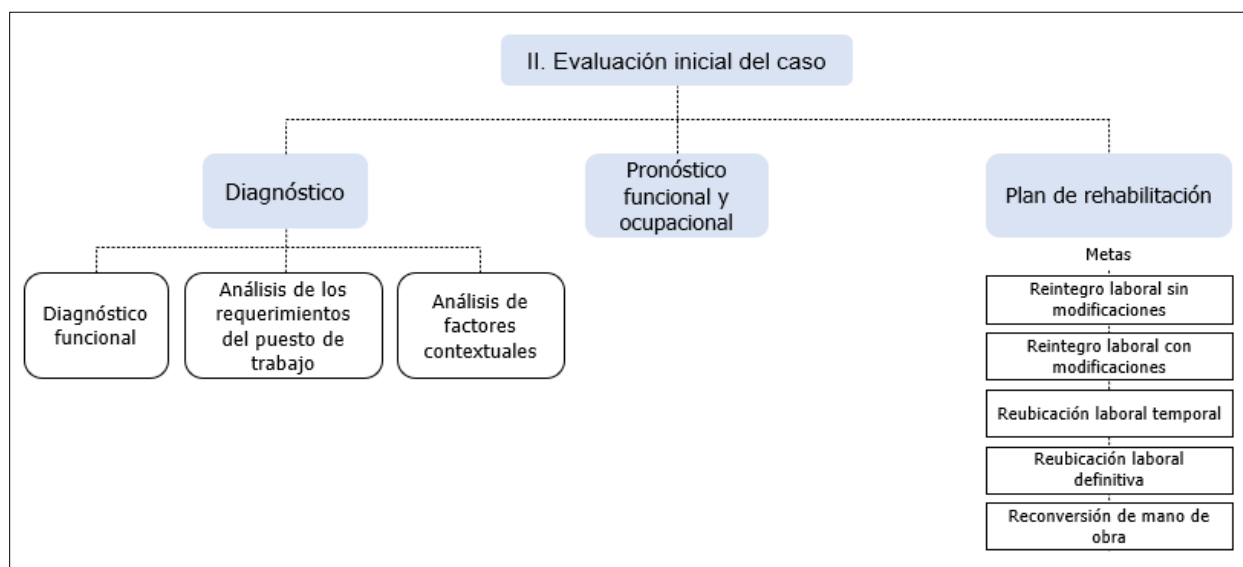
Etapa III: Desarrollo del plan de rehabilitación. Se ejecutan las intervenciones científicas o técnicas para la reincorporación ocupacional de la persona. En la rehabilitación funcional se busca recuperar la máxima función o compensar habilidades perdidas; mientras que en la profesional, se persigue la reincorporación al trabajo, promoviendo actitudes, hábitos laborales y destrezas para facilitar el desempeño en la empresa. Además, se realizan la adaptaciones y modificaciones tanto al puesto como al ambiente de trabajo (Ver figura 3).

Esta etapa incluye la aplicación de una *prueba de trabajo*, que permite verificar el desempeño en el puesto seleccionado en la etapa anterior. Si se cumplen las metas y objetivos

definidos, se puede hacer un cierre de caso. El Manual establece la participación del trabajador/a y la conformación de equipos transdisciplinarios; además, indica que el plan debe informarse a la persona, a su familia y a la empresa.

## Figura 2

### Evaluación inicial del caso



*Nota.* Elaboración propia con base en el Manual de Procedimientos.

Etapa IV: Retroalimentación al sistema. Incluye la sistematización de las actividades de seguimiento realizadas al trabajador/a, por medio de evaluaciones del desempeño ocupacional y los informes presentados por el Ministerio de Protección Social -ahora Ahora, Ministerio de Salud y Protección Social- (Ver figura 4).

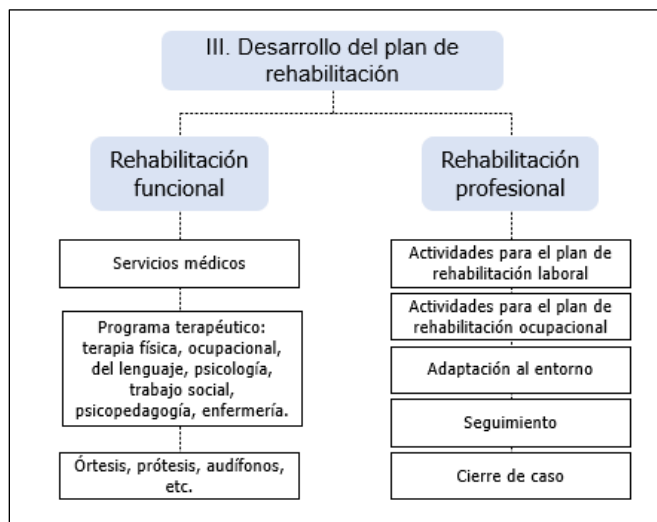
De manera general, se evidencia que la rehabilitación profesional o reincorporación ocupacional se entiende como el proceso que se lleva a cabo cuando un trabajador presenta una alteración en su estado de salud que provoca dificultades en el desempeño laboral; por tal razón, se emprenden esfuerzos para que pueda retornar a su trabajo adaptando las tareas o el puesto de trabajo, con el ánimo de que se puedan ajustar a sus capacidades actuales o *residuales*.

Autores como Guzmán-Suárez (2019) indican que la rehabilitación integral debe tener en cuenta todas las acciones de evaluación, intervención y seguimiento contempladas en el Manual, priorizando el trabajo interdisciplinario y fortaleciendo la labor de profesiones como la terapia

ocupacional, que realiza procesos de valoración holísticos en compañía de la persona para llevar a cabo estrategias exitosas y dando cumplimiento a lo establecido en la normatividad.

### Figura 3

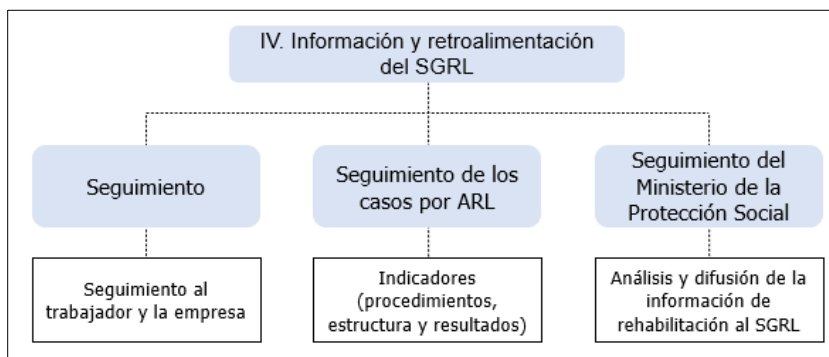
*Desarrollo del Plan de Rehabilitación.*



*Nota.* Elaboración propia con base en el Manual de Procedimientos.

### Figura 4

*Información y retroalimentación del SGRL*



*Nota.* Elaboración propia con base en el Manual de Procedimientos.

#### 5.4.3. Rehabilitación Profesional Vs. Rehabilitación Emancipadora

Gómez (2018) refiere que “los escenarios y prácticas de rehabilitación conforman espacios y quehaceres comunes” a las personas con discapacidad -y a quienes habitan una

condición de salud que requieren este tipo de procesos- (p.1). Dichas experiencias se configuran principalmente por la dominación de los cuerpos bajo los intereses del modelo médico y el capacitismo.

El capacitismo privilegia al cuerpo normal, bello y capaz, el cual es entendido como un ideal o estándar al que las personas deben aspirar; quien no se ajuste a dicho canon de funcionalidad y estética, es considerado como anormal o indeseado y, por tanto, es reprimido (Campbell, 2001). “La discapacidad entonces, se presenta como un estado disminuido de ser humano” (Campbell, 2001, p. 44), por tal razón, la discapacidad es un *problema* que se debe *solucionar*, entre otras formas, a través de la rehabilitación (Campbell, 2008/2015).

Ahora bien, la rehabilitación es un proceso dirigido por profesionales de la salud que realizan intervenciones para recuperar habilidades debilitadas o perdidas, además de generar nuevas, con el fin de que las personas que transitan por estos procesos puedan llevar una “vida normal” (Gómez, 2018), disciplinando los cuerpos “anormales” o “desnormalizados” según el modelo médico.

Desde ese enfoque, las prácticas de rehabilitación involucran dinámicas de colonización de los cuerpos y sus desempeños puesto que se “niega, invisibiliza o subordina la voz de la persona” (p.7) dejando de lado sus motivaciones o expectativas. Así pues, todas las decisiones que se toman en el proceso están a cargo de quienes poseen un saber “técnico”, ignorando los saberes de quienes encarnan las experiencias.

Además, “las prácticas de rehabilitación han sido definidas, a nivel político y de instituciones de salud, bajo un consenso profesional por fuera del control del sujeto con diversidad funcional/corporal” (p.7), generando subordinación, marginación, exclusión y discriminación “a nivel social, laboral, educativo, cultural, entre otros”<sup>13</sup> (Gómez, 2018, p.7).

La rehabilitación profesional no está exenta de estas prácticas puesto que entre sus objetivos se encuentran el conocer cuál es la *capacidad productiva* de una persona con discapacidad o que habita una condición de salud, para determinar qué puesto de trabajo es el

---

<sup>13</sup> Esta es una de las críticas más fuertes que se realizaron tras la sanción de la Resolución 3050 de 2022, “por la cual se adopta el Manual de Procedimientos del Programa de Rehabilitación Integral para la reincorporación laboral y ocupacional en el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones”, ya que fue muy débil la participación de los trabajadores/as en su consolidación.

más adecuado según sus habilidades actuales o residuales y desarrollar adaptaciones evitando que “suponga un coste para la empresa”, etc. Alzate *et al.*, (2016) refieren que en dichas prácticas se privilegia el desempeño ocupacional normal y funcional (ya que se asume que éste no representa gastos adicionales para las empresas, mientras que las personas que transitan por procesos de rehabilitación profesional sí) y se busca que sus capacidades se adapten a las exigencias de un cargo y que vuelvan a ser productivas, a través de procesos de rehabilitación (pp.4-5).

Gutiérrez (2014) expresa que la rehabilitación busca recuperar la capacidad y normalizar lo corporal como fuerza de trabajo de los *lesionados* para que no significaran costos a la sociedad. Del mismo modo, Gómez (2018) refiere que la discapacidad devela que el sistema capitalista convierte a las personas y sus cuerpos en mercancías, en fuerza de trabajo, en consumidores y objetos de consumo; desde esta perspectiva, se construyen diferentes nociones de cuerpo con las cuales se justifican diversas prácticas para normalizarlos, entre ellas:

Cuerpo mercancía, máquina y recurso humano: el cuerpo es asimilado como una máquina, en la cual “la discapacidad equivale a la pérdida de capacidades y habilidades necesarias para el desenvolvimiento como un individuo productivo” (p. 158). Para este tipo de cuerpo, la rehabilitación busca reparar, mantener, sustituir, reutilizar, entre otros.

Cuerpo – frontera entre la inclusión y la exclusión: el cuerpo se convierte en un “marcador de identidad en relación con el mundo normal” (p. 159); la discapacidad conlleva la suspensión temporal o definitiva del proyecto de vida, así que la rehabilitación será el medio para retomarlo y como ruta para la inclusión social, principalmente, en el mundo de la productividad laboral.

Cuerpo unidimensional: el cuerpo es un producto defectuoso para el cual se aplican procedimientos con el fin de rehabilitarlo; la discapacidad se entiende como “la incapacidad del individuo para tomar decisiones” (p. 168) y, por tanto, las metas de intervención son establecidas por un saber experto. De esta manera se lleva a cabo una “*pedagogía bancaria*”<sup>14</sup>, que reproduce

---

<sup>14</sup> Término utilizado por Patricia Gómez (2018) haciendo referencia a la práctica que fragmenta el cuerpo y el espíritu, subordinando la autonomía moral por la autonomía física -entendida como lo orgánico-funcional-; por lo cual, la relación con las personas está mediada por intervenciones terapéuticas en las que se reproduce un desequilibrio de saber-poder, pues las decisiones (sobre los cuerpos y desempeños) son tomadas por un/a especialista, dejando de lado las motivaciones y puntos de vista de la persona.

el desequilibrio de poder-saber a través de la relación terapéutica” (p.168) y la persona es considerada como un receptor pasivo de servicios.

Con base en lo anterior, la rehabilitación profesional se constituiría en una especie de *terapia unidimensional*, en la que se jerarquiza lo laboral sobre otras dimensiones del desarrollo humano y personal, y, por tanto, busca “producir cuerpos productivos”.

La lectura de Gómez (2018) y su entendimiento sobre la rehabilitación profesional como estrategia para asegurar “la custodia del valor de la mercancía-cuerpo, y se evite su depreciación” (p.190), abre la posibilidad de analizar el trabajo y la rehabilitación profesional desde otras perspectivas. Como postura crítica a una rehabilitación capacitista, Gómez (2018) habla acerca de la *rehabilitación emancipadora*, para la cual “las capacidades no serían, entonces, solo lo que alguien puede hacer, sino aquello que ha construido o ha apropiado desde sí mismo y por sí mismo en su proceso o ciclo vital, que dan el sentido y disfrute de la realización personal” (p. 54).

Laura Moya (2021) indica que para interpelar la dicotomía *salud-deficiencia* se debe desanclar a los cuerpos como objetos de la ciencia médica y entenderlos como espacios de insurgencia que se resisten a las relaciones de poder; es aquí donde las prácticas emancipadoras no se centran en la estructura, ni niegan las particularidades, las vivencias y las emociones, sino que “hablan de experiencias, de cuerpos vividos y de prácticas cotidianas encarnadas” (p.71). Una superación de las prácticas de saber poder en rehabilitación es abrir las epistemologías desde el conocimiento del cuerpo y las experiencias encarnadas, que de por sí, ya son políticas, “sin universales hegemónicos y sin búsquedas incesantes de ideales dominantes inexistentes” (p.72).

Del mismo modo, la rehabilitación emancipadora prefiere ser medio para el desarrollo de las metas existenciales y el proyecto de vida de cada persona, que definirle metas desde unos protocolos, por lo que se aleja de considerar a la rehabilitación profesional como la aplicación de un paso a paso sobre los cuerpos y los desempeños (Gómez, 2021). Entretanto, reflexiona de manera crítica el statu quo (la realidad del sistema de salud, de riesgos laborales; el contexto social, económico, normativo; las barreras) del proceso de rehabilitación profesional e integral. Asimismo, comprende las necesidades, intereses y expectativas, trascendiendo “la evaluación y

registro de metas, logros y dificultades, centrados en la lesión” (p.177), propiciando el autorreconocimiento de capacidades que la persona hace desde su ser-sentirse-capaz.

Dicho autorreconocimiento no solo de las capacidades, sino también de la autonomía de las personas, favorece la coconstrucción en equidad de objetivos, metas y estrategias, en donde la voz del Otro hace copresencia y se hace posible una *correlación terapéutica*. “La verdad sobre lo que le pasa a alguien” (p.182) y lo que se debe hacer, se establece en un diálogo de saberes que respeta la singularidad humana. Más que direccionarse hacia un *recuperar* como imposición de un modelo médico, se deben priorizar los deseos de la persona y buscar un *reconstruir* desde el “sentir distinto de la compleja unidad corporal” (p.184).

## Episodio 6. Apuesta metodológica

Estimado lector/a, este capítulo contiene la apuesta metodológica<sup>15</sup> que como mediadora decolonial puse a consideración con mis compañeros/as de co-labor. A medida que avanza en la lectura podrá entender a qué hacemos referencia cuando mencionamos la palabra *mediadora*, quiénes son los *compañeros/socios (as) de co-labor* y por qué hablamos principalmente de un hacer decolonial; sin embargo, en algunas ocasiones utilizaremos la palabra “investigación”, respondiendo principalmente a temas de redacción.

### 6.1. ¿Qué es una *metodología Otra* o proceso decolonial?

Antes de responder a esa pregunta, me parece importante rescatar lo dicho por Ortíz y Arias López (2019) cuando refieren que la investigación y sus metodologías son términos coloniales; citando a Leyva y Speed (2008) expresan que “toda investigación coloniza” (p.6), puesto que en la mayoría de los casos el investigador saca información y “configura los conocimientos al margen de los investigados y estos no participan del proceso investigativo, ni de los resultados, ni de la escritura científica” (Stavenhagen, 1971, citado por Ortiz y Arias López, 2019, p.4); además, la información extraída se utiliza principalmente para fines personales o académicos y no contribuyen a las luchas emprendidas por los sujetos que fueron investigados (Marimán, 2005, citado por Ortiz y Arias López, 2019, p.7).

Con base en lo anterior, estos autores nos hablan del giro decolonial de la investigación que permite argumentar y defender formas otras de vivir y experimentar los saberes; una investigación decolonial (término que más adelante se tensionará) pretende superar la colonialidad del saber y la naturaleza extractiva y explotadora de las investigaciones, reconociendo a los sujetos y su derecho a tener voz (Leiva y Speed, 2008; Ortíz y Arias López, 2019). Para Leiva y Speed (2008 referenciando a Santos, 2005) dicha investigación posibilita enfrentar la racionalidad indolente que asume al conocimiento científico como más valioso y legítimo que el producido por los actores sociales y favorece “producir análisis académicos más ricos y profundos a través de la experiencia de *co-labor*” (p.35).

---

<sup>15</sup> Lo coloqué como “apuesta” porque propuse unas estrategias metodológicas, o mejor, acciones decoloniales, a mis socias/os de co-labor para que fueran *negociadas* y acordadas entre todos. Por otra parte, Ortíz, Arias López y Pedrozo (2018) refieren que “toda metodología es colonizadora” (p.188), y por lo tanto, consideran que el término *metodología decolonial* es contradictorio. No obstante, indican que “se necesita una metodología ‘otra’ que propicie un proceso investigativo decolonizante”, que configure una nueva narrativa y una nueva forma de hacer ciencia (p.178). De esta forma, recomiendan utilizar términos como “proceso” o “metodología ‘otra’”, la cual se configura como “otra opción, tan válida como las existentes” (pp.178-179).



La decolonialidad de la investigación incluye la transformación de su nombre, por ello Leiva y Speed (2008) y Ortiz y Arias López (2019) manifiestan que no es lo mismo decir investigación que *hacer decolonial* [o co-labor]; no es igual decir metodología decolonial que *proceso o metodología Otra*; es diferente decir métodos o técnicas de investigación que *acciones decoloniales*; no es lo mismo decir investigador que *mediador/a decolonial* y no es semejante decir sujetos de investigación que *compañeros/as de co-labor* o socios.

Ahora bien, en un hacer decolonial los mediadores nos observamos, nos escuchamos, nos sentimos con los otros (es decir, sentipensamos), conversamos afectivamente y damos lugar a un *diálogo de saberes entre iguales, configurando sabidurías decoloniales*. En nuestras conversaciones cuidamos, acogemos y corazonamos al Otro y con el Otro, mientras coconstruimos saberes sin establecer relaciones jerárquicas ni ejercer poder, es decir, de manera *horizontal*. La reflexión también la hacemos en conjunto a través del entrelazamiento de discursos, testimonios y experiencias encarnadas; en una co-labor todos reflexionan sobre sus saberes, sentires, prácticas y su resultado “es la emergencia de Prácticas Otras de vida, formas otras de sentir, hacer, conocer y amar” (Ortiz, 2017a, 2017b, 2017c; Ortiz, Arias y Pedrozo, 2018a, 2018b, citados por Ortiz y Arias López, 2019).

## 6.2. ¿Cómo logramos una metodología Otra?

Para responder a esta pregunta acudimos a la metodología minga propuesta por Riaño (2012) y su estrategia de la codeterminación, entendida como la inclusión de las voces de los participantes (socios/as) en el establecimiento de metas, recolección de datos, enfoques, categorías de análisis e interpretación de los resultados. La investigación se convierte en un proyecto cooperativo donde las personas, sobre todo los compañeros/as de co-labor inciden en estas decisiones, promoviendo la toma de codecisiones; a pesar de lo anterior, “la codeterminación total es una utopía” (p.156) y no siempre se pueden superar todas las asimetrías en los procesos de investigación; sin embargo, debemos esforzarnos por lograr una representación de todas las voces participantes a lo largo del proceso, sin que ello signifique que todos los socios deban encargarse de todas las tareas, o de la misma forma.

Es así como, aunque para el presente hacer decolonial se tenían unas propuestas de nombre y objetivos, éstos se consultaron y conegociaron con los/las compañeros de co-labor

durante las conversaciones significativas y el laboratorio, de los cuales hablaremos más adelante.

### **6.3. Escucha de voces y sentipensares**

*“Decir una palabra es ponerle voz, darle voz. Hacerla escuchar.  
Y la voz está en el cuerpo, está encarnada”.*  
(Skliar, 2016, referenciado por Torres Sandoval, 2017, p.118).

Para Torres Sandoval (2017) “escuchar es recepcionar la voz de otro” (p.89), un Otro que tiene nombre, que existe y está presente; además, si hablamos de escuchar será pertinente pensarnos en conversar. Según este autor la palabra conversación:

viene del latín *conversatio* y está formada del prefijo *con-* (reunión), el verbo *versare* (girar, cambiar, dar muchas vueltas) y el sufijo *-tio* (acción y efecto). Entendemos la conversación como la “acción y efecto de reunirse a dar vuelta” en medio de un grupo que se reúne (*con-*) a exponer diferentes puntos de vista, pero con el ánimo de cambiar (*versare*) su propio punto de vista o el de los demás. (Etimologías Latín, 2017, p.62).

Giraldo Serna (2015) refiere que el escuchar es una forma respetuosa y cuidadosa para dar lugar a lo que otra persona tiene por compartir; el acto de la escucha se convierte en una apuesta metodológica y epistemológica en cuanto reconoce diferentes formas de narración.

Para los sentipensares, se indagó cómo se sintieron los compañeros y compañeras de co-labor durante sus experiencias en rehabilitación profesional; lo que significaron estos procesos y lo que pensaron al respecto. Para esto, quisimos aproximarnos al sentido atribuido, que se relaciona con las percepciones internas derivadas de la experiencia de participar en una ocupación (Mogollón, 2013), el valor personal asignado que se construye desde las experiencias sensoriales, afectivas, motoras, cognitivas, sociales y espirituales (Irizar, 2008, citado por Bravo, Camelo y Zúñiga, 2011; Mogollón 2013, p. 43).

#### **6.3.1. ¿Qué se escuchó en las conversaciones?**

Las voces de las personas, las cuales se convierten en narraciones llenas de deseos de conversar y hacer cosas juntos; “son un concierto infinito de palabras que salen de los cuerpos

y se hacen presentes” (Torres Sandoval, 2017, p.109), por tal razón, “escuchar la voz es reconocer la existencia que habita en un cuerpo de un/a otro/a, que no soy YO y que como dice Skliar ya existía antes de mi llegada” (p.71). También se escuchan los sentipensares, es decir, las emociones y pensamientos que emanan tanto del tema que convoca al encuentro, como el encuentro mismo; cuando sentipensamos, corazonamos el conocimiento que cocreamos.

El presente hacer decolonial escuchó las voces y sentipensares de trabajadores y trabajadoras que han transitado por procesos de rehabilitación profesional; siguiendo lo mencionado anteriormente propusimos hacerlo desde las conversaciones, pero no cualquier tipo de conversación, sino más bien desde las conversaciones decoloniales, aquellas que responden al llamado de las metodologías horizontales que acogen al Otro a través de la hospitalidad, la proximidad y la empatía; estas conversaciones son un acto cálido, cercano y son una excusa para el encuentro. Esta apuesta metodológica puso de relieve el deseo de construir conocimiento mutuo acogiendo diferentes saberes y múltiples versiones de verdad (en este caso, las de los trabajadores y trabajadoras), y se apartó de esa creencia occidental y eurocéntrica de mantener el sentimiento separado del pensamiento (Corona Berkin, 2017). No tratamos de “hablar SOBRE el otro, sino de llegar al diálogo CON el otro” (Kaltmeier, 2012, p.44).

Pero ¿las conversaciones se pueden considerar como un método de investigación? Sí, y para defender esta idea nos permitiremos retomar nuevamente a Torres Sandoval (2017, citando a Jaramillo, 2006) quien indica que “entre las conversaciones se ha entretejido una apuesta investigativa para habitar la pregunta, una oportunidad para hacer cosas juntos” (p.16). Por otro lado, Kaltmeier (2012) agrega que la investigación implica encuentros en tanto la investigación es un fenómeno dialógico, es decir, coconstruido *a varias voces* y a través del cual se busca el conocimiento mutuo. En otras palabras, el conocimiento se produce en la conversación, en ese encuentro con el Otro.

#### **6.4. ¿Qué conocimiento se construyó a través de las conversaciones horizontales?**

Uno relacionado con las Prácticas Otras en rehabilitación profesional; aquellas que provienen de las experiencias encarnadas de las personas. Durante la conversación con los textos de autores y autoras (las *autor-idades*) en la revisión de antecedentes, encontramos que las voces y sentipensares de trabajadores y trabajadoras se han silenciado en varias ocasiones,

privilegiando las voces y posturas de investigadores/as que fungen como los saberes expertos y cuyo conocimiento es el único que se valida.

### **6.5. ¿Qué son las Prácticas Otras?**

Son prácticas decoloniales “que generan conocimientos ‘otros’” (Ortíz, Arias López y Pedrozo, 2018, p.192). Permiten configurar formas alterativas de pensar y hacer ciencia, provenientes de quienes han estado subalternizados; por tanto, las Prácticas Otras nacen de conocimientos no hegemónicos (Vallejo, 2017). Para el caso de la rehabilitación profesional, las Prácticas Otras se coconstruyen desde las voces de los trabajadores y trabajadoras, entendiendo la pluralidad de sus realidades (Vallejo, 2017).

Las Prácticas Otras desean visibilizar las verdades que provienen de sus experiencias, expectativas y deseos; son Otras porque no hablan DE ellos -los Otros- sino que se reflexionan CON ellos y ellas por medio del amor, el respeto y el cuidado (Ortíz Ocaña, 2019). Las Prácticas Otras permiten reconocer a los compañeros/as de co-labor como Otros-yo, con quienes se conversa afectivamente entre iguales (Ortíz, Arias López y Pedrozo, 2018).

Las Prácticas Otras no pretenden ser superiores a otras propuestas en rehabilitación profesional ni pretenden desconocer otros conocimientos, por el contrario, buscan dialogar con ellos; en fin, son Otra opción, igual de válida como las existentes (Ortíz, Arias López y Pedrozo, 2018, pp. 178-179).

### **6.6. ¿Cómo nos encontramos para escucharnos?**

Para el presente hacer decolonial indagamos sobre las experiencias que han tenido cinco trabajadores y trabajadoras en rehabilitación profesional, comprendiendo además los sentidos atribuidos a dichos procesos. Las Prácticas Otras se reflexionaron y construyeron a partir de la escucha de esas voces y sentipensares, tanto en encuentros individuales como colectivos que se expondrán a continuación:

#### **6.6.1. Conversaciones significativas**

Retomando el tema de los sentidos atribuidos, entendidos como el valor asignado a lo que una persona hace y que consideran la importancia o trascendencia que una ocupación tiene

para alguien, me permití proponer como estrategia aplicada para este hacer decolonial a las *conversaciones significativas*. Estas conversaciones entre mediadora y cada uno de los compañeros/as de co-labor incluyeron alguna acción, lugar u objeto significativo -cargados de sentido- para las personas a lo largo de los encuentros.

¿Por qué proponer una conversación significativa? Porque no es lo mismo tener una conversa mediada por preguntas, respuestas y reflexiones a *palo seco*<sup>16</sup> que, una conversa acompañada de un café, una fotografía especial o realizando una caminata (u otra actividad importante o que genere confianza y comodidad para cada persona). Además, los haceres decoloniales invitan a reconocer los lugares de enunciación, por lo que cabe mencionar que además de mediadora soy una terapeuta ocupacional que habla de, e incluye en sus intervenciones a las ocupaciones significativas, es decir, con sentido, por lo cual siento el llamado de no olvidar esta parte tan trascendental de mi historia. Del mismo modo, las conversaciones significativas apostaron por ser un estilo de conversaciones horizontales, aceptando las invitaciones de una metodología Otra.

Las conversaciones significativas correspondieron a la primera fase del hacer decolonial en campo; a través de estos encuentros pretendimos dialogar con cinco trabajadores y trabajadoras sobre sus experiencias encarnadas en rehabilitación profesional y los sentidos/sentipensares atribuidos a dichos tránsitos. Tuvimos en cuenta unas preguntas pretexto para motivar la conversa, pero más que una dinámica de pregunta-respuesta, buscamos acercarnos a un tejido narrativo que se construyó en el encuentro (Castellanos, 2019). Dichas preguntas están registradas en el Anexo 3.

### **6.6.2. Colaboratorio**

Inspirándome en la metodología minga de Yvonne Riaño (2012) propuse como segunda fase del hacer decolonial aplicado, un intercambio grupal en el que se analizaron los resultados de las conversaciones significativas. Esto implicó que después de cada conversa cara-a-cara, yo como mediadora transcribí, sintetice y analicé la información, es decir, continué conversando con los textos para luego socializar los resultados de los primeros diálogos, en la juntanza. Allí, CON los compañeros/as de co-labor hicimos reflexiones, críticas, síntesis y comentarios.

---

<sup>16</sup> Expresión popular que hace referencia a realizar algo sin ningún acompañamiento (alimento, bebida u objetos), con el ánimo de amenizar dicho suceso.

Propuse llamar a este encuentro como *colaboratorio* por varias razones: a) estamos en un ejercicio de co-labor; b) colabor-atorio supone un interesante juego de palabras que tensiona y resignifica lo que tradicionalmente se conoce como laboratorio, aquel lugar donde se experimenta con objetos (incluyendo a las personas) y se practica la ciencia hegemónica y validada; c) en los laboratorios tradicionales se llevan a cabo búsquedas empíricas para comprender la realidad mediante acciones unilaterales [del investigador] (Giebeler, 2019, pp.139-140), quien se apodera de la verdad y se convierte en una autor-idad del conocimiento (Pinto Passos y Ribes Pereira, 2012); por el contrario, en nuestro colaboratorio estuvimos comprometidos/as con un ejercicio horizontal donde no experimentamos con nadie, sino donde confluyeron diferentes saberes a través de la presencia discursiva del otro. En nuestro colaboratorio seguimos coconstruyendo conocimiento relacionado con las Prácticas Otras en rehabilitación profesional, haciendo eco, amplificando nuestras voces, acompañándonos, corazonando y sentipensando.

¿Qué se realizó en el colaboratorio? Hicimos “una búsqueda [por] salir de los centros de poder investigativos para encontrar otras formas de investigar no sobre, sino con los ‘investigados’” (Giebeler, 2019, p.135); en nuestro colaboratorio la comprensión estuvo basada en el acercamiento, la ética del diálogo, el respeto, el reconocimiento y las autorreflexiones (Giebeler; Castellanos, 2019). Continuando con la metodología minga de Riaño (2012), el encuentro grupal tuvo el objetivo de trascender la mera extracción de la información y propiciar la cocreación y expansión de conocimiento. Para esto, los compañeros/as y la mediadora narraron parte de las historias y se efectuó el análisis colectivo de las experiencias individuales; de esta manera, “las personas intervienen en el análisis de sus propias experiencias y de los otros compañeros. Se amplificó el conocimiento sobre su propio camino y los caminos seguidos por las otras personas” (p.151); pudimos evidenciar entonces que es posible amplificar el conocimiento, amplificando las voces de todos los socios y socias de la co-labor.

En el colaboratorio compartí mis conversaciones, interpretaciones y reflexiones con las personas y los textos coproducidos, para que entre todos los presentes realizáramos un análisis crítico de dichos resultados preliminares; esto favoreció la copresencia de nuestras voces (Fabian, 1983, citado por Kaltmeier, 2012); asimismo, entre todos los socios de investigación codeterminamos las categorías de análisis “para disminuir la desigualdad de poder de representación” (Riaño, 2012).

Es importante mencionar que durante las conversaciones significativas hice la invitación a cada compañero/a para que pensara cómo le gustaría enunciarse y representarse en este texto coconstruido a varias voces. Por supuesto, estas propuestas se compartieron en las primeras conversas y se escucharon las apreciaciones de los compañeros/as de co-labor para favorecer la toma de decisiones.

### 6.7. ¿Cómo se escuchó?

*“Escuchar al otro no es una facultad, una intención, ni una capacidad orgánica, tampoco es una práctica ajustada a la teoría de las voces o a las etnografías del habla: debe ser una decisión política” (Rufer, 2012, p.75).*

Propuse escuchar con perspectiva ética; Aranguren (2008) nos dice que la escucha ética nos permite “entrever que las narraciones del otro, con sus silencios, sus huecos y sus vacíos, irrumpen también en la conciencia ética de quien los escucha” (p.21). La relevancia ética de la escucha rompe con la subjetividad del juicio y “la supuesta autoridad que dispondría de los criterios para calificar el grado de verdad que entraña cada testimonio” (p.24).

La ética de la escucha entiende que los testimonios son coproducidos por quien cuenta y por quien escucha; contempla la confianza entre el oyente y el hablante mediante la construcción de relaciones de proximidad y cercanía (Torres, 2015, referenciado por Giraldo Serna, 2015). Tales relaciones de proximidad son posibles a través de las comprensiones emocionales derivadas de la escucha, del entendimiento de la trayectoria de la otra persona, de su experiencia encarnada y el reconocimiento de sus relatos, superando “la escucha arrogante del superior y la escucha servil del inferior” (Barthes, 2002, citado por Giraldo Serna, 2015, p.45).

### 6.8. ¿Cómo comprendimos y comunicamos lo conversado?

*“Cuando solo el científico es el responsable de la producción de conocimiento, este es unilateral y monológico; “hay un único sujeto: aquel que practica el acto de cognición (de contemplación) y habla (se pronuncia). Delante de él hay una cosa muda” (Pinto Passos y Ribes Pereira, 2012, p.164).*

De la Peza Casares (2012, citando a Steiner, 1995) menciona que cuando los investigadores/as hablan SOBRE la comunidad que estudiaron y cuando comunican al ámbito académico los resultados de sus investigaciones, utilizan un método denominado *traducción*; en este método se trasladan (o transforman) los sentidos de lo referido por las personas a un lenguaje técnico, es decir, “se traduce la cultura investigada al lenguaje científico” (p.185). Así pues, el investigador es un traductor y productor de explicaciones basadas en las narraciones del otro (Corona Berkin, 2017); no obstante, se incurre en una violencia cuando el conocimiento que se produce a través de la traducción científica contempla una única versión de la verdad y además se le considera como objetiva, puesto que la perspectiva monológica del investigador y el uso del lenguaje científico se presentan como universales.

Ahora bien, la investigación horizontal también enfrenta el reto de lograr la comprensión y la comunicación a través de la traducción al lenguaje aceptado por la academia, pero, la diferencia radica en que una *traducción horizontal* “no [es] universalizante, homogenizadora ni unívoca, respetando la singularidad de los interlocutores” (p.186). Una traducción horizontal se deja habitar por el habla de las personas y “respeto el sentido del habla de partida [en este caso, de los/las participantes de la co-labor] al trasladarla al habla de destino -el lenguaje académico-”; sin embargo, De la Peza Casares (2012) aclara que esta traducción no consiste en transcribir literalmente todo lo dicho por los sujetos, sino que procura ser un intento de comunicación entre las experiencias encarnadas y las ciencias. En la traducción horizontal la comprensión no es monológica, sino mutua y polifónica.

Con base en lo anterior, queremos decir que los resultados y las comprensiones de esta co-labor no se limitaron a transcribir literalmente los discursos de los compañeros/as, sino que también incluyeron sus reflexiones, las mías y las nuestras; pasamos “de la violencia interpretativa a la hospitalidad lingüística” (De la Peza Casares (2012, p.204), ya que no fui yo quien habló SOBRE los trabajadores/as y sus experiencias en rehabilitación profesional, sino que hablé CON ellos/as y hablamos entre nosotros; el saber que se coconstruyó no se acredita como mío de manera exclusiva, sino que corresponde a una autoría colectiva, a varias voces (Corona Berkin, 2017; Fortuny Loret de Mola y Solís Lizama, 2019).

## 6.9. ¿Cómo reflexionamos lo dicho?

Riaño (2012) señala que, por una parte, la reflexión se desarrolla y profundiza a través de las conversaciones personales; para esto, formulé algunas preguntas pretexto que fueron



revisadas y aprobadas por mis compañeros/as de conversa, quienes luego procedieron “a reflexionar y a realizar su recuento” (p.151). Luego, entre dialogantes hicimos un balance analítico de los temas. Por otra parte, Rebeca Pérez Daniel (2012) indica que la reflexión del texto y su sentido está en la visibilización de voces distintas “que se posicionan frente al otro sin tratar de definirlo, sino intentando esclarecer su propia visión sobre una temática de interés común”, que para esta co-labor fue la rehabilitación profesional. En este tipo de autoría no hay una única verdad que develar sino posturas que comprender (pp.218-219).

#### **6.10. ¿Quiénes estuvieron invitados a ser compañeros/as de co-labor?**

*“Y es que sin confianza no se puede ir a fondo, se imposibilita escarbar en las motivaciones que no aparecen con tan sólo una pregunta y respuesta honestas” (Castellanos, 2019, p.30).*

En términos investigativos tradicionales, para *elegir* a los compañeros/as de co-labor se hablaría de una muestra con propósito o muestreo por conveniencia, pero para nuestro caso, preferimos basarnos en lo referido por Pinto Passos y Ribes Pereira (2012) con respecto a la *familiaridad*; para estas autoras el hecho de que el investigador/a y sus interlocutores compartan una historia en común es algo benéfico: “esa historia nos dice que entre ambos hay una relación de alteridad que preexiste a la relación de investigación” (p.178). Lo anterior difiere de los métodos que priorizan el extrañamiento y la distancia como criterios a priori para crear conocimiento y de esta manera, *seleccionar a los investigados*; no obstante, en una muestra familiar el extrañamiento “se hace presente cuando la relación de alteridad ya instituida por la amistad se transform[a] en otra relación de alteridad pautada por la dinámica de la indagación” (p.179).

Dicho esto, podemos observar que la familiaridad se define como un punto de partida para la interlocución requerida en las reflexiones y comprensiones horizontales, porque se basa en la proximidad, la empatía, la confianza, el respeto y la calidez (Torres Sandoval, 2017; Giebeler; Castellanos, 2019). Corona Berkin (2017) y Castellanos (2019) hablan de la importancia de reconocer la naturaleza social de los sujetos y de favorecer la creación de lazos de reciprocidad y confianza mutua en contextos discursivos equitativos.

Con base en lo anterior, para nuestro hacer decolonial invité a trabajadores y trabajadoras con quienes había podido compartir experiencias relacionadas con la rehabilitación profesional, bien sea porque en algún momento los acompañé en dicho proceso o por medio de asesorías. Durante las conversaciones significativas, la familiaridad entre cada compañero/a de co-labor y yo nos permitió sentirnos más próximos y entablar diálogos respetuosos y cálidos; en el colaboratorio, la cohesión y la empatía comunicativa generada al hablar y reflexionar sobre las experiencias encarnadas en rehabilitación profesional (un tema compartido entre los participantes) favoreció la creación de relatos polifónicos con complementariedad discursiva (Castellanos, 2019). En otras palabras, entre los compañeros/as de co-labor fue posible desarrollar empatía por sus experiencias compartidas, mientras que la confianza con la mediadora se dio gracias a un sentido de familiaridad construido por experiencias previas.

A este ejercicio de co-labor estuvieron invitados cinco (5) trabajadores y trabajadoras que han transitado por procesos de rehabilitación profesional, debido a eventos calificados tanto de origen común como laboral. ¿Por qué *sólo* cinco? Esta es una pregunta que podría surgir en el escenario académico donde se privilegian ciertas formas de crear conocimiento, pero, siendo coherentes con nuestra propuesta horizontal y decolonial, deseamos apartarnos de “la concepción positivista-nomológica de la ciencia, que solo reconoce como científicas las investigaciones basadas en amplios muestreos de poblaciones de gran tamaño” (Corona, 2017, citando a Giménez, 2004, p.103). Para nosotros, las experiencias de nuestros cinco compañeros/as de co-labor y la mediadora son importantes y suficientes para coconstruir conocimiento; escuchar nuestras voces y sentipensares desde la familiaridad y la proximidad es realmente valioso y significativo.

¿Por qué eventos comunes y laborales? Porque las personas viven realidades desiguales a causa del origen de los eventos; Baena, Riaño y Rojas (2020) indicaron que los trabajadores y trabajadoras tienen experiencias diferentes si la razón por la cual reciben rehabilitación profesional es reconocida como de origen común o laboral. Pero, hablando de ejercicios horizontales no habría sido muy coherente definir criterios de inclusión y exclusión, así que nuestros invitados/as pudieron tener o no estas condiciones en sus experiencias encarnadas particulares, pero consideramos pertinente que entre los cinco invitados/as si se reflejaran estas diferencias; es decir, entre los cinco compañeros/as de co-labor quisimos poder hablar de experiencias con eventos comunes y laborales.

### **6.11. Consideraciones y posturas éticas en co-labor**

Para nuestro hacer decolonial, diseñé una propuesta de consentimiento informado que fue presentado y explicado a cada uno de los compañeros/as de co-labor que aceptaron la invitación a participar. En dicho consentimiento se encuentra el nombre sugerido de esta co-labor, sus objetivos y métodos, además de que se menciona la necesidad de grabar audios, tomar fotografías y/o videos para realizar el proceso de transcripción, análisis y reflexión de nuestras conversaciones individuales y grupales.

Teniendo en cuenta que nos encontramos inmersos en una metodología horizontal, la concertación y toma de decisiones entre mediadora y socios/as fueron aspectos centrales, por tal razón, antes de iniciar las conversaciones significativas entregué y expliqué el contenido del consentimiento, escuchando las dudas de mis compañeros y compañeras de co-labor y si era necesario, realizar ajustes, previo a firmarlo, según sus percepciones. Los invitados/as incluso pudieron haber declinado su deseo de participación. Yo como mediadora resolví las inquietudes que tuvieron.

Siguiendo con las reflexiones que suscita un ejercicio horizontal, se respetó la forma en que cada uno decidió enunciarse (de forma anónima, seudónima o con su nombre real). No obstante, se mantuvieron de manera confidencial nombres de empresas, instituciones, profesionales y personas ajenas a esta co-labor; de igual forma, evitamos presentar datos no relacionados con el nombre, la edad y el/los eventos por los que los compañeros/as han estado en rehabilitación profesional. Así mismo, se explicó a los/las participantes que los resultados de esta co-labor no generarán ningún perjuicio o daño institucional, profesional o personal a raíz de la información recolectada, las reflexiones, comprensiones polifónicas y la cocreación de nuestro texto dialógico; se hizo énfasis en que los hallazgos del estudio no se utilizarán con fines distintos a los que se proyectaron inicialmente (Rodríguez-Cely, 2018).

Teniendo en cuenta el Artículo 11 y siguientes de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), nuestro hacer decolonial representa un riesgo mínimo para la integridad de los compañeros/as. Lo anterior teniendo en cuenta que, si bien las conversaciones individuales y grupales descritas en la metodología no se enmarcan en una práctica clínica, se reconoce que mediante los encuentros, las conversaciones y las reflexiones se pueden desencadenar episodios emocionales de tristeza, rabia, nostalgia, entre otros, como

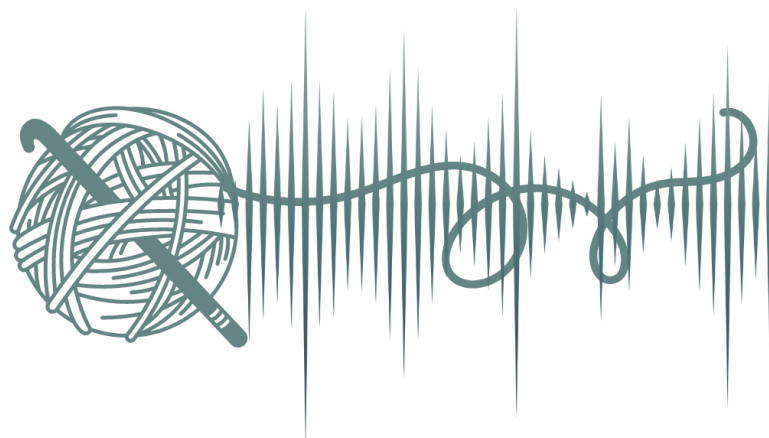
parte de las experiencias encarnadas. Por todo lo anterior, es importante considerar que yo como mediadora decolonial prioricé ante todo el bienestar físico y psicológico de cada participante por encima de los objetivos de la co-labor.

Cabe recordar que los invitados/as a nuestros encuentros eran personas a quienes conocía desde antes de esta co-labor, respondiendo al llamado de las metodologías horizontales de generar espacios de familiaridad, confianza, proximidad y respeto; Bajtín (2003;2010, referenciado por Pinto Passos y Ribes Pereira, 2012) refiere que una perspectiva horizontal “implica oponerse a una concepción de ciencia pautada por la neutralidad del investigador” (p.163). Lo anterior también se encuentra respaldado por Aranguren (2008) cuando habla de la ética de la escucha a través de la cual el mediador se aparta de lo indicado por el modelo cientificista que toma distancia, y, por el contrario, se acerca y se involucra con las personas y sus testimonios, suscitando “todo tipo de afectos” (p.23).

Más que declarar un conflicto de interés o un dilema ético, me permití retomar lo anterior y recalcar lo referido por Arroyo y Alvarado (2016, citados por Ortiz y Arias López, 2019) cuando dicen que “investigar desde una perspectiva decolonial y en co-labor no solo implica rupturas metodológicas y epistemológicas, sino que también se convierte en una apuesta ética y política de quienes quieren replantear las formas tradicionales de realizar investigación y de aproximarse a los sujetos con los que se investiga” (p.6).

Por último, una de las limitaciones de este hacer decolonial consistió en que no se pudieron superar o evitar todas las violencias epistemológicas que están implícitas por la (o en la) colonialidad del saber, de la cual aún estamos contaminados; no obstante, comprometernos con un ejercicio de co-labor implicó reconocer de antemano varios tipos de esas violencias y procurar no replicarlas.

## Episodio 7. Tejidos narrativos y voces amplificadas



Tejidos narrativos y  
voces amplificadas

Estimado/a lector/a: A continuación, podrá conocer las historias de Fernando, Gina, Oscar Ricardo, Ana y Orminso, sus experiencias y tránsitos en rehabilitación profesional, junto con sus sentipensares y reflexiones al respecto. En esta sección, sus voces se amplificaron a través de letras, oraciones y párrafos. Respondiendo a las invitaciones que propone una metodología horizontal, en primera oportunidad me permití presentar sus relatos procurando respetar la singularidad de las voces de cada persona y el sentido de su habla (De la Peza Casares, 2012); luego, incluí reflexiones personales y compartidas, que más que ser un intento de traducción al ámbito académico, es una práctica corazonada que nació de mi relación con estas conversaciones.

Se realizó una comprensión mutua y polifónica, registrada a través de *textos en comillas, en cursivas y sin ellas*; párrafos que fusionan las palabras de mis compañeros/as de co-labor con las mías en un encuentro de nuestros decires, a manera de un tejido narrativo; de este modo, aquello que se encuentre entre comillas y cursivas hará referencia a lo dicho por mis socios/as y lo que está en letra imprenta, corresponde a mis diálogos y reflexiones con dichos textos.

### 7.1. La Historia De Ana: “Un Faro En La Oscuridad”



*Un faro en la oscuridad*

Quisiera iniciar este capítulo mencionando que su protagonista, Ana Ibet, es definitivamente un faro en medio de la oscuridad para mí, ya que fue la primera persona en aceptar mi invitación para participar en esta co-labor. Con ella revisamos las preguntas pretexto sugeridas para los demás encuentros y con ella sentí que había encontrado el horizonte para continuar con este texto polifónico.

Ana Ibet fue compañera de trabajo de mi mamá en una institución de educación superior; además, hemos sido vecinas prácticamente toda la vida. Desde hace varios años conozco su caso de rehabilitación profesional e incluso en algunas oportunidades solicitó mi consejo. Ana me permitió ingresar a su casa, su lugar significativo, y compartir con sus nietos y mascotas. Al inicio, su gata Cloe se posó sobre la mesa de la sala y nos regaló unos cuantos maullidos; por supuesto, siempre que veo a un gato hablo de los míos y así puedo iniciar cualquier conversación.

Como revisamos con Ana las preguntas pretexto, hablamos sobre la escucha, la cual entiende como *“poder interpretar las palabras adecuadamente para lograr abordar los temas a un 100%”*. Por su parte, dice que la rehabilitación profesional: *“es que mi cuerpo debido a las enfermedades que adquirí en mi trabajo, tantos años, vuelva a rehabilitarse por medio de terapias, de ejercicios, de no hacer trabajos tan repetitivos como los hacía allá. Y adquirir más ayuda profesional en el sentido que se ocupen en que me vean el terapeuta [...] y otros profesionales”*.

Su experiencia laboral inició hace 30 años en el área de servicios generales, un oficio que disfruta y al que le dedica su máximo esfuerzo: *“siempre dediqué el 99% a mi trabajo con honestidad [...]. Yo en el aseo siempre estipulaba qué debía empezar, o sea, siempre organizado y con tiempo [...] y sobre todo ¡Muy bien hecho! [...] Las cosas a medio hacer nunca me han gustado; [...] mi prioridad era que todo fuera tan impecable”*.

Su proceso de rehabilitación profesional comenzó luego del inicio de sus síntomas, aproximadamente diez años después de haber ingresado a la empresa: *“mi primer síntoma fue un dolor muy fuerte de manos [...] pero hice caso omiso; sino que cada día era como más fuerte y como a dormírseme las manos”*. En ese entonces, el dolor aparecía después de finalizar su jornada laboral, pero con el paso de los años dicho dolor seguía aumentando hasta el punto de sentir que la *quemaba*. Fue ahí cuando decidió consultar al médico, quien la envió a practicarse



una electromiografía que indicó Síndrome del Túnel del Carpo (STC) en mano derecha; fue remitida a medicina laboral (en ese entonces estaba afiliada al Instituto de Seguros Sociales), donde su médica tratante le dijo que dicho diagnóstico era de origen laboral, pero esto no fue aceptado por la ARL. En primera instancia, la Junta Regional de Calificación estableció que el STC derecho era de origen laboral.

Ana comenta que el dolor se exacerbó en la mano izquierda ya que la involucraba más en el desempeño de sus actividades, hasta tal punto que el STC se hizo bilateral. También me comparte que le realizaron un estudio de puesto de trabajo, pero considera que no se generó ninguna modificación en sus actividades *“porque el coordinador de la empresa siempre decía: no, pero es que no la tengo haciendo gran cosa [...] siendo que eso era una falsedad”*.

Sus *síntomas* osteomusculares se siguieron complicando, generando otras *enfermedades* como tendinitis, epicondilitis, Síndrome del Manguito Rotador (SMR) y hernias discales. De esta manera, su caso llegó hasta la Junta Nacional de Calificación donde se dictaminó que el origen de todos sus diagnósticos era común: *“la Junta Nacional echó todo abajo”*. Ana considera esto como una injusticia ya que desde los 17 años ingresó a la universidad a trabajar, siendo además su primer empleo. Por tal razón, expuso su situación en la Defensoría del Pueblo, argumentando que para el desarrollo de sus actividades debía barrer, trapear, utilizar máquinas y levantar sillas. No obstante, allí también encontró barreras para ejercer sus derechos: *“[me dijeron] bueno su merced, sí, eso es laboral; pero si la Junta Nacional lo calificó como común, nosotros trabajamos para el Estado ¡Y la Junta Nacional es el Estado! [...] Si su merced quiere hacer algo tiene que conseguir un médico laboral y un abogado laboral particular, porque nosotros no podemos llevarle el caso”*. Ante esto, Ana se resignó: *“o sea que, en conclusión, ¡no hay nada que hacer! [...]. Yo le dije a la señorita: o sea [...] me tocó como se dice vulgarmente ‘jódase’ porque yo no tengo plata”*.

A pesar de todas las dificultades, Ana manifiesta que siguió realizando su trabajo con honestidad: *“yo dije que el abogado mío es Dios [...] y gracias a mi honestidad [...] pude sacar a mis hijos adelante, tener donde vivir”*. Mi compañera de co-labor asistió a un consultorio jurídico y allí le dijeron que si bien podría apelar el origen, no podían ayudarla ya que el caso supera la cuantía de los 20 millones de pesos y no puede ser asumido por estudiantes; sin embargo, le aconsejaron que solicitara una certificación emitida por un médico laboral que dé cuenta del origen laboral de sus diagnósticos, para regresar a la Defensoría e impugnar el dictamen de la

Junta Nacional con un juez de circuito. Para Ana, el dictamen de la Junta Nacional la desilusiona: *“que no hayan aceptado que mi enfermedad no fue porque quise sino porque fue obra de mi trabajo”*. Por el momento, está a la espera de una cita con medicina laboral de la EPS para retomar su proceso *“y seguir en la lucha”*.

En cuanto al desempeño de actividades de la vida diaria, Ana refiere dificultades ocasionales para vestirse y continuas para cocinar, realizar labores de limpieza en su hogar y usar el transporte público; me cuenta que en algunas ocasiones tuvo que modificar las metas que establecía para su trabajo por la presencia de dolor: *“tuvieron que flaquear un poco porque ya los dolores de las manos y de la espalda eran muy severos”*; además, implementó tiempos de descanso y modificaciones en sus tareas: *“si estaba por ejemplo, lavando todo este piso con máquina, tenía que lavar la mitad e irme a hacer otra cosa”*. También ha sentido afectaciones económicas debido a los gastos en transporte para asistir a sus consultas médicas y terapéuticas.

Refiere que, a pesar del dolor, realiza los ejercicios que le indican en sus terapias: *“estoy activa porque yo digo que la enfermedad más grave es la de estarse quieta [...] No me puedo echar a la pena [...]”*. Si ahorita Dios tiene dispuesto de que la ARL por lo menos me atienda *¡Maravilloso! pero y si no, pues de todas formas la EPS me está atendiendo”*. En ese momento hablamos sobre sus experiencias con la EPS y la ARL y me cuenta que percibe diferencias en la atención suministrada por ambas instituciones, ya que cuando fue atendida por la ARL debido a un accidente de trabajo: *“me di cuenta [de] que la ARL [suministra] buenos medicamentos, buenas atenciones, citas cumplidas, muy seguidas; mientras que su merced va a la EPS y le dan cita pa’ dentro de tres meses o cuatro”*.

Según lo que podemos analizar juntas, su meta de rehabilitación fue la de reintegro sin modificaciones, ya que a su criterio no se cumplieron las recomendaciones emitidas por la EPS: *“eso nunca se hizo. [...] El médico daba las restricciones, (eh) lo llevaba a la empresa, la empresa ahí mismo que se reunían, que sí, que las restricciones, que hay que tener cuidado con esto, pero de ahí no pasaba. De todas formas, se seguía haciendo el mismo trabajo, el mismo horario; o sea, para mí fue como común, como algo normal. Sí hicieron visita de la ARL, eh que, pues para poder hacer la visita de puesto, pero eso nunca, o sea, como le digo, solo fue palabras, no fue de hechos; nunca hubo nada”*.

Cuando le pregunto sobre el comportamiento de sus compañeros y jefes durante el proceso de rehabilitación profesional, dice que en varias ocasiones escuchaba murmullos que decían: *“¡Ay no, pero esa con tantas restricciones, en cambio de irse para su casa!”*. Para Ana, quienes emitían estos comentarios eran personas *ignorantes “porque creen que uno llega a una edad y ya desgastado y es menos que la persona que llega. Y eso no es así porque uno también llega muy joven [...] y todos vamos a escalar a una edad”*. También considera que algunos jefes la veían *“como menos [...], que estaba desgastada. [...]”*. *Tristemente, los jefes preferían la gente que llegaba que la gente que estaba desgastada y que era honesta con el trabajo*. Aunque Ana no está de acuerdo con esos comentarios, piensa que lo mejor es no prestarles atención para evitar llenarse de rencores.

Mi compañera manifiesta que tuvo recomendaciones relacionadas con evitar cargar objetos de más de dos kilogramos, subir y bajar escaleras y evitar trabajo repetitivo. Me cuenta también que tuvo varios periodos de incapacidad, siendo el más largo uno de dos meses; para ella, esos períodos la afectaban porque *“el sentirse uno imposibilitado para algo, yo creo que es más fuerte que el hacer las cosas; entonces para mí era muy duro, para mí era muy triste depender de alguien”*. Cuando algún compañero/a de trabajo le brindaba apoyo para escurrir traperos o trasladar máquinas, Ana se sentía mal indicando que *“uno se siente que ya no sirve. [...] Yo me sentía mejor diciendo ¡Bueno, lo hago despacio! [...] porque la persona que iba a colaborarme era de mal genio [...] es algo que lo hace sentir mal”*. Me pareció demasiado potente que Ana dijera: *“una vez que me sentí tan mal; pues si tenía muchos dolores, pero yo creo que más era la forma, la expresión de la gente que el dolor que tenía”*.

Le habría gustado que en su proceso de rehabilitación profesional hubiera sido reconocida y reubicada: *“que me hubieran dicho ‘usted es una persona capaz, que puede ser líder de otra situación. Hombre, ‘ocúpemen’ [ocúpenme] en un trabajo de prestar libros; muchos trabajos en una universidad hay [...]. No era que me dejaran sentada tomando tinto o aromática las ocho horas. [...] A mí me hubiera gustado que me hubieran tenido en cuenta para hacer otra clase de trabajo para no desgastar mis miembros. [...] Me sentía capacitada para desempeñar otra cosa”*. Ana considera que la reubicación habría tenido beneficios para su salud y que habría sido una manera de reconocer su buen desempeño: *“lo más triste es que si hubo oportunidades para otras personas con menos restricciones que las que yo tenía”*.

Mi compañera menciona que sus jefes tuvieron mucho que ver con la desigualdad de oportunidades que percibe; mientras que a unos los considera justos y preocupados por el personal que tienen a su cargo, dice que otros son indiferentes e injustos. Por otro lado, refiere que en varias ocasiones no le autorizaron participar en eventos de integración y bienestar: *“lo que más tristeza me dio es que no tuve restricciones para manejar la máquina, no tuve restricciones para subir y bajar escaleras, no tuve restricciones para trabajos repetitivos; pero tuve restricciones para cuando hacían eventos de jugar voleibol o basquetbol, o participar, porque yo estuve en eso de brigadista y me quitaron de eso, que por mis diagnósticos [...] Me quitaron la oportunidad de algo que me hacía sentir bien y era importante para mí”*. El limitar la participación en actividades significativas para Ana le generaba bastante tristeza; dice que quienes no le permitían inscribirse en estas actividades le manifestaban que lo hacían para cuidar su salud, pero mi compañera expresa su molestia por no mostrar el mismo interés para con sus funciones; encuentra una incoherencia y una desestimación de sus opiniones.

Ana aclara que, a pesar de lo anterior, considera que la empresa *“no es mala, sino las personas que manejan la situación. [...] No nos ayudaban a los empleados como seres humanos, sino en contra”*.

Mi compañera de co-labor percibe que haber tenido dificultades con la asesora de la ARL afectó el desarrollo de su caso; incluso me comenta que ella le decía: *“aquí no venga porque esto es común”*, a lo que Ana le respondía que ella debía apoyar a las personas y no atacarlas: *“usted acabó de llegar y yo llevo muchos años trabajando aquí y mi trabajo era a mano y a hombro”*. Reflexiono que Ana transitó por situaciones violentas y que ella develaba dinámicas de saber-poder que se erigían en medio de estos procesos, ya que para ella, la asesora no ayudó a presentar información que hubiera podido mejorar sus condiciones laborales, ni tampoco utilizó el poder (posibilidad de comunicar dichas situaciones con quienes tomaban decisiones) que tenía para beneficiar su salud.

Considera que los/las profesionales que estuvieron involucrados en su caso iban a *“llenar papeles muchas veces, pero nunca sirvió de nada”*. Ana dice que recibió la visita de, por lo menos, 10 personas en su puesto de trabajo para realizar diferentes estudios. A medida que avanzaban estas visitas iba perdiendo sus expectativas hasta tal punto que *“llegó el momento que yo decía ¡Nooo! Otra vez el mismo cuento para nada. [...] Venga qué hace, cómo lo hace, a qué horas... Ya me lo sé de memoria”*. Aunque alguna de esas personas hubiera ido con la

intención de escucharla, no se le brindaba ninguna solución. Mi compañera dice que, si bien no puede culpar a las personas que la visitaban porque *dependían de otros*, piensa que hubieran podido seguir intentando *“meterse por donde sea”*, haciendo el esfuerzo para que los trabajadores sean escuchados por quienes sí toman decisiones.

Cuando consideró a una profesional como justa (porque para su criterio, Ana debía ser reubicada), se decepcionó porque la despidieron; piensa que profesionales así *“no les sirven a las compañías porque necesitan personas que hagan lo que les conviene”*. Algo que diferenciaba a los profesionales que mostraban más disposición para escucharla que otros, era la actitud: *“había personas que eran muy duras [...] quizás no les gustaba su trabajo, porque cuando a uno le gusta su trabajo, lo hace bien [...] No era que esa persona le va a cambiar a uno la vida porque ellos están sujetos a otro jefe”*, pero tampoco se trata de invalidar lo que se siente y piensa; en ocasiones le decían: *“pero tampoco le duele mucho”*. Para Ana *“uno no se puede poner en el dolor de las otras personas en su diagnóstico [...] No todos los cuerpos son iguales, ni tampoco los pensamientos, ni las lógicas que cada persona tenemos”*. Si no conocemos el dolor del Otro, si no lo encarnamos, ¿por qué lo juzgamos, invalidamos y subestimamos?

Así como existen personas que ejercen poder y violencia desde su subestimación del dolor ajeno y la falta de apoyo a la población trabajadora que transita por procesos de rehabilitación profesional, están quienes, a través de su empatía, la acompañan. Ana me comparte la experiencia que tuvo con un asesor de la ARL que le dijo que *“(su) mamá pasó esa situación, [...] también trabajó en el aseo y hoy en día est[á] luchando con la ARL”*; desde su concepto, esto favoreció que el asesor intentara realizar más gestión para su caso. En ese momento, le cuento que cuando mi mamá regresó de una incapacidad larga solicité a la universidad el respectivo seguimiento y el ajuste de tareas con base en las recomendaciones médicas que le habían dado en ese entonces. Le compartí esta experiencia porque cuando me habló del asesor, me sentí en cierta manera identificada, pero Ana me increpó, diciendo que la atención que un profesional brinda a un caso no debe depender de situaciones familiares que aumenten su empatía, ya que puede generar situaciones de injusticia y parcialidad.

Aunque en ese momento me sentí algo regañada, me doy cuenta de que tiene razón; además, continúa reflexionando: *“si su mamá no hubiera tenido esa oportunidad de tener una hija que sabe del tema y haber ido a hablar, no hubiera tenido restricciones ¿tiene que haber*

*alguien para que ayude a la persona? ¿Tiene que tener, como diría yo, una palanca<sup>17</sup>?". Ana me permitió comprender situaciones de injusticia en rehabilitación profesional al mismo tiempo que me invitó a replantear la forma como experimento la empatía: "no que porque (su) mamá pasó por esa situación la entiendo".*

Ella analiza que en estos procesos hay diferentes ejercicios de poder, indicando que las personas que realizan visitas y recolectan información a través de evaluaciones y entrevistas, no siempre pueden tomar una *decisión final* para los casos, pero, les (nos) invita a que *"ayude (n) para que las personas que toman esa decisión lo vean claro, cómo se puede ayudar a esa persona. Que le den la oportunidad de entenderla; no que necesite tener una palanca para que me ayuden, porque eso no debe ser. Debe ser totalmente imparcial"*.

Ahora bien, Ana manifiesta que no se sintió escuchada en su proceso, ya que cuando proponía algunas actividades alternativas para las *personas con restricciones* (como, por ejemplo, encargarse de los tintos y limpiar las oficinas), *"nunca se me escuchó eso, entonces me sentí impotente, porque entre más opine, más me echan a un lado"*. A raíz de todas las dificultades que atravesó, refiere que dejó de opinar y participar para que no siguieran diciendo que estaba peleando: *"me puse a guardar silencio, porque si uno opina por tener contento a alguien, no debe ser. [...] Y como yo no estaba de acuerdo con lo que estaba pasando, preferí callar"*. Esto afectó su percepción de sí misma como una líder.

En ese momento Ana me dice que recordó lo que le dijo una de las asesoras de la ARL: *"me decía que yo era una peleona. Fue una expresión muy fea para mí"*. Mi compañera manifiesta haber estado en completo desacuerdo, ya que ella estaba exigiendo respeto y estaba ejerciendo su derecho a opinar. Luego me contó que la empresa contrató a asesoras independientes para hacer seguimiento a las personas que tenían restricciones y lo primero que le dijo una de ellas fue: *"su diagnóstico es que usted es muy peleona. [...] Usted es la peleadora [...] Una persona difícil de llevar"*. Estas frases fueron de las más impactantes que escuché en todo este ejercicio de co-labor. Sin embargo, me cuenta que después de ser escuchada por la asesora, ella se retractó de sus palabras y le dijo que su lucha era justa.

---

<sup>17</sup> Expresión popular que hace referencia a tener una ayuda extra; un privilegio sobre otros para obtener beneficios.

Como parte de las recomendaciones que da Ana de acuerdo con su caso, dice que se debe priorizar la escucha a través de relaciones horizontales basadas en la confianza y el interés genuino: *“primero, confianza; si usted le da confianza a la persona, va a ser muy clara y honesta. Segundo punto: igualdad; que esa persona no se sienta que con la persona que está uno es menos. Es importante hacer sentir a la persona igual [...] Interés: si yo veo que usted tiene interés en mi caso, no porque usted me lo vaya a resolver, pero usted tiene interés. Yo digo: ¡Ay! Hay como un aliente (aliciente). ¿Quién quita que tenga una oportunidad? Usted me quiere ayudar [...], por lo menos hablar de mi caso”*.

Antes de finalizar nuestra conversa, Ana me dice que espera que este texto polifónico sea utilizado para *“las personas que siguen, porque son muchas [...] No sólo fui yo”*. Debe llegar a *“una alta voz; a un jefe mayor [...] Que esto ojalá sea como una alta norma de una empresa de que las personas con restricción tengan oportunidad de que sigan trabajando [...] de otra forma, sin acabar con su salud”*. Ana cree que las empresas deben ser más consideradas con las personas, *“que pueda por lo menos salir a disfrutar el tiempo; [...] que no salga directo a quedar en una silla o sentado en una cama, o que no pueda ni compartir con la familia”*.

Con respecto al alcance de este texto polifónico me dice que no desea que se repita lo que le pasó: *“¿Qué saqué con diez visitas si no hubo solución? O por lo menos, no lo intentaron. Espero que esto no se quede solo en la tesis. ¡Hombre! Si ‘habemos’ varias personas y se puede hacer algo por las otras, ¡hagámoslo! Que quede todo en unión porque una sola persona no lo va a hacer”*. Indica que este cotexto debe llegar a los *“cargos más altos para que no se quede ahí quieto”*, ya que, si bien fue escuchada (en este caso, por mí y los compañeros de co-labor, además de que será leída por varias personas que se interesen en estas coconstrucciones), no serviría de nada dar su opinión.

Entre ambas reflexionamos que todas las personas que estuvimos involucradas en esta co-labor debemos asumir corresponsabilidades para visibilizar este texto polifónico; Ana agrega que *“para que haya una oportunidad de cambio es que ustedes no bajen la guardia y que haya unión; que los que opinemos estemos dispuestos a seguir ayudando, a poder llegar a establecer como un punto que sea clave para que las empresas lo tengan siempre en cuenta. O sea, que ya sea una norma para que eso no se quede no más en lo que hablamos”*. Entretanto, dice que los/as profesionales podemos brindar asesoría, una guía a la población trabajadora que acompañamos y apostar por una lucha compartida.

Recordando al profesional del consultorio jurídico y la asesoría que le brindó, Ana considera que esta persona la invitó a seguir luchando (hasta la hizo tomar apuntes de lo que debía hacer) y manifiesta que se sintió feliz, ya que fue una *luz de esperanza* después de que todo *“era negativo”*. *“Qué diferente uno sentirse (de) que no hay nada que hacer a que uno tenga la oportunidad de decir: de pronto puede hacer algo”*.

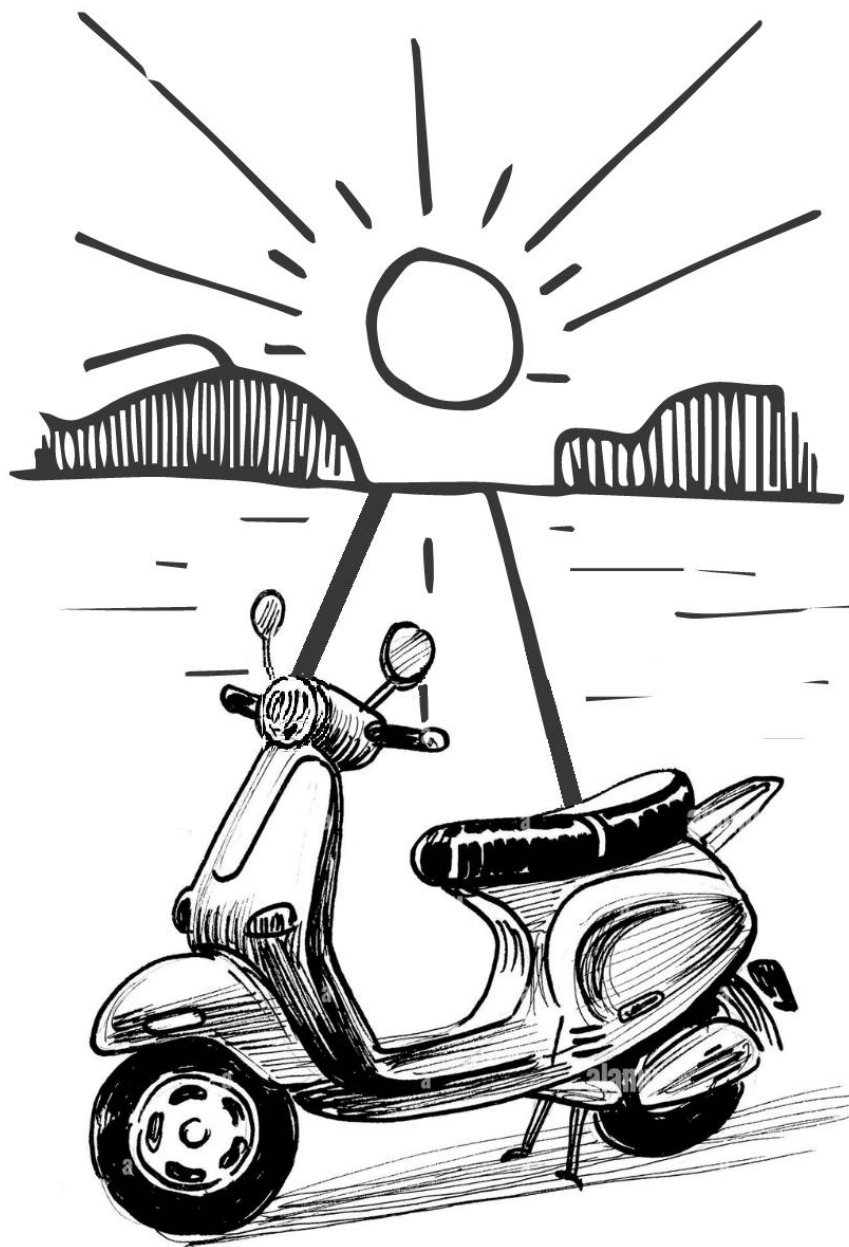
¿Cómo podemos lograr un cambio a través de este texto polifónico? *“Por lo menos que sea escuchado. Esta tesis está intentando hacer algo por los que vienen atrás y los que están”*.

A manera de reflexión, siento el deseo de contarle a Ana una experiencia que tuve en el pasado, cuando me dijeron *“loca”* y *“romántica”* por haber propuesto fortalecer la escucha a la población trabajadora que estaba acompañando en rehabilitación profesional. Le comento que yo también he sentido que no he sido escuchada y que no he sido tenida en cuenta, pero, aunque no estaba en mis manos poder tomar ese tipo de decisiones, si lo planteé: *“si nunca lo propongo, nunca lo vamos a lograr”*. Le comparto que fue curioso cómo, tiempo después quien me llamó *loca*, me dijo que estaba igual de loca a él y que, por eso, quería trabajar conmigo. Quizás mi propuesta *resonó* en esa persona y realmente, me gustaría que este texto polifónico resuene con otros, sobre todo con quienes tienen poder de tomar decisiones que pueden beneficiar a la población trabajadora.

Al final, indago sobre su percepción con respecto a las preguntas pretexto y me dice que aquellas que estaban sugeridas son claves. Concluimos nuestro encuentro con la promesa de volvernos a encontrar. Muchas gracias, Ana por ser luz en medio de la oscuridad.



## 7.2. La Vivencia de Fernando: “Una Historia Sobre Ruedas”



*Una historia sobre ruedas*

Estimado lector/a: permítame ahora hablarle de lader Fernando, quien desea ser llamado “Fernando” a secas. Aunque hemos sido vecinos de casi toda la vida, no habíamos tenido comunicación anteriormente; una tarde empezamos a hablar por nuestros gatos. Luego, me enteré de que él estaba transitando por un proceso de rehabilitación profesional, así que le conté sobre mi tesis y le pregunté si quería participar, diciéndome que sí en ese mismo instante.

Al momento de acordar nuestro encuentro, me informó que su ocupación significativa es la de “rodar en moto”. Cuando me dijo esto por WhatsApp, me dio pavor porque le tengo miedo a las motos. Recuerdo que tuvimos que posponer por unos días la salida porque el clima estaba bastante frío y lluvioso, pero, llegado el día, tuve que armarme de valor. Yo parecía un robot que debía preguntar cómo hacer cada movimiento: cómo subirme, cómo bajarme, cómo acomodarme; incluso osé en pedirle que fuera a baja velocidad, lo que facilitó que nuestro recorrido fuera más ameno para mí.

Cuando me puse el casco (para lo cual también requerí de su ayuda), me di cuenta de que Fernando había instalado equipos de comunicación (micrófonos y audífonos) que permiten a las personas hablar y escucharse sin dificultad. Fue así como pudimos entablar una conversación tranquila, un *abrebocas* de lo que sería nuestro diálogo al final del viaje de ida. Mi compañero no me dijo a dónde íbamos, así que tuve que confiar en él; reflexionando posteriormente, entendí que el ejercicio de confianza había sido mutuo: él decidió compartir conmigo sus sentipensares y me permitió escucharlo aun cuando no habíamos hablado mucho previamente; y yo, confié en él dirigiéndome a un lugar que no conocía y haciendo una actividad que me generaba miedo.

Después de aproximadamente 25 minutos de recorrido, llegamos a un lugar donde venden postres en el barrio Country Sur; allí pudimos sentarnos a hablar mientras comíamos. La conversa no solo estuvo amenizada por dos deliciosos pastelitos, sino también por música variada y los cuchicheos de las demás personas que se encontraban en el lugar.

Fernando, un hombre de 42 años, esposo y padre de dos hijos, me cuenta que se considera una persona tímida e introvertida; por tal razón, decidió ingresar a un club de motos scooter para ser más sociable y realizar otra actividad significativa para él, que es viajar: *“Nosotros viajamos cada ocho días; salimos a rodar. Puede ser en Bogotá como por fuera; los domingos también salimos a ciudades cercanas. Nos reunimos y digamos, conseguimos sitios*

como éste, o de hamburguesas o perros y picadas”. En el club organizan salidas a La Calera, Villavicencio y otros lugares cercanos a la capital.

Su moto es importante no solo porque es su medio de transporte, sino también porque le permite salir y desconectarse de sus problemas: *“Si me siento depresivo, voy a dar una vuelta solo y se me pasa. Yo tengo un mirador cerca a Monserrate de norte a sur, ahí me relajo”*. Yo le comento que mi actividad preferida para relajarme y escapar de los problemas es caminar por el centro de la ciudad; nos percatamos de que la sensación de tranquilidad que nos ofrecen estas actividades valoradas es muy similar.

Después de una breve pausa para comer le pregunto por su trabajo; me dice que siempre se ha desempeñado como auxiliar de almacén, alistando pedidos para clientes: *“he trabajado solo en tres empresas durante toda mi vida y siempre he sido auxiliar”*. Trabaja desde hace nueve años en una multinacional de alimentos donde ha sido reubicado en dos oportunidades; me comenta que actualmente realiza funciones administrativas: *“en esta última (reubicación), pues a raíz de lo que me pasó en la columna y el [Accidente Cerebro Vascular] ACV, [...] ya estaba haciendo era funciones administrativas. Solo me tenían en una oficina donde me toca salir a hacer auditorías (eh) a vehículos, ejecutores. Del resto era solo eso, archivo [...]. El cargo es auxiliar administrativo, pero yo como tal no soy auxiliar administrativo, tengo las funciones, pero no soy auxiliar”*.

Cuando le pregunto si le gusta su trabajo, Fernando me dice que sí y que *no le disgustan del todo* sus tareas como auxiliar porque se siente bien: *“pues, a mí siempre me ha gustado trabajar y donde me pongan, yo lo hago. De pronto siempre uno ha querido, como, trabajar algo siempre algo más suave, o sea, pero ahorita donde estoy, estoy bien”*.

Al indagar sobre sus motivaciones para trabajar menciona a su familia, sus hijos y su hogar. *“Pero ahí si como se dice, uno por responsabilidades que tiene, pues, el trabajo que le toque, lo hace. Así sea pesado, pero uno tiene una responsabilidad que no deja que uno tenga esa opción de escoger: no me gustó esto, me voy a trabajar a otro lado. ¿Ahí qué hago? Porque uno tiene sus hijos, su hogar, entonces, uno nunca, por más cansado o aburrido que estuviera, toca”*.

Fernando expresa que disfruta más las actividades de auxiliar administrativo que de bodega, ya que este cargo le permite tener más posibilidades de estudiar; de hecho, quisiera

estudiar algo relacionado con el área administrativa: *“Apenas salga de todas estas cosas de la salud, apenas vea que pueda estudiar algo, lo voy a hacer. Estudiar algo administrativo”*. No obstante, refiere que haber sufrido de COVID el año pasado afectó sus habilidades cognitivas y de comunicación, principalmente: *“toca esperar, porque mi capacidad mental ha disminuido, siento que soy muy distraído, no capto las cosas muy bien como antes. Como se dice: mi IQ bajó, no está veloz. Se me empiezan a trabar las palabras; a veces no puedo pronunciar bien o lo hago con dificultad. Cambio el tema si me interrumpes”*.

En este punto me siento identificada con lo que me cuenta, ya que yo también tuve COVID en el 2021 y mi atención y memoria se han visto afectadas; fue así como empezamos a hablar de las dificultades que compartimos: nos cuesta concentrarnos, mantener un discurso continuo, se nos olvidan las palabras y la ortografía; si nos cambian de tema es difícil retomarlo. Creo que pudimos reírnos un poco de estas situaciones.

Después de otra pausa para comer y reír, iniciamos una sección de preguntas pretexto relacionadas con la escucha y la rehabilitación profesional. Para mi compañero de co-labor escuchar es prestar atención a lo que la otra persona está diciendo y lo que quiere expresar; escuchar es más que oír y percibir el sonido: *“uno se da cuenta que lo están escuchando por la forma como lo miran a uno”*. Fernando me dice que en su empresa sí lo han escuchado, pero, también ignorado: *“si he tenido la atención, no como uno la quisiera, pero sí. Me han atendido y todo eso”*. Fernando aclara que desde hace varios meses no asiste presencialmente a la empresa, así que no ha podido escuchar y conversar con otros compañeros; refiere que se ha sentido escuchado por parte de los médicos y las enfermeras de la compañía: *“si yo llamo al doctor y él no me puede atender en ese momento, él me devuelve la llamada”*. El equipo de salud no solo indaga sobre su estado de salud, citas médicas o terapias, sino también sobre su familia. En promedio, habla dos veces al mes con el equipo médico. Entretanto, menciona que ha mantenido relaciones respetuosas con sus compañeros de trabajo.

Por otro lado, mi compañero de co-labor entiende a la rehabilitación profesional como *“algo que lo ayuda a uno a recuperarse, sea físicamente o mentalmente; alguien que lo ayuda a recuperar, un profesional que ayuda a retomar las actividades que uno tenía antes, o bregar que sea lo más similar a una rehabilitación”*. Yo complemento lo referido por Fernando diciendo que la rehabilitación incluye las atenciones médicas, terapéuticas y demás, pero también lo realizado en las empresas para apoyar ese proceso de recuperación.

Menciona que su proceso de rehabilitación comenzó en el 2014 durante una noche en la que estaba trabajando; llevaba dos o tres horas de haber iniciado su jornada cuando *sintió una punzada fuerte* en la espalda que le causó dificultades para caminar y *enderezarse*. Reportó la situación a su jefe directo quien le dijo que fuera al médico. Fernando no se sintió acompañado, puesto que tuvo que tomar un taxi e irse solo para urgencias; esto le generó frustración porque le habría gustado notar más interés de su jefe por su condición en ese momento; le habría gustado recibir su apoyo para llamar un taxi y desplazarse al hospital, le habría gustado sentir que *“lo que le pasó les interesa a ellos”*.

Reflexiona lo siguiente: *“nadie es indispensable en un trabajo, usted se enferma o se muere y a la semana ya va a tener su reemplazo. Para su familia si es muy importante, pero para una empresa no. En el momento en el que pasó eso, debería pasar eso, que lo ayuden, poner a alguien que lo acompañe”*. La reacción de su jefe fue decir *“ah, juep\$%!, ¿y ahora qué vamos a hacer?, no pues, váyase pa'l médico”*.

Fernando menciona que, debido a su desconocimiento, no tenía claro si debía ir a la EPS o a la ARL para recibir atención médica y controlar el dolor. Cuando se comunicó desde la clínica con la empresa, indicó que le habían dicho que su caso debía manejarse desde la ARL, lo que generó preocupación al otro lado de la línea telefónica *“porque a ellos no les gusta que se les vaya la gente por la ARL, no sé por qué. Como que se preocupan más; creo que también fue por desconocimiento de él [de su jefe]; no sabía que tenía que llenar un reporte y llamar a la ARL”*. Inicialmente se pensó que era un espasmo, pero una resonancia magnética mostró que se trataba de dos hernias discales (L4-L5). Tuvo cinco días de incapacidad; luego, fue remitido a medicina laboral donde emitieron recomendaciones relacionadas con evitar caminatas largas, evitar subir escaleras, no barrer o trapear y no tender camas.

Con base en lo anterior se dio su primera reubicación, encargándose de ingresar los pedidos a un sistema informático; pasado un tiempo empezaron a asignarle otras funciones como las de priorizar (enviar pedidos a bandas para su alistamiento) y recibir pedidos y productos en mal estado. Comenta que en 2018 durante el desempeño de esta última función en la que debía levantar lonas, volvió a sentir dolor de espalda y dificultades para moverse y caminar. Fernando expresa que, como lección aprendida, en esa oportunidad al realizar el reporte le dijo a su jefa que lo ocurrido se trataba de un evento laboral porque se encontraba cumpliendo sus funciones, así que se remitió a la ARL; tuvo ocho días de incapacidad, le prescribieron relajantes

musculares, citas con terapias y atenciones con especialistas de columna. Mi compañero informa que a su reintegro no se hicieron modificaciones en sus actividades laborales. Entretanto, considera que sus ingresos económicos se afectaron después de la reubicación ya que no podía realizar horas extras.

Fernando percibe diferencias significativas entre la atención prestada por la ARL y la EPS; con la ARL las citas se asignaban rápidamente mientras que en la EPS este trámite era más demorado; el trato también fue mejor en la ARL. Desde su experiencia, los/las profesionales de la ARL son más cálidos para tratar a las personas que los de la EPS. Para él, la calidez es un aspecto importante en la atención: *“no se trata de que lo traten a uno como un bebé, pero sí que sean más joviales; si usted va a un especialista no es porque usted lo quiera sino porque lo necesita, porque usted está enfermo. Hay gente que es de mal genio para tratar a otra gente; cuando usted tiene una molestia, es como usted la sienta. Si usted tiene mucho dolor, usted no quiere nada sino estar solo, pero cuando a usted lo tratan bien, usted baja las defensas”*. Durante su proceso recibió atención por fisioterapia, neurología, psicología, fonoaudiología y terapia ocupacional. Considera que el neurólogo fue muy amable pero el fisiatra *“es como si le estuvieran haciendo algo, como si todo el tiempo estuviera de mal genio; muy áspero para tratar a la gente”*.

Por otro lado, en abril de 2021 se contagió de COVID por lo que estuvo hospitalizado 12 días; al segundo día sufrió un trombo (ACV) que afectó el movimiento de su brazo derecho y el habla; refiere que no recuerda varias cosas de ese tiempo, salvo que empezó a tener citas con fisioterapia, neurología, fisioterapia y terapia ocupacional. Estuvo incapacitado por más de seis meses, pero solicitó reincorporarse en diciembre porque estaba cansado de la rutina y le apremiaban varias obligaciones financieras (aunque resalta que su hijo lo apoya económicamente); menciona que, si no tuviera deudas, habría podido dedicar más tiempo a su recuperación y no haberse sentido presionado o afanado para regresar a trabajar.

A su reintegro, le asignaron la tarea de realizar auditorías telefónicas desde la casa; sin embargo, comenta que desde marzo no tiene actividades establecidas, pero sigue recibiendo su salario. Se encuentra en reuniones con la empresa para definir su segunda reubicación.

En ese momento le pedí a Fernando que recapituláramos lo sucedido en los dos procesos de reubicación que ha tenido; me dice que en el primero no fue consultado sino que le asignaron *“lo que había ahí”*, mientras que para la segunda reubicación se realizó una reunión con

representantes de recursos humanos, varios jefes, el médico y él; en esta oportunidad le preguntaron qué puede hacer y el horario que prefiere, además de que le indicaron que iban a buscar una actividad que permitiera cumplir sus recomendaciones médicas. Fernando considera que en esta ocasión no se le están imponiendo tareas y que lo están teniendo en cuenta para la toma de decisiones; refiere que siente inquietud por el horario y las funciones que le van a asignar, ya que el contacto con ejecutores y transportadores podría afectar su estado de ánimo y generarle ansiedad y estrés, aumentando sus síntomas remanentes del ACV: dificultad en el habla, hormigueo/ entumecimiento del brazo derecho y dolor punzante en la parte posterior de la cabeza. *“En esta reubicación me he sentido bien; siento que el médico ha estado muy pendiente de mí; él ha gestionado que a uno lo traten como bien y que no lo dejen cómo los jefes quieren sino lo que uno necesita”*.

Para él, las reubicaciones han significado una especie de ascenso, ya que ha pasado de realizar tareas operativas a administrativas, aunque gana el mismo salario. Por otro lado, manifiesta que le hubiera gustado que la primera reubicación se hubiese dado de la misma forma en la que se está llevando la segunda, debido a que ha podido participar, ser escuchado y tener registro de los acuerdos para evitar que los jefes modifiquen actividades.

En su segunda reubicación se sintió escuchado, sin embargo, indica que *“no le gusta llorar”* y que procura realizar las actividades que le asignen sin quejarse; señala que pocas veces ha ido al médico, salvo cuando se siente muy mal. Dice que siente *vergüenza* por *“estar así y hacer sentir lástima; me siento incómodo; es como si tuviera privilegios”*. En ese momento le pregunto si para él expresar sus sentimientos es lo mismo que *“llorar”* y planteamos la posibilidad de que él podría tener una connotación negativa de ser escuchado: *“yo creo que sí, porque a mí no me gusta estarme quejando de nada, por lo mismo reservado que soy; no me gusta contarle nada a los demás”*. Me llama la atención que él perciba como un privilegio ser escuchado y que el acto de comunicar sus necesidades en la empresa sea un acto de queja y no de participación; le pregunto si está de acuerdo con esta reflexión y solicito su autorización para escribirla, manifestando su asentimiento.

Del mismo modo, comienza a hablar de sus compañeros y cómo él escuchaba cuando ellos decían *“es que ese man se queja mucho y no sé qué”*; también expresa que vio a otros compañeros *“hacerse los enfermos para que la empresa los arreglara”*. De este modo, prefiere

mantener sus necesidades en voz baja para evitar que sus compañeros le llamen “*el inválido*” y que sus jefes digan que “*se está haciendo (por lo que ya pasaron)*”.

Cuando sigo preguntando sobre la actitud de jefes y compañeros/as de trabajo, refiere que un compañero lo trató de *inválido*, con lo que indica no haberse sentido mal por lo dicho, sino por sentirse enfermo, ya que “*venía de ser una persona tan fuerte que nunca le pasaba nada, no se enfermaba. Antes de las hernias me sentía como un Superman [...]. Cuando él me dijo eso, me sentí mal, pero conmigo mismo, por haberme pasado eso*”. Los demás compañeros eran colaboradores con él y sus jefes fueron cordiales, pero percibía que no sentían agrado por “*tenerlo sentado en una oficina, porque era una persona menos que iban a tener*”.

Fernando nos permite evidenciar situaciones de violencia que se conciben en procesos de rehabilitación profesional y que provienen de jefes y compañeros de trabajo. Al escucharlo, pienso que me quiere decir que estas experiencias están acompañadas de estigma y discriminación que se profundizan cuando hay personas que simulan síntomas y generan desconfianza a los líderes.

Fernando reconoce como facilitador de sus procesos de rehabilitación profesional el apoyo moral y económico de su familia; como barreras enuncia cuestiones económicas (deudas), porque lo estresaban y presionaban para regresar a trabajar: “*si no hubiera tenido ese peso, hubiera sido un poco más fácil, por el tema de que a usted le descuentan la mitad*”.

Mi compañero de co-labor aconseja a otras personas que están transitando por procesos de rehabilitación profesional que tengan mucha confianza en sus familias y que se asesoren de alguien que conozca de temas legales en esta área y les indique los pasos por seguir: “*a mí el médico de la empresa me ayudó mucho, [...] yo me di cuenta de que me estaban descontando cuando sentí el golpe; ¡venga! ¿Por qué me están descontando?*”.

Por otra parte, Fernando me dice que le habría gustado recibir más acompañamiento de sus jefes, que lo hubieran llamado durante su incapacidad y que le preguntaran cómo estaba: “*porque usted siente que el jefe se acordó de uno, que espera que usted esté bien, que por lo menos se acuerden que uno existe; [...] aunque cuando estuve hospitalizado me llamaron de Recursos Humanos, varios compañeros, pero jefes no; solo hasta ahorita para cuadrar el*



*reintegro*". No obstante, expresa que dichas llamadas le daban pena porque tiene *"una forma de ser muy rara"*.

Fernando percibió que en su primera reubicación hubo ejercicios de poder sobre él, ya que no lo consultaron ni integraron en la toma de decisiones y solo le dijeron: *"hágase ahí, ¡y ya!"*; me cuenta que una vez quiso participar en una vacante para cambiar de turno, pero su jefe no lo dejó, diciendo que *"no hay nadie más que lo haga [su trabajo actual], solo usted"*. En esa oportunidad, no contó con el apoyo del área de capital humano.

Después de sus accidentes de trabajo, se fortalecieron las capacitaciones y sensibilizaciones en manejo de cargas: *"es más, quitaron unas vainas que incomodaban el paso [...] y hacía que uno hiciera maromas para poder pasar. También pusieron personas en cada banda para que ellas manejaran el peso, y no como uno que le tocaba por agilidad"*. En ese momento sintió que pudo brindar ideas y opinar sobre estos cambios; después de enfermarse sintió un poco más de confianza para hablar con sus jefes, *"porque es más complicado que a uno lo saquen"*.

Para finalizar nuestra conversación significativa le pregunto a Fernando cómo se sintió al ser escuchado en esta oportunidad: *"es bueno ser escuchado. Y más para una persona como yo; a mí no me gusta... no soy tan abierto a todo el mundo y soy muy poco sociable, pero a veces sí hace falta"*. Reflexiona de una manera muy potente: *"escuchar en las empresas no se trata solo de escuchar, sino de que se hagan las cosas; que haya alguien con quien dirigirlo y que se vea reflejado [...]. No se trata solo de desahogarse, porque al final no hay un cambio, las cosas siguen en lo mismo [...]. A veces en las empresas hacen jornadas de que lo escuchan a uno, pero empiezan a señalarlo; uno no es tan bobo, uno sabe que por haber hablado siente las represalias de los jefes, por eso prefiere callarse"*.

A sus jefes les diría: *"aunque sea una llamadita ¿no?"*; a sus compañeros y compañeras les agradece por haberlo llamado y por haberse acordado de él.

Cuando terminamos nuestra conversación significativa y nuestros postres, le pregunté si le gustaba el título de *"una historia sobre ruedas"*, que había pensado después de escucharle y me dijo que sí. Luego, nos volvimos a montar en la moto; afortunadamente, ya me sentía un poco más tranquila. Después, fuimos a tomarnos un tinto cerca al 20 de julio. De regreso a casa me

dijo que este había sido el paseo más lento que había realizado ¡Qué vergüenza con él! Muchas gracias, Fernando, por la juntanza, el diálogo y el recorrido.

### 7.3. Gina: “Una Historia en Voz Alta”



Una historia en  
voz alta

Esta es la historia de Gina, una mujer de 33 años, madre de dos hijos, quien aceptó la invitación a participar en esta co-labor cuando le escribí un mensaje por WhatsApp, preguntándole si se acordaba de mí (ya que nos conocimos en una empresa de transporte donde trabajamos hace unos años y donde compartimos un seguimiento a recomendaciones). Gina me dijo que sí me recordaba y que deseaba hacer parte de la coconstrucción de este texto polifónico; me indicó que quería realizar nuestra juntanza en su casa, debido a que las cosas que le gustan se encuentran allí.

Cuando llegué a nuestro punto de encuentro nos tomamos un tinto en una cafetería y caminamos hasta su casa; allí estuvimos al lado de su perrito Mailo, un pequeño pincher muy cariñoso y apegado a ella. Estando juntas me comenta que su actividad favorita es la de leer, así que le propongo que en algún momento de la conversa leamos uno de sus libros favoritos, con lo cual estuvo de acuerdo. Al igual que con los demás socios/as de co-labor, hice lectura y explicación del consentimiento informado, que posteriormente fue firmado por ella; no expresó ninguna inquietud o necesidad de cambio del documento.

Iniciamos nuestro diálogo significativo preguntándole ¿quién eres y qué desearías contarnos? Y ella responde con su nombre y su edad. Luego, refiere que finalizó el bachillerato y que intentó estudiar en el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA): *“intenté hacer un tecnólogo con el SENA, pero se me dificulta mucho trabajar en equipo, siento mucho conflicto con las personas que no son, que son poco interesadas en algo que se debe hacer en conjunto, entonces esas cosas me generan dificultades [...] no me gustan”*. Asimismo, expresa su deseo de estudiar psicología: *“creo que es algo que se me facilita mucho y algún día... ¡no me voy a morir sin estudiar!”*. Indica que cuando habla con otras personas disfruta platicar de sus hijos: *“me gusta hablar mucho de mis hijos porque son como mi motor y entonces [...] siempre los resalto a ellos; tengo dos hijos, el muchacho tiene 16 años y mi hija tiene 11 años entonces, pues yo me siento muy orgullosa de ellos”*.

Gina me comenta que a su hijo mayor le encanta el gimnasio y que la menor practica bicicross, deporte que le ha causado varias caídas y una fractura de la clavícula: *“verla a ella es como un empuje para decir: si ella puede seguirse levantando de semejantes caídas y quiere seguir en algo que sabe que le va a generar de pronto más adelante más fracturas, pues ¿por qué no lo hace uno? Uno que a veces no se fractura físicamente sino emocionalmente”*.

Luego de eso, empezamos a hablar de su ocupación valorada: *“la lectura me genera como espacios para mí, que me hacen sentir que ese es mi espacio, que ese es mi momento, me hacen como desconectarme de lo que hay acá; entonces, [...] me gusta leer en voz alta porque mientras yo leo siento como si fuera una película o una novela en mi cabeza. [...] Me tranquiliza; si tengo problemas, la lectura me saca de esas cosas que alrededor me atormentan o que me generan frustraciones”*. A Gina le gustan los libros de dramas y crímenes; en algunas ocasiones se emociona demasiado, tanto que ha llegado a gritar durante la lectura. Tiene la meta de leer ocho libros al año, pero los libros que ha leído este año son bastante largos; recordé que a inicios del 2022 leí una historia china de 1332 capítulos, así que cuando me dijo que se trataba de una historia larga, le pregunté si era de ese país, pero me dijo que no. Continuamos hablando de mangas y animes japoneses, un género que disfruto mucho.

Después de algunas recomendaciones literarias y risas de emoción por conversar de un tema que nos interesa a ambas, empiezo a preguntarle sobre su trabajo. Actualmente, Gina no está trabajando, pero me comenta que hace dos años salió de la empresa en la que nos conocimos; allí se desempeñaba como digitadora de estación de servicio (realizaba el registro de los recorridos de los carros, rendimientos, tanqueo de AdBlue<sup>18</sup>, kilometrajes, entre otros; le pregunto si esta información llegaba “escrita a mano” para que ella la digitara e ingresara al sistema y me dijo que sí).

Refiere que le gustaba su trabajo porque tenía autonomía; aunque todos los días realizaba las mismas funciones, ella *“podía aportar cómo hacerse su trabajo más fácil; yo todo el tiempo quería cambiar, yo quería siempre buscar la manera de acortar mis tiempos de alguna forma. ¿Si cambio esta fórmula? Y así. Tenía la posibilidad de crear archivos nuevos [...] y tratar de hacerle la vida más fácil a los auxiliares, hacérmela yo más fácil [...]”*. Otra de las razones que expresa Gina sobre el agrado hacia su trabajo se relaciona con el potencial de aprender, viendo y escuchando a los analistas de las estaciones de servicio. En ese momento habla de un analista que le permitió aprender bastantes cosas nuevas; lo considera como una persona abierta a compartir conocimientos.

Habría deseado tener mayores oportunidades para ascender, ya que aprendió varias cosas de su oficio con compañeros y jefes, *“de hecho uno podía reemplazar a un analista en las*

---

<sup>18</sup> Aditivo que sirve para reducir las emisiones contaminantes de los vehículos diésel.

*vacaciones; uno podía saber o por lo menos yo, yo sí; de hecho, muchas veces yo lo reemplace a él [a su jefe]; a mí me gustó trabajar allá, de hecho, no me parece una mala empresa [...] tiene malas personas, que es otra cosa". En ese momento comenzó a hablar de una de las líderes que tuvo, de una manera muy amarga: "era una mujer muy despectiva; cada vez que una auxiliar mujer quedaba en estado de gestación, ella hacía comentarios como: 'no sé, nos va a tocar es contratar sólo hombres porque aquí todas las mujeres se embarazan'. ¿Por qué ese tipo de comentarios?". Gina hizo referencia a que esa líder también realizaba comentarios desagradables sobre su estado de salud, haciéndola sentir que ya no era útil: "¡es muy horrible! sabiendo que usted le brindó muchas cosas buenas a un proceso [...] Cuando empecé a tener mi problema con la mano ella era como '¡Ay! ¿ahora donde la vamos a colocar?' [...] El hecho que ella me hubiera sacado de mi lugar de trabajo simplemente porque tenía una falencia me hizo sentir como inútil; entonces eso me dolía.*

Para Gina, cuando una persona *habita una condición de salud*, que en sus palabras denomina *falencia*, es importante brindarle apoyo y buscar la manera para que se sienta más cómoda. Mi compañera recuerda con tristeza que debido a su diagnóstico fue trasladada a otra sucursal de la compañía donde para criterio de su líder, tendría que digitar menos: "*mientras uno le es útil a la empresa, bien, pero ya como no es tan útil, entonces tienen que moverme, cuando podríamos hacer ciertas modificaciones para que de pronto yo pudiera disminuir un poco el tema que me estaba generando la afectación, sin que se afectaran realmente los procesos. [...] Pero no, para ella fue más fácil decir: allá (en otra sede) digita menos; ¡váyase para allá!, como si uno fuera un mueble".*

En ese momento reflexiono mentalmente que aun cuando se realizó una adaptación a la actividad laboral de la trabajadora (ser trasladada a otra sede donde a consideración de *otras personas* tendría menores niveles de exposición al peligro biomecánico), Gina se sintió como un *mueble*, como un objeto sobre el que se toman decisiones, ya que no fue consultada y no se tuvieron en cuenta sus propuestas; además, resalta la actitud negativa de la persona que tomó esa decisión y la forma en la que le fue comunicado el traslado.

Gina refiere que no le preguntaron sobre sus apreciaciones al respecto *por tener un carácter fuerte* y que esto dificultó la disposición de su líder para escucharla: "*nunca [me preguntó] porque yo tenía, yo tengo un carácter fuerte pero nunca soy grosera y no soy una persona que le guste callarse lo que piensa, o sea, yo siempre digo: a mí no me parece, esto*

*está mal [...] y ella decía que yo era conflictiva, entonces, por eso yo te digo que la gente no está preparada para escuchar la sinceridad; la mayoría de las personas prefieren que las traten como con hipocresía, como porque usted es mi jefe me da miedo que me eche, entonces yo no digo nada. [...] Pero yo no soy así y por eso ella me mandaba razoneros”.*

Mi compañera dice que *la parte humana es muy importante*; mencionó esto cuando dijo que la empresa en donde estuvo involucrada en procesos de rehabilitación profesional falló en el seguimiento a los jefes y/o supervisores (denominados como *líderes*), ya que unos eran muy empáticos con las realidades de los trabajadores/as, pero otros no. Recuerda a un ingeniero muy joven que se caracterizó por ser jovial, lo que generaba un buen ambiente laboral.

Entre sus motivaciones laborales se encuentran el disfrute de su trabajo y la independencia económica; me comenta que no siempre le gustó digitar: *digamos que fue algo que hice recursivamente porque pues yo fui mamá a los 16 años y mi hermana [...] me enseñó y me llevó al mundo de la digitación, [...] pero pues nunca pensé que fuera a tener tantas consecuencias con el tema después de mi mano*”. Luego de esto, Gina dice que su verdadera vocación está en la psicología, diciendo que le agrada escuchar y ayudar a otras personas, invitándolas a expresar sus sentimientos: *“si tienes que llorar, llora”*, por lo que veo que entiende la importancia de la escucha de las voces y sentipensares.

A propósito, para Gina escuchar es *“que tengan en cuenta las opiniones de uno [...] no es algo mecánico [...]; más que escuchar es como que realmente se vea reflejado que lo que uno piensa sí es tenido en cuenta”*; con base en lo anterior, considera que en algunas ocasiones fue escuchada en su trabajo (haciendo referencia al jefe que le permitía explorar nuevas maneras de optimizar sus actividades), pero que esto cambió cuando se presentó la *falencia de su mano*. *“Pero es que, o sea, si de pronto en vez de quitarme del sitio donde me gustaba trabajar hubieran optado por decir: quitémosle una estación externa ¡era exactamente lo mismo! Pero entonces como que la facilidad era sacarme; [...] para ellos era un no, no, no, no y entonces en ese momento empecé a sentir que era como como un estorbo, o sea que nada de lo que yo había hecho antes había servido para nada en ese momento”*.

Luego de explorar lo que para Gina es escuchar, indago sobre su comprensión acerca de la rehabilitación profesional, que es entendida *“como que alguien lo guía a uno en cuanto a sus falencias o sea como a las dificultades que tiene por alguna afectación”*. Allí le comento que este

proceso fue el que nos reunió en la empresa en la que nos conocimos e hice algunos aportes mencionando las actividades que se realizan para apoyar el desempeño laboral de un trabajador/a cuando presenta alguna condición en su salud.

Al respecto, mi compañera me cuenta que desde hace cuatro años fue *diagnosticada* con atrapamiento del nervio cubital, el cual afecta su mano derecha. Sus síntomas iniciaron con inflamación de la mano, codo y antebrazo por lo que comenzó el tratamiento médico y terapéutico con la EPS, junto con seguimiento desde medicina laboral de la empresa: *“mi manito mantenía muy inflamada todo el tiempo y [yo] trataba de hacer los estiramientos, pero no podía porque me dolía mucho, como que los músculos se sentían muy tensionados [...]; mi mano no reaccionaba a las terapias [...]. Después de una electromiografía el médico [de la EPS] dijo que no podía volver a digitar, [...] pero el médico laboral [de la empresa] me dijo que yo no podía dejar de hacer una función de mi mano [porque] es como una máquina que cuando se deja de usar, se oxida”*.

Gina comenta que tuvo algunas discusiones con el médico laboral de la compañía ya que sentía que no atendía las recomendaciones emitidas por el especialista de mano. Sin embargo, el médico laboral estableció que ella debía digitar solo cuatro horas diarias, no continuas. Más adelante, refiere que ella sugirió una reubicación en el área de almacén considerando sus gustos, intereses y capacidades sentidas: *“me gustaba el tema de mantenimiento, el tema del almacén, lo de los repuestos y todo eso; yo decía: yo soy buena para aprenderme códigos y todo eso, pues ¿por qué no? Y tampoco nunca me tuvieron en cuenta para esas cosas”*. Según expresa, en la empresa le dijeron que no podían reubicarla *“hasta que no saliera un diagnóstico por la ARL”*. En ese momento tampoco se sintió escuchada porque sus opciones fueron descartadas y *“porque yo les estoy tratando de dar soluciones, o sea, que uno no sea un problema y sentirse precisamente así, como el que ya no sirve. [...] Me hacían sentir inútil, como que no cabía en ningún lado”*.

En este punto de la conversación me invade una inquietud que se atañe con lo que está diciendo Gina, y que me recuerda algunos hechos que he presenciado en mi experiencia profesional: si yo como terapeuta ocupacional escuchaba a los trabajadores/as (sus necesidades, inquietudes, sugerencias, etc.), pero al momento de proponer algunas de sus sugerencias a los *tomadores de decisiones* de la compañía y estas no se podían llevar a cabo ¿Tampoco se habría sentido escuchada? Ella gentilmente me respondió: *“es diferente porque*



*pues cuando uno ve que por lo menos tratan, pues uno dice: bueno pues por lo menos lo está intentando, pero pues cuando la respuesta siempre es negativa, uno queda ¿Pero por qué?”.*

Gina continúa con sus reflexiones indicando que la escucha debe tener como primer emisor y receptor al propio trabajador/a: *“para que uno no se sienta tan excluido debe ser primero uno al que le pregunten, bueno, o sea, ¿Cómo podríamos nosotros de alguna manera, no sé, hacer un espacio donde no te sigas afectando? O sea, que la primera persona sea uno”.* Pone el ejemplo hipotético de una persona que desea una reubicación que no se puede llevar a cabo, indistintamente del motivo; ella dice que es mejor una negativa explicada que una negativa contundente sin razones: *“no podemos reubicarte, pero, no sé, de pronto plantéanos otra cosa, ¿Cómo te sentirías más cómoda?”.*

Gina sigue contando detalles de su experiencia en rehabilitación profesional, diciendo que ni las opciones que dio para modificar sus actividades ni la de la reubicación fueron escuchadas; por el contrario, refiere que inicialmente fue trasladada a una sede donde el frío aumentó el dolor, generando que consultara de urgencias a su médico quien le indicó que no podría continuar allí; luego de esto su líder le preguntó de manera sarcástica: *“¿Dónde quiere la señorita? Pues no la podemos poner en ningún lado”.* Mi compañera siente que otras personas, particularmente su jefe, consideraban que dicha situación era un capricho y se pregunta: *“¿Quién va a querer enfermarse? Nadie”.*

Posteriormente, reflexiona diciendo que al final *le hicieron un favor*, ya que el traslado a otra de las sedes favoreció un mejor ambiente laboral, aunque quedara muy lejos de su lugar de residencia: *“no hay mal que por bien no venga”*; con esto, concluimos que el traslado fue percibido por ella como positivo, pero no la forma cómo este se dio. Dialogamos sobre la importancia de promover espacios de concertación, puesto que podrían disminuir situaciones tensionantes entre la población trabajadora y otros actores del proceso, generadas por un sentimiento de obligación e imposición; mentalmente agrego que una buena evaluación y acompañamiento son fundamentales para la toma de decisiones concertadas; cuanta más información se brinde a las personas, mejores decisiones podrán tomar. La rehabilitación profesional debe propender por la construcción de codecisiones, basada en una actitud de escucha, empatía y proximidad donde el trabajador/a sienta que es tenido en cuenta.

A propósito, una apuesta por la empatía y el entendimiento de los dolores y sentipensares de Gina (recordando a Luisa Palacios, 2016), pasa por conocer, entre otras cosas, qué actividades de la vida diaria se le dificultan realizar por el *diagnóstico* que habita: *“no puedo lavar, no puedo barrer, no puedo trapear, no puedo escribir [...] No puedo sostener el cabello con la mano derecha [lo que dificulta la actividad de peinado]”*.

Al preguntarle si sabía los criterios que se tuvieron en cuenta para su ingreso a un programa de rehabilitación, recordamos su experiencia en una estrategia diseñada en la empresa donde nos conocimos y que consistía en la realización de ejercicios y estiramientos dirigidos por fisioterapeutas: *“a mí solamente me dijeron ¡Vaya preséntese allá por lo de su mano! Y yo ¡ah bueno! Y yo fui”*. En cuanto a sus expectativas con respecto a este proceso, manifestó: *“pues la verdad pensé que era como las terapias parecidas a las de la EPS, pero yo decía: no, es algo más como profesional en cuanto a lo que uno tiene; y pues a la final varias veces sentí que era como algo inútil porque nos tenían a todos, o sea, a un señor que sufre de la columna, con una muchacha de una rodilla y conmigo de un brazo, haciendo exactamente todos los mismos ejercicios. [...] La verdad no me parecía coherente [...] y me generaba frustración y pereza”*.

Gina también recibió acompañamiento por terapia ocupacional, el cual recuerda de forma positiva indicando que se sintió escuchada por la profesional: *“ella fue un apoyo emocional para que no me diera tan duro el traslado [...] O sea, ella me hacía abrimme como a la posibilidad de verdad, como de explorar nuevas cosas, o sea, ella me decía: ‘no veas el cambio como que te obligaron a estar acá, sino como una expectativa de que puedes hacer algo mejor para ti’, entonces bueno, ¡planteándomelo de esa manera! La terapeuta ocupacional le recomendó probar el nuevo sitio de trabajo durante un tiempo, de tal modo que si no se sentía bien se revisaría el proceso nuevamente: “ella me dijo que, ‘si no te llegas a sentir acá, en dos meses hablamos, miramos qué podemos hacer’. [...] Yo sentía que ella si me escuchaba”*.

Recordemos que Gina tiene un atrapamiento de nervio cubital, el cual está siendo tratado como un evento de origen común; ahora bien, mi compañera tuvo un accidente de trabajo antes de su traslado: *“estaba tanqueando una buseta y me lavé en combustible; entonces, me cayó ACPM en los ojos, me tocó ir a urgencias [...]; me tuvieron que hacer lavado; me dieron como cuatro días de incapacidad, porque me hicieron dilatación de pupila y todo”*. Teniendo en cuenta que Gina ha transitado por un evento común y otro laboral, pude preguntarle si percibió diferencias en la atención de ambos casos: *“si claro; [...] [de la empresa] me dijeron que me fuera*

*para, no sé, algo de la Clínica de Ojos, o no sé dónde y yo llegué allá y de una me atendieron, [...] me dieron las gotas de una vez que necesitaba*". Entretanto, menciona que por el diagnóstico de su mano ha tenido varias incapacidades, con las cuales percibe también diferencias en las prestaciones económicas: *"la incapacidad no se la pagan completa cuando es por EPS; por la ARL sí"*.

Recapitulando, las decisiones que se tomaron en el proceso de rehabilitación profesional fue el ingreso de Gina a un programa de ejercicios y el traslado a otra sede, pero, sin consultar a la trabajadora ni escuchar sus apreciaciones; por ejemplo, el traslado le fue notificado un día antes: *"de hecho, yo había salido de vacaciones y cuando volví al otro día tenía que ir a [la otra sede] [...]; ya se habían llevado hasta mi pantalla". [...] Me dio mucha rabia; me quedé callada [...], me dieron ganas de llorar [...], no me dijeron: ¡ven Gina, tenemos la posibilidad de trasladarte [...]"*. Algo de lo que más le *duele* es que su jefe no le comunicó directamente esta decisión, sino que le fue informada por otra persona, alegando que la comunicación con la trabajadora es difícil. Afortunadamente, no solo el apoyo de terapia ocupacional ayudó a ver el traslado de una manera diferente, sino también la presencia de un líder con quien ya había trabajado y que reconocía sus logros. No obstante, este líder la cambiaba cada mes de puesto para *sacarla de las zonas de confort*. *Él me decía que yo me metía mucho en las zonas de confort y usted tiene que dejar de acostumbrarse a eso para que no le den duro los cambios"*.

Gina no tiene clara la meta de rehabilitación profesional que se aplicó para su caso, pero entre las dos analizamos que pudo haber sido la de reintegro con modificaciones, ya que se mantuvo en su mismo cargo, pero se hicieron modificaciones en la asignación de tareas y distribución de tiempos.

A ella le hubiera gustado ser escuchada de manera diferente: *"a mí me hubiera gustado que me hubieran dicho [...] estas son las funciones que tenemos ¿Cuáles crees que puedes hacer sin que afectes a tus compañeros, pero que podamos repartir el trabajo equitativamente? [...] Haber establecido un diálogo más abierto y donde fuera como tenida en cuenta la opinión de uno. A veces uno que es el que trabaja, el que sabe qué es lo que está haciendo, sabe qué le puede afectar y qué no"*. Gina me comenta que sus compañeros/as de trabajo la apoyaron mucho y que mostraban su preocupación cuando sentía dolor. Le preguntaban si necesitaba ayuda y se ofrecían para encargarse de la digitación de información de algunos de sus patios, mientras que Gina se encargaba de otras actividades; no obstante, dice que, aunque dicho ofrecimiento fue

sugerido por sus propios compañeros, el intercambio de funciones tampoco fue aceptado por su jefe (pre-traslado), porque lo consideraba inequitativo. Estas modificaciones fueron un poco más fáciles de hacer cuando cambió de líder.

Dentro de sus propuestas para mejorar procesos de rehabilitación profesional está la realización de actividades de formación y concienciación a jefes, donde se fortalezca la empatía y el reconocimiento de diferentes condiciones de salud, incluidas las *enfermedades adquiridas laboralmente*; *“una vez escuché a una jefe [...] decir ‘es que se quejan de nada’ [...]. Hasta que uno no siente en carne propia lo que es vivir un proceso de esos, no sabe de lo que está hablando”*.

En cuanto a las barreras que identificó en su tránsito por rehabilitación profesional menciona que la programación de sus tareas laborales no se modificaba para los días en los que debía asistir a las actividades con fisioterapia en la empresa, así que no tenía claro si participar de ellas o no *“porque sabía que no iba a alcanzar a entregar el trabajo”*. Sin embargo, reconoce que una facilidad que ofreció el programa fue la de no afectar su tiempo de descanso y con su familia. También resaltó como positivo el apoyo brindado por uno de sus jefes, a quien considera un apoyo emocional para ese entonces: *“él me hizo sentir que no soy un mueble, que no soy una inútil; aprovechaba lo que yo sabía y me enseñaba nuevas cosas”*.

Aconseja a quienes están viviendo experiencias de rehabilitación permitirse explorar y aprender nuevas habilidades y oficios, trabajando su capacidad de adaptación y su inteligencia emocional: *“no cerrarse a las posibilidades [...]; uno debe aprender cómo que si tengo una afectación debo ser útil entonces en otra cosa; no puedo creer que solamente un solo oficio que he hecho toda mi vida, [...] me va a caracterizar a mí como persona”*. Sin embargo, incluye que se debe tener en cuenta que este proceso puede ser *duro* para las personas, sobre todo cuando les asignan funciones que nunca habían realizado.

Reflexiono sobre las palabras de Gina y pienso que los procesos de rehabilitación profesional deben ser únicos para cada persona; cada quien experimenta estas situaciones de manera distinta (las condiciones de salud que habitan, su dolor físico y emocional, los cambios en sus actividades de la vida diaria, las dificultades que atraviesan para ejercer sus derechos, etc.), así que escucharles desde la proximidad y la empatía, con una actitud de cuidado (como invita Palacios, 2016), podría ser un factor que facilite esa gestión emocional, ese aspecto

psicosocial y el abordaje de los casos. En nuestra conversa cara a cara también llegamos a la conclusión de que es importante que todos los actores involucrados sepan comunicarse, *sepan decir las cosas*.

En algún momento Gina habla de los despojos, de las pérdidas, recordando su traslado: *“uno siente como un golpe, como una pérdida, [...] este era mi lugar de trabajo, mis compañeros, mi espacio y uno saber que va a estar en un lugar donde casi no hay nadie [...] todo eso lo afecta a uno”*; de esta manera, sugiere que la toma de decisiones conjuntas incluya propuestas adaptativas: *“¿Qué te parece si vas allá y miras cómo te sientes? Si no, te vamos a enviar a [otro sitio] [...]. Que nada sea arbitrario sino progresivo”*.

Su familia es muy importante para ella; con su esposo se permitió llorar cuando fue notificada del traslado; él le recomendó tomar con calma el proceso y acudir al médico para saber qué consideraba al respecto. El traslado a una sede de la empresa que quedaba muy lejos de su hogar perjudicó su relación con sus hijos, ya que pensaban que *no les dedicaba tiempo*. Refiere que en algún momento solicitó cambio de horario para atender unas situaciones particulares con ellos, pero también se le negó.

Continuando con las preguntas pretexto, Gina me comenta que recibió atención de medicina laboral, ortopedia de mano, fisioterapia y terapia física. Indica que la programación de exámenes y citas con especialistas, sobre todo con el especialista de mano, es un proceso muy demorado (aproximadamente, tarda de tres a cuatro meses, según su experiencia).

Quiere agradecerles a sus compañeros por su apoyo y al jefe que la ayudó; a él lo considera como su *ángel de la guarda* y su polo a tierra emocionalmente. Piensa que el médico de la empresa *“es una persona demasiado cerrada, que él es el que sabe; que cree que sabe de todo [...]”; a mí me parece que ellos deberían ser más objetivos [...]. ¿Será que les pagan para quitar restricciones? Bueno, no sé; pues obviamente uno enfermo es una pérdida para la empresa, de alguna manera, pero pues yo no quiero sentirme así”*.

En cuanto a cambios en el trabajo derivados de estos procesos resalta que se fortaleció la realización de pausas activas, porque *“hasta que uno no está afectado es que uno no se concientiza que realmente debe hacer[las]”*.

Finalizadas nuestras preguntas pretexto, quise saber cómo se sintió mi compañera de co-labor durante nuestro encuentro y me dijo: *“como que uno habla y uno dice: ¡uy, tantas cosas tenía yo ahí y que no había dicho nunca!”*. Desea que esta co-labor sirva para concienciar a los empleadores de que no vean a los trabajadores que habitan una condición de salud (o en sus palabras, una *falencia*) como una pérdida, sino como seres que tienen capacidades que pueden ser aprovechadas de otras formas, atendiendo sus emociones y evitando que se afecten por el proceso, *“porque a veces uno se cierra a los cambios precisamente por la forma como le dicen a uno las cosas”*. Desea que se consideren las opiniones y *el sentir* de los trabajadores/as: *“es más la parte humana que la parte técnica. [...] Que esa parte humana prevalezca siempre; que sea usted tenido en cuenta”*. Sugiere que se pregunte a la persona: *“¿Usted cómo puede ser más funcional en la empresa si usted ya no puede conducir? Si usted ya no puede digitar ¿En qué le puede aportar a la empresa para que sea útil? ¿En qué cosa se puede desempeñar?”*

Gina hace una afirmación muy potente dirigida a los empleadores y empleadoras: *“si una empresa fuera inteligente, tendría muy en cuenta la parte humana porque eso es demasiado importante; una persona es más útil cuando sabe(n) que su parte humana está tranquila, su parte emocional está tranquila”*. Cuenta el caso de la empresa donde trabaja su esposo en la que mantienen una actitud de acompañamiento con los trabajadores, por lo que percibe que él trabaja con mayor compromiso.

Después de nuestra conversa, la acompañé a ir por su hija al colegio; mientras ella comía un algodón de azúcar, Gina y yo hablábamos sobre el barrio, el colegio y la práctica de bicicross de su hija; luego, regresamos a su casa y me invitó a comer torta con yogur. Posteriormente, pudo realizar su actividad significativa leyendo uno de sus libros favoritos en voz alta; eligió el prólogo, el cual me dijo que no tiene nada que ver con el contenido del texto, pero que le gustó. Leyó en presencia de su hija, quien de vez en cuando paseaba por la sala cargando a su gata.

Me habría gustado poder involucrar más de la actividad significativa de Gina en nuestra charla, pero, recordando lo que ella me dijo, tenía mucho por contar y mucho que desahogar. Aunque no lloró, expresó su ira y su tristeza. También me dijo que su casa es su espacio significativo y por eso me invitó. Antes de irme le pregunté si el título “Una historia en voz alta” le agradaba para su capítulo en este texto polifónico y me dijo que sí.

Después de diseñar la portada de su capítulo, le envié la imagen por WhatsApp y me dijo que le había gustado; me inspiré en los libros que adora, en sus mascotas (por eso las huellitas) y en el bicicross que practica su hija. El título tiene de fondo unas ondas sonoras, haciendo alusión al volumen de su voz que desea amplificarse. La única retroalimentación que me dio Gina fue la de agregar un balón por su hijo, y así lo hice. Gracias Gina por contarnos tu historia, por abrirme las puertas de tu casa, por permitirme conocer a tus hijos y por escuchar tu voz al hablar sobre tu experiencia y al leer uno de tus libros favoritos.

#### 7.4. La Historia de Oscar Ricardo: “Palabras, Pasos Y Café”



Palabras,  
pasos y café





Esta es la historia de don Oscar Ricardo, con quien nos conocimos en una empresa de transporte hace aproximadamente cuatro años; él era operador (conductor) de bus zonal y yo apoyaba procesos de rehabilitación profesional. Cuando lo invité a esta co-labor, me dijo que le gustan los centros comerciales y por eso nos encontramos en Centro Mayor; para él estos sitios son una distracción de su trabajo, le permiten realizar otras actividades significativas como las de ir al cine o comerse un helado: *“es como cambiar el chip que tiene uno en la oficina [...], cambiar ese ambiente y estar bien. Olvidarme de mis males; [...] me ayuda a olvidarme de que tengo esas dolencias. [...] eso me ayuda a no pensar de que tengo una discapacidad, o sea, una enfermedad”*.

También le agrada rodar en moto, *“me gusta sentir esa adrenalina, pero bonita, o sea, no a grandes velocidades, sino de sentirse uno libre en ese rodar”*. Me comenta que ama la naturaleza y que le encantan los animales; recuerda con mucho cariño a su mascota: *“tengo un animalito hermoso [...] es ese ser que me llena de energía”*. En ese momento se le quiebra un poco la voz, diciendo que su perrita es muy especial para él y que, muchas veces, lo acompaña en sus paseos, *“yo le muestro mi maletín y ella ya sabe, ya espera que la suba, la cierro [la maleta], queda su cabecita por fuera y nos vamos a rodar”*. Le digo que me parece hermoso lo que me cuenta y me conmuevo imaginando la escena.

En compañía de un exquisito tinto, Don Oscar Ricardo me dice que se desempeñó por más de 35 años como conductor de vehículos de diferentes tipologías, pero debido a sus condiciones de salud, tuvo que ser reubicado: *“[...] me cambió la vida por mi enfermedad [...] tengo tres hernias discales [calificadas como de origen común]”*. Actualmente, está en tratamiento médico y terapéutico por pérdida de fuerza en el primer dedo (pulgar) de ambas manos; también presenta alteraciones en la marcha, asociadas probablemente al dolor que sintió hace unos años en ambos pies<sup>19</sup>.

Para don Oscar Ricardo, si bien le ha cambiado la vida, siente que ha podido aprender nuevas cosas con sus reubicaciones: *“aprendí a manejar un Excel, aprendí a comunicarme con la gente, a hablar en público, porque yo era una persona muy tímida... aún lo soy, pero ya me he abierto porque me han enseñado”*. Incluso siente que su temperamento ha mejorado: *“ha cambiado mi vida, no a mal sino a bien [...]*.

---

<sup>19</sup> En el colabradorio, don Oscar Ricardo nos informó que se encuentra en estudios para confirmar el diagnóstico de apnea del sueño.

Su experiencia en rehabilitación profesional comenzó a finales de 2014 cuando empezó a sentir dolor después de operar buses zonales durante cuatro o cinco horas; señala que *“no sentía las piernas; entonces, me tocaba estar cogido de la puerta para no caerme porque la fuerza de las piernas no me daba; [...] duraba cinco u ocho días quieto del mismo dolor”*. En la EPS le ordenaron varios exámenes y le indicaron que no podía seguir conduciendo: *“me pusieron unas restricciones de no peso, no escaleras; mi pausa activa era cada dos horas [...]; los médicos dijeron que ‘restringido totalmente’”*. Considera que los resultados de los exámenes médicos y las recomendaciones posteriores fueron los criterios que se tuvieron en cuenta para iniciar su rehabilitación profesional. Con esto, me dice que no tenía expectativas con respecto al proceso, pero que fue *duro* para él cuando le dijeron que no podía volver a conducir, o en términos utilizados en la empresa, a operar vehículos. A raíz de lo anterior, le inquietaba lo que iba a pasar y lo que debía hacer, por lo que en la empresa le expresaron que lo más importante era aprender, así que don Oscar Ricardo prefirió esperar qué le decían en la compañía y en qué le sugerían desempeñarse.

De este modo, después de la atención médica, el área de HSEQ<sup>20</sup> de la compañía realizó un análisis de su cargo como operador para verificar la viabilidad de la reubicación temporal. Inicialmente, le asignaron funciones de apoyo en mensajería y archivo; luego, fue reubicado en el área de bienestar donde entregó regalos de cumpleaños, navidad y otras fechas especiales a sus compañeros: *“se recibían los regalos que la empresa compraba; se hacía como una organización para los centros de operaciones [...]. Me daban la lista [...] y se hacían esas entregas masivas”*. Considera que no lo capacitaron para la realización de estas funciones, sobre todo las relacionadas con el manejo del público, *“nunca me dijeron: oiga, se debe hacer este paso a paso [...] [yo decidí] ser esa amabilidad que necesita la gente de parte de la empresa [...] pero eso era como aprenderlo uno mismo”*.

Don Oscar Ricardo recuerda de manera positiva la mayoría de las actividades que apoyó, entre ellas la logística de eventos importantes en la empresa, como por ejemplo, celebraciones del día de la madre y de la niñez: *“era bonito porque uno entregaba una parte de uno, como un granito de arena en ello [...] Nunca se tuvo problemas porque se estuvo bien emocionalmente [...], yo me sentía útil porque di una parte de mí para hacer esas cosas bonitas”*. Tras cerca de cuatro años de estar en el área de bienestar fue trasladado al área de capacitación: *“fue como*

---

<sup>20</sup> Área encargada de gestionar temas de salud, seguridad, medio ambiente y calidad en una empresa. HSEQ corresponde a las siglas por su nombre en inglés: Health (salud), Safety (seguridad), Environment (ambiente) y Quality (calidad).

*un cambio de ambiente [propuesto por el área de bienestar], fue como un préstamo". Mi compañero de co-labor me explica que fue prestado a diferentes áreas por su buen desempeño y su disposición para colaborar en múltiples actividades; menciona que incluso brindó información a trabajadores que se retiraban para reclamar sus liquidaciones: "en lo que soy profesional ya no lo puedo hacer, pero sí puedo aprender algo ¡yo lo aprendo! Y si yo puedo hacer algo y puedo ser útil a esa área lo hago".*

Afirma que le gusta su trabajo actual; dice que en el área de capacitación aprendió Excel "el cual [l]e abrió muchas puertas", haciendo referencia a que podía realizar más funciones y entendía las solicitudes que le hacían sus líderes; también me comparte que fue reconocido por sus jefes y compañeros/as de trabajo; incluso hubo momentos en que le decían *profe*, indicando que se sentía *chévere*: "en lo personal me ha ido muy bien". Ha sentido más alegrías que tristezas o represalias durante todo su proceso de rehabilitación profesional: "yo digo que los cambios los hace uno mismo; la actitud la hace uno mismo [...]; uno mismo se rechaza a esos cambios que puede haber, pero si uno pone de su parte, ese cambio puede prolongar".

En cuanto a sus motivaciones para trabajar menciona a su familia y a su hijo de 23 años: "puedo demostrarle que aunque yo estoy así, puedo continuar; puedo demostrar en otras áreas de que puedo hacer las cosas". Percibe que su hijo lo apoya, lo escucha y lo reconoce ya que puede contarle temas de su trabajo y él lo aconseja, generándole sentimientos de tranquilidad: "me siento muy orgulloso porque fue un muchacho el cual salió adelante [...] es muy estudioso; [...] es un ingeniero electrónico que está ahorita fuera del país pero tenemos una comunicación muy bonita".

Ya que empezamos a abordar el tema de la escucha, le pregunto qué significa esto para él y cómo sabe que lo están escuchando: "porque le ponen a uno atención; en ese momento te sientes atendido". Posteriormente, me dice que a veces no se sintió escuchado en su trabajo ya que en una de las áreas donde brindó apoyo después de ser reubicado, se sintió *vulnerado* porque "no me quisieron escuchar; me tocó [...] poner un informe para que me escucharan". Quise indagar un poco más sobre qué fue lo que marcó la diferencia en los *niveles de escucha* con respecto a otras áreas, y considera que fue por la actitud del jefe: "esa persona se creía muy sobrado para decirme las cosas [...] y yo no aprendo de esa manera; yo tengo mi forma de aprender, entonces, él tenía una forma de enseñar muy rápida y yo de pronto me demoro un poquito, pero de que lo aprendo, lo aprendo". También indicó que su jefe le asignaba varias

tareas, o le estipulaba una mientras hacía otra y luego le llamaba la atención por no haber terminado la primera.

En la carta don Oscar Ricardo escribió que no se sentía escuchado, pero su jefe no estuvo de acuerdo, diciendo que *es un profesional en psicología*; sin embargo, para concepto de mi compañero *“puede tener todo ello, pero yo le decía ¡acá falta un poco de humanidad! [...] es la forma en la cual me digan a mí”*. Desde su criterio, haber colocado en conocimiento lo sucedido y confrontar la actitud de su jefe (proceso mediado por el área de Bienestar), generó cambios positivos, puesto que en la conciliación el jefe implicado reconoció el desempeño y buena actitud de don Oscar Ricardo en otras áreas. Ahora bien, él dice que su jefe no cambió de actitud pero logró ser trasladado de área; reconoce que se sintió escuchado cuando organizaron la reunión y cuando le asignaron otras funciones.

Para la realización de ese nuevo traslado, don Oscar Ricardo me informa que desde HSEQ le ayudaron con la búsqueda de otra área, y al presente se encuentra en el área de Tecnología desempeñando tareas relacionadas con Recaudo Bogotá<sup>21</sup>. No obstante, menciona que actualmente se siente menos escuchado porque el área de HSEQ se ha apartado: *“ya no ha tenido ese interés de los primeros años [...] ya no he sentido ese acompañamiento”*.

Entre otros temas, mi compañero entiende a la rehabilitación profesional como *“ese cuidado que le da la empresa al trabajador, [...] que sus pausas activas sean las correctas, que el cambio en verdad sea justo y que no haya mucha carga laboral [...]; que sea acorde a lo que uno sabe [y lo que uno puede]”*. En ese momento me permito decirle a don Oscar Ricardo que la palabra *cuidado* me llama la atención y que deseo resaltarla en mis apuntes; me parece interesante que considere a la rehabilitación como una acción de cuidado y pienso que esto puede deberse a que su tránsito por este proceso ha sido reconocido como positivo por él.

Por otro lado, don Oscar Ricardo me indica que su condición de salud es progresiva, por lo que incluso después de su reubicación aparecieron más hernias: *“el médico me dijo que el desgaste en mis vértebras iba a aumentar”*. Refiere que tiene afectaciones físicas y psicológicas porque *“no es el mismo en casa [...]; uno tiene que cohibirse de muchas cosas; [...] yo era una persona más activa que ahora. Los oficios, varían mucho: ya no puede uno tender una cama, no*

---

<sup>21</sup> Empresa dedicada a operar el recaudo para el Sistema de Transporte Público de Bogotá.

*barrer; ya no puede hacer esas actividades que debería ayudar en el hogar*". Ahora bien, mi compañero resalta que vive solo y que actualmente puede desarrollar más actividades de ocio.

Considera que ha podido participar en la toma de decisiones durante su proceso de rehabilitación profesional, ya que le han preguntado si desearía estar en determinada área antes de ser trasladado; además, porque puede aplicar los conocimientos que ha adquirido: *"me piden ese apoyo [...] y yo, sí claro, con mucho gusto [...] ¡Qué bonito aprender y enseñar! Eso también me ha gustado"*.

En ese momento decidimos salir a caminar para que don Oscar pudiera modificar su postura y evitar la sensación de dolor, así que tuvimos una *charla caminada*. Entre pasos, me dice que sus jefes lo han apoyado y tratado bien (exceptuando al líder con quien mencionó haber tenido dificultades). Manifiesta haberse sentido escuchado y reconocido ya que era solicitado en diferentes áreas, además que *"me decían: usted es bueno y me recomendaban a otro jefe"*. Por otro lado, percibe que algunos compañeros/as le tenían envidia porque en algunas ocasiones lo hacían sentir como el *sabelotodo* o que se *creía el jefe*. Prefiere mantener la calma ante estas dificultades por cuanto *"la vida [l]e ha enseñado a hacer las cosas de maneras diferentes con un diálogo"*; mientras tanto, otros compañeros/as le han dicho que *"chévere que todo el mucho fuera como usted, amable, que lo atendiera a uno"*.

Indica que no se ha sentido discriminado por su condición de salud *"[...] me dicen que en mí ven una persona no enferma sino echada para adelante [...]. Usted es muy juicioso, no lo veo quejar"*. Don Oscar Ricardo dice que varios líderes le han comentado que cuando asignan actividades a otros trabajadores que están transitando por procesos de rehabilitación profesional, se quejan y no las realizan por *pereza* o porque *les están vulnerando sus derechos*. Considera que él asume una posición diferente al respecto porque: *"yo puedo estar enfermo, pero tampoco me dejo llevar por la enfermedad porque psicológicamente me voy a enfermar más"*.

Mi compañero de co-labor se siente satisfecho con su proceso de rehabilitación profesional y no le cambiaría nada: *"yo lo dejaría igual porque he tenido una buena experiencia [...]; todo viene de uno, de querer hacer las cosas [...]. Yo he querido aprender, yo he querido superarme [...]; que esto no sea motivo para no hacer otras actividades"*. Identifica como facilitadores de su proceso las actividades que le han asignado ya que son de su agrado y valora el aprendizaje que ha obtenido de ellas; en cuanto a barreras menciona su estado de salud

*“porque me ha impedido hacer otras cosas; si camino mucho me hace daño, si me siento mucho tiempo me hace daño, si me paro me hace daño [...]”.*

Acerca de la participación de su familia en el proceso de rehabilitación, don Oscar Ricardo dice que su hijo siempre lo apoya y está pendiente, pero que otros familiares no están tan involucrados como quisiera, aunque sí se preocupan por su salud. Recuerda con cierta amargura una oportunidad en la que estuvo hospitalizado por una condición gastrointestinal y no se sintió tan apoyado por su familia, pero sí por su hijo.

En otros temas, señala que varios profesionales han acompañado su proceso aunque no explicita cuáles, salvo una psicóloga; también menciona a los/las profesionales de HSEQ de la compañía. Indica que tuvo que cambiar de EPS ya que la atención era bastante precaria y en la actual, ha mejorado. Considera que se debe fortalecer el seguimiento a las enfermedades y mejorar la disponibilidad y continuidad de consultas médicas y terapéuticas: *“le ponen mucho obstáculo; le dicen a uno: ‘listo, su terapia para esto y uno va a buscar y dentro de un año’.* También recomienda optimizar el trato y ofrecer uno más digno; por otro lado, cree que los procesos de rehabilitación profesional deben garantizarse y ser continuos en las empresas.

Como respuesta a la última pregunta pretexto, don Ricardo indica que no ha evidenciado cambios en su trabajo derivados de los procesos de rehabilitación profesional: *“desafortunadamente, no ha habido correctivos en la empresa; como te digo, nos han abandonado un poco y solo es trabajo, trabajo y trabajo”,* dejando de lado actividades que pueden ser significativas para las personas en el desempeño de sus funciones *“es un tema que viene de parte y parte”.*

Para él, su caso ha sido exitoso y uno de los factores que marcan la diferencia con respecto a otros, es la actitud del trabajador y su disposición para aprender: *“es la forma de pensar de cada persona; para mí, como están en un sindicato, piensan que con eso van a hacer más cosas. La empresa no necesita que un trabajador esté en un sindicato”,* pero opina que debe haber espacios de concertación.

Al final de nuestras preguntas, me dice que se percibe como un hombre espiritual, creyente de Dios; me cuenta sobre un accidente de tránsito donde *murió y regresó a la vida;* menciona que llegó a una dimensión en donde no existía el dolor físico ni mental. Recuerda que

en ese encuentro con Dios pudo pedirle que lo dejara continuar con su vida y al hacerlo, siente que se debe a un propósito. Ha tratado de ser una persona sencilla, cordial, con una buena actitud frente al trabajo y la vida: *“me gusta ser una persona útil a la sociedad, a la vida [...] yo quiero a mi empresa”*.

Después de nuestra conversa, fuimos a un restaurante donde me permitió invitarlo a cenar. Cuando finalicé el diseño de la portada de este capítulo, se la compartí a don Oscar Ricardo por WhatsApp para preguntarle si le gustaba la imagen y el nombre, diciéndome que sí. Me inspiré en el café que nos tomamos, en las personas y las mascotas con quienes nos encontramos mientras caminábamos durante nuestra charla. Muchas gracias don Oscar por aceptar mi invitación y por compartirme [nos] sus experiencias.

### 7.5. La Historia de Orminso: “Una Cuestión De Suerte”.



*Una cuestión de suerte*



Este capítulo está inspirado EN y coconstruido CON don Orminso, otro compañero que conocí en la empresa de transporte donde apoyé actividades de rehabilitación profesional. Inicialmente, lo contacté por la red social Facebook y luego pudimos comunicarnos telefónicamente; cuando lo invité a participar de esta co-labor me dijo que estaba interesado y que tenía muchas cosas por contarme. Al momento de preguntarle sobre su actividad significativa indicó que le encanta jugar ajedrez y parqués; recuerdo que después de hablar con él descargué una aplicación en mi celular para aprender un poco de ajedrez y le pedí ayuda a mi sobrino para entender mejor el juego, pero no me fue tan bien como esperaba. Afortunadamente, Orminso también sugirió el parqués y en ese juego me siento más preparada.

Llegado el día de nuestro encuentro, fui invitada a su casa donde se encontraban su esposa y su hija; nos presentamos de manera cordial y luego comenzamos la conversa con Orminso; lo primero que acomodó en la mesa fue el tablero de parqués, las fichas y los dados, pero no empezamos a jugar sino hasta después de casi una hora de estar hablando. El que sacara el puntaje mayor lanzando un dado tendría derecho a *salir primero*; ese día estuve de suerte porque pude sacar todas mis fichas en un solo turno. Orminso tardó un poco en salir pero tuvimos un juego bastante reñido; lo más curioso es que lanzábamos los dados en medio de las preguntas pretexto y entre los dos teníamos que recordarnos quién tenía el próximo turno y si *habíamos corrido* las fichas. Fue todo un reto para mi memoria. Afortunadamente, acompañamos la conversa con un delicioso tinto. Veamos qué nos compartió mi compañero de co-labor.

Orminso Reina se reconoce a sí mismo como un hombre muy espiritual; cuando le pregunto ¿quién es usted? Me dice que todos los días se hace la misma pregunta y que la consulta en oración: “*esa pregunta en mis oraciones se la hago a Jesús, a Dios ¿Quién soy yo? ¿Qué hago en este mundo? ¿Qué hago en este lugar? ¿Cuál es la finalidad de mi existencia? Y no me he podido dar respuesta, pero sí le puedo decir que soy un muy buen padre, un buen abuelo, soy una persona muy trabajadora y mi lema ha sido siempre el respeto*”. Agrega que le gusta dialogar, escuchar e investigar.

Eligió la actividad de jugar parqués porque cuando era niño se reunía a jugarlo con sus hermanos y por eso le trae bonitos recuerdos; también le gusta porque involucra habilidades matemáticas y de estrategia.

Para mi compañero su motivación para trabajar es sentirse dignificado y poder lograr sus objetivos, entre ellos, comprar una casa, un vehículo, viajar y educar a sus hijos. Cuando era niño quiso ser sacerdote, luego, abogado, pero *por cosas de la vida* no pudo serlo, así que trabajó como guarda de seguridad (se preparó en la Policía), obrero y conductor. En la empresa en donde nos conocimos, trabajó inicialmente como operador de bus y luego se desempeñó en las áreas de Operaciones y Recursos Humanos, como parte de su proceso de rehabilitación profesional.

Actualmente, se encuentra en el área de HSEQ donde se le asignaron las funciones de brindar charlas de salud y seguridad, velar por el cumplimiento de normas de patio (tránsito) y liderar temas de emergencia y capacitaciones a brigadistas (primeros auxilios). Me dice que su trabajo le apasiona y que lleva más de 35 años como brigadista: *“soy feliz capacitando, entrenando [...] aportándole mi conocimiento a los demás [...]”*. No obstante, indica que aunque estas funciones están registradas en el otrosí generado por el proceso de reubicación, no las está ejecutando, ya que la empresa ha preferido contratar a otros proveedores para llevarlas a cabo; además, me informa que hace un tiempo le dieron la orden de regresar a vía (trabajar fuera de las instalaciones de la empresa) pero él se negó: *“yo me insubordiné, [...] no obedezco si veo que va a afectar mi salud. [...] Me estoy acogiendo a una sentencia de estabilidad laboral [...] en condiciones dignas”*. Percibe que esta asignación de funciones pretende *aburrirlo*, por lo que siente frustración.

Orminso tiene *diagnósticos* tanto laborales (trastorno mixto de ansiedad y depresión) como comunes (discopatía lumbar con hernia discal y discopatía cervical). Al presente, se encuentra en tratamiento por tiroides y temas prostáticos; además, está en seguimiento por síntomas cardiorrespiratorios, cefaleas, visión borrosa y sudoración por el estrés. Sobre el manejo de los eventos laborales y comunes, más que identificar diferencias, expresa que la ARL *lo atendió luego de haberlos amenazado con iniciar un proceso legal*. Cabe aclarar que el reconocimiento del origen laboral del trastorno mixto de ansiedad y depresión se dio a inicios del 2022 por parte de la Junta Nacional de Calificación.

Para Orminso la rehabilitación profesional consiste en brindar *“los medios y la herramienta al paciente”*<sup>22</sup> [...] *[para que] recupere su estado físico o su estado mental”*. Explica

---

<sup>22</sup> Orminso se considera a sí mismo como *paciente*, por ser alguien que *espera* ser escuchado y tener una solución. Me preguntó sobre lo que pienso al respecto y le digo que por mis deconstrucciones en la Maestría de Discapacidad e Inclusión Social, prefiero

*lo profesional* como la calidad de las personas que acompañan ese proceso médico y terapéutico: “*tiene que ser muy profesional y escuchar al paciente y [...] ponerse en [sus] zapatos*”. Por tanto, piensa que la rehabilitación profesional debe basarse en el respeto a la persona e “*ir a la profundidad de lo que realmente está padeciendo*”.

Asimismo, considera que el criterio para incluirlo en un programa de rehabilitación profesional fue una orden judicial. Su expectativa era que “*por fin iba a ser reubicado en algo que [le] gustaba*”, de tal modo que se preparó para que no le impidieran desempeñarse en el área de HSEQ. Refiere que al inicio de esta reubicación dichas expectativas se cumplieron, pero actualmente, no.

Su proceso de rehabilitación profesional incluye demandas en contra de la compañía, ya que cuando informó sobre su discopatía lumbar le dijeron que sería reubicado; no obstante, refiere que *lo hicieron renunciar* para firmar un nuevo contrato con el cargo de técnico de operaciones<sup>23</sup>: “*un área desconocida donde no fui capacitado ni entrenado, [...] me pusieron a trabajar solo de noche por más de un mes y 17 días [...] y me echaron como lo peor de la empresa [...] porque no supl[i] las necesidades del cargo*”. Por tal razón, interpuso una tutela en la Defensoría del Pueblo y luego inició el proceso con un juez laboral para buscar la estabilidad laboral reforzada. De esta manera, fue reincorporado y reubicado en un patio ubicado en el parque Tercer Milenio “*bajo las condiciones más inhumanas porque la orden era mantenerme bajo llave, de siete a cinco de la tarde sin poder salir a nada, ni a tomar tinto y no tenía servicios*”. Indica que tuvo que invertir de su propio dinero para hacer funcionar el baño; después de un año, una de las profesionales de HSEQ solicitó su traslado luego de darse cuenta de dichas condiciones. Mi compañero afirma que esto le generó gastritis crónica, sobrepeso y problemas de tiroides.

Comenta que tiene una sensación negativa de gran parte de su proceso de rehabilitación profesional ya que *ha requerido de abogados y jueces para hacer cumplir sus derechos*. Refiere que se sintió discriminado y que todo lo que decía era invalidado; recuerda que incluso fue

---

no utilizar ese término, puesto que para mí está inmerso en una relación de poder mercantilizada. Él me responde que un profesional no puede estar por encima de su paciente y en su caso no permitiría que le impusieran algo.

<sup>23</sup> Persona responsable de programar los vehículos según los servicios requeridos por el Sistema de Transporte Masivo de la ciudad. Cada vehículo es asignado a un servicio y a un operador. Don Orminso explica que para el desempeño de este cargo usaba cuatro radios y cuatro celulares, para dar respuesta a las diferentes tipologías de vehículos que tenía encargadas. Además, debía utilizar PC y manejar Excel, para lo cual no estaba capacitado.

*“llevado a una clínica mental para hacerme un estudio basado en un cuestionario, en una cartilla; nunca escucharon; siempre se basaron en que yo era damnificado de Armero”.*

Considera que su situación económica se ha afectado por sus condiciones de salud y su proceso de rehabilitación profesional, ya que cuando era operador podía ganar unos bonos por cumplimiento de servicios, además de los recargos dominicales y festivos; dichos beneficios se perdieron por dejar de conducir. Entretanto, manifiesta que no le pagaron su liquidación cuando fue despedido y que no le entregaron unos bonos que le prometieron. Todo esto perjudicó el pago de la universidad de su hija y los gastos de su hogar; agrega que al presente le están realizando dos embargos por las deudas que tuvo que adquirir. También se ha sentido vulnerado psicológicamente *“por la forma como se expresan con la persona”*; Orminso me comparte que tuvo que escuchar frases como: *“usted no sirve para nada; ojalá que se aburra y se muera rápido”*.

Cambiando un poco de tema, para Orminso la escucha implica conciliar, construir y negociar para buscar soluciones. A propósito, recuerdo la conversación que tuve con Gina y me permití preguntarle sobre la capacidad decisoria de aquellas personas que procuran [mos] escuchar a los trabajadores y trabajadoras:

Johana: *“a veces, la capacidad de estas personas para dar solución es mínima; en este caso ¿Cómo podemos considerar esa acción de la escucha? ¿Cuándo no se da solución, no hubo escucha?”*

Orminso: *“No hubo escucha porque no hubo solución”* porque a pesar de los informes que entregan los/las profesionales, *no pueden hacer nada* porque hay *“personas poderosas que los frenan [...] funcionarios denunciados ante jueces. [...] Pero, si se traen funcionarios que realmente primero les enseñen a escuchar al trabajador, créame que se va a ver la gran diferencia”*.

Reflexiona que cuando los altos mandos de una compañía tienen disposición a la escucha, se facilita el trabajo de quienes analizan las necesidades de la población trabajadora y se obtienen mejores resultados en los procesos de rehabilitación profesional: *“si usted me está diciendo que yo autorizando [...] que este trabajador sea direccionado por ese camino, me va a*

*dar un buen resultado en dos o tres meses [...] ¿Quiénes están ganando? ¡Todos! porque gana la empresa, gana el trabajador porque se le dio la solución”.*

Para él la conexión de la escucha con las soluciones es fundamental; recuerda que para su reubicación le preguntaron en dónde desearía estar y qué funciones desearía y podría ejecutar, pero, actualmente, no le están permitiendo desempeñarlas: *“entonces, ¿para qué me preguntaron? Me va a dar lo mismo expresarme”.* Agrega que escuchar es muy difícil y que es un tema de interés: *“en las empresas interesa la parte económica; entonces, si el trabajador no cumple, no aporta, pues no nos sirve”.*

Responde tajantemente que no se ha sentido escuchado en su trabajo; me comenta que hace varios años mientras operaba un bus, una señora le reclamó por no haber realizado una parada en determinada estación (que se encontraba cerrada) y lo golpeó con una sombrilla. Dice que de dicha situación se llevó *“un sombrillazo, un moretón en la cara, una insultada”* junto con la burla de los pasajeros, a pesar de que la señora se disculpó luego con él. Mi compañero recuerda que cuando fue a reportar lo sucedido, le indicaron que habían recibido una queja de él por estar *hablando y discutiendo con una usuaria*, por lo cual fue sancionado: *“¿Cuál fue el mensaje? [...] que lo que yo expresé, les dio lo mismo”.* *Se basaron en un protocolo que dice que no podía (hablar), pero realmente no llegaron al fondo del problema que fue que yo fui afectado psicológicamente. Eso sí no lo escucharon”.*

Con propiedad afirma que *“al trabajador no se le escucha”*; para él, debieron haber tenido en cuenta su versión y haberlo defendido ante la queja interpuesta en su contra; además, en varias oportunidades se sintió ignorado e incomprendido cuando solicitaba permisos para atender sus condiciones de salud: *“me decían ‘¿Cómo se le ocurre? No se puede; toca que pida la cita para otro día’. ¿Fui escuchado? No fui escuchado ¿Me ayudaron a mi problema? No. [...]”.*

Le habría gustado que se preocuparan por él, que le facilitaran una cita con el médico de la compañía y que le ayudaran con un relevo. Me cuenta que por no haber atendido su problema de salud genitourinaria a tiempo, fue operado e incapacitado por un mes: *“¿Quién perdió? Ambos, porque la empresa perdió un trabajador que dejó de aportar y el trabajador perdió ¿Qué? Salud y recibió ¿Qué? un mensaje negativo de uno de los líderes de su empresa”.* Agrega que *“no sabemos escuchar [y que] el ser humano está más dado a escuchar lo que le conviene”.* De

manera similar a lo referenciado por los demás compañeros y compañeras de co-labor, Orminso considera que *“se ha perdido la parte humana”*.

A su criterio, si las empresas escucharan más y mejor a sus trabajadores y trabajadoras, se evitarían demandas y sindicatos [...] y afectaciones físicas y psicológicas a una persona. Continúa con sus reflexiones diciendo algo muy potente: *“si a mí me hubieran escuchado desde un principio, yo no habría demandado a la empresa”*.

Orminso al igual que Gina recuerda uno de los programas que ejecutó la empresa en donde nos conocimos; allí un grupo de estudiantes de fisioterapia dirigía la realización de ejercicios para varios trabajadores y trabajadoras, sin embargo, mi compañero de co-labor me cuenta que cuando alguien manifestaba dolor no siempre era escuchado: *“había estudiantes que decían ¡listo, pare! Pero había otros que decían ¡No, es que lo hace y lo hace! Se ponían a pelear con el trabajador”*.

Una de las dificultades más grandes de la rehabilitación profesional según su experiencia son las personas que no demuestran empatía y ejercen poder, así que mientras sigan en la empresa, *el problema va a seguir*. Sin embargo, hay otros funcionarios y funcionarias que representan un facilitador para el proceso, pero esto depende de su actitud, de sus deseos de escuchar y de construir soluciones con la participación de la persona. Para Orminso, la escucha y las soluciones van muy de la mano, pero, estas quedan a la deriva de ejercicios y estructuras de poder, evidenciando además fallas en el trabajo en equipo.

En otras palabras, lo que él entiende por soluciones se convierte en decisiones (que en muchos casos son tomadas por otros). Ahora bien, cuando no se cuenta con la participación del trabajador/a en esa toma de decisiones (coconstrucción de soluciones), debería por lo menos contextualizarse a la persona sobre lo que se determinó, de manera oportuna: *“pensando en su salud, queremos que vaya [a determinado sitio y a realizar las siguientes funciones]”*.

Con respecto al comportamiento de jefes y compañeros, menciona que se sintió acompañado por dos profesionales del área de HSEQ: *“grandes personas que siempre estuvieron al lado mío, en las malas y en las buenas y siempre ellas cumplieron con las restricciones, pero [...] a ellas les cancelaron el contrato”*. Mientras ellas lo apoyaron se sintió bien: *“fueron como tres años de gozo porque me cumplieron todo”*; además, sintió que en ese

momento pudo participar en la toma de decisiones porque consiguió proponer el cargo en el que quería ser reubicado y para el cual estaba capacitado. Concluye que ha tenido líderes que lo han apoyado, como otros *“que le han dado duro”*.

Por otro lado, menciona que en una oportunidad varios de sus compañeros lo amenazaron por haber tenido que imponer comparendos y presentar informes sobre incumplimientos de normas en seguridad; es así como tenía que reportar a quien no usaba sus Elementos de Protección Personal (EPP), a quien transitaba por fuera del área peatonal, a quien excedía la velocidad permitida, entre otras. Esto generó que varios técnicos de operaciones fueran despedidos. Orminso refiere que los líderes lo dejaron *solo*, por lo que tuvo que asumir toda la responsabilidad de esos despidos: *“ellos no decían lo que indicaban las pruebas técnicas [por ejemplo], el radar de velocidad [cuando se registraban excesos], sino ‘es que Orminso dijo’”*.

Asimismo, se ha sentido discriminado por parte de algunos compañeros y compañeras cuando le dicen: *“¡uy, aquí toca hacernos el loco como el Orminso!”; Oiga Orminso ‘¿Qué hay que hacer para mamar gallo como usted hace?’ Entonces yo les digo: ‘pues hermano, si usted puede demostrar que padece unas enfermedades y le dan unas restricciones médicas, ¡Pues hágalo!’ Es lo que yo tengo para argumentar”*.

Durante la conversación con Orminso se abordaron temas difíciles y sensibles, así que hacíamos lanzamiento de dados cada tanto y movíamos nuestras fichas. Como ese día pude sacar varios *pares de números*, me dijo que *“estaba de buenas”<sup>24</sup>*. Aprovechamos para reír un poco y organizar nuestras estrategias. Aunque este diálogo involucró las preguntas pretexto, Orminso realizó muchísimas reflexiones que seguirán apareciendo en este texto.

Continuamos la conversa hablando de los profesionales que han hecho parte de su proceso y menciona a médicos generales, ortopedistas, psicólogos, psiquiatras, terapeutas y profesionales de seguridad y salud en el trabajo. Reflexiona sobre el conocimiento de algunas de estas personas, ya que al igual que Gina, Orminso considera que los médicos ocupacionales de las empresas brindan recomendaciones para todo tipo de diagnósticos sin ser especialistas en determinadas áreas o segmentos; además indica que deberían mejorar su empatía: *“¿Será que tiene[n] la capacidad de poder interpretar mi situación de una cirugía de manguito rotador*

---

<sup>24</sup> Estar de buenas: contar con buena suerte.

*cuando me metieron dos tornillos y me duele el alma? ¿Será que [...] ve en mi expresión esa situación?*”. Menciona que en su caso, una médica ocupacional levantó las restricciones emitidas por su ortopedista: *“si fuera profesional, revisaría mi historia clínica”*; además, recuerda que en varias de sus experiencias con terapia física no se ha sentido escuchado y que se ha ignorado su dolor.

Menciona que el contacto con muchos profesionales genera *cansancio* por tener que repetir la misma información en múltiples oportunidades. Me parece demasiado potente lo que piensa acerca de esta situación: *“otra vez el conejito allá del laboratorio, el ratón de laboratorio, la misma cháchara”* y reflexiona sobre la necesidad de revisar previamente toda la información disponible para cada caso y evitar que el trabajador/a deba brindarla tantas veces.

Para evitar la repetición de información, mi compañero de co-labor propone la revisión de las historias clínicas, pero, me inquieta que esto no siempre es pertinente en las empresas por temas de custodia, así que es importante contar con la autorización de la persona: *“en mi caso, el que quiera ver mi historia clínica, yo se la regalo ¿No ve que yo no estoy diciendo mentiras?”*. Entretanto, pienso que es pertinente unificar sistemas de información para que los datos disponibles puedan ser consultados y actualizados cada vez que se requiera, es decir, que sean interoperables, pero, sin transgredir el derecho a la reserva de datos. Menciona que también es necesario que quienes revisen la historia clínica de la persona le generen confianza y no la hagan sentir discriminada, indicando que dicha revisión debe responder a un análisis profundo del caso y no a una falta de credibilidad en las palabras del trabajador/a). *“A mí me dijeron que yo era un mentiroso, un payaso, que me estaba haciendo el enfermo [...] y que yo no servía para nada”*.

Dentro de sus propuestas para llevar a cabo procesos de rehabilitación profesional, menciona la importancia de cumplir con las recomendaciones médicas de cada caso y fomentar la participación de la persona, ya que esto le generaría *alegría y tranquilidad*: *“uno da todo lo que uno tiene [...] Un trabajador (es) incentivado, no solo desde lo económico sino desde la parte psicológica, en los medios en que se le permite que se desenvuelva en lo que le gusta hacer”*. El consejo que le da a otras personas que están transitando por intervenciones de rehabilitación profesional es que busquen asesoría; comenta que existen entidades como la Defensoría del Pueblo, la Personería Distrital y las oficinas jurídicas. También pueden asesorarse con quienes ya han estado en un programa de rehabilitación profesional.



Acercándonos al final de la partida de parqués y de las preguntas pretexto, Orminso menciona que ha sido fundamental el apoyo psicológico y económico de su esposa y sus dos hijos, principalmente en momentos de desesperación financiera. Las instituciones que reconoce dentro de su proceso son: su EPS que *“me apoyó bastante [...] fueron los que me salvaron de la horca de [la ARL]”*, la Defensoría del Pueblo, jueces y la Junta Nacional de Calificación.

A las personas que estuvieron involucradas quisiera darles las gracias; refiere que *“volvería a hacer lo que ya hice [...]. Con todo lo que he sufrido, con todo lo que he pasado, encontré en la oración a Jesús [...] para vivir en paz [...] y perdonar”*. A quienes *“tienen la responsabilidad de administrar (a otras)”* les recomendaría que *“sean humanos; [que] sean más conscientes de que en su responsabilidad está el mando. [...] Que hagan una administración con igualdad de derechos [...] y que siempre haya conciliaciones ¡No imponer! [...]. Cuando yo logro títulos universitarios, me tiene que hacer mejor persona y tengo que ser más humilde”*. A las personas que trabajan en relaciones laborales y rehabilitación profesional les aconseja que escuchen a la población trabajadora *“y si no tienen el alcance a darle la solución, al menos sean un medio para buscar esa solución”*.

Dice que no ha evidenciado cambios en su trabajo derivados de los procesos de rehabilitación profesional; de hecho, él es uno de los encargados de realizar inspecciones de seguridad en su empresa y puede demostrar que todo sigue igual.

Teniendo en cuenta lo dicho por Orminso sobre la escucha y las soluciones, le pregunto qué piensa acerca de esta co-labor y me dice que aunque no se tendrán soluciones inmediatas, yo le informé sobre los objetivos y el alcance esperado y que él aceptó participar voluntariamente. Agrega que *“yo sé que usted (Johana) le va a decir al gerente de una empresa ‘¡Yo voy a escuchar al trabajador y le pido por respeto que usted también me escuche!’”*. Afirma que todos los/las profesionales involucrados en estos procesos *“deberían hacer lo que (Johana está) haciendo”*, refiriéndose a la apuesta por la escucha y la empatía.

Menciona que él se acercaría a una persona que transita por rehabilitación profesional de la siguiente manera: *“todo lo que usted me exprese va a quedar entre usted y yo [...]. Yo no le prometo darle la solución, pero sí le aseguro que voy a buscar todos los medios para que usted sea escuchado por su jefe”*. Por otro lado, Orminso considera que para la creación de confianza

es positivo brindar apoyo y reconocimiento: *“vamos a buscar la solución, vamos a mejorar las condiciones [...] Mejórese porque usted es un gran elemento para la empresa, para la sociedad”*.

De esta forma, terminamos nuestras preguntas pretexto. Efectivamente, Orminso tenía mucho por contar y estoy muy agradecida con él por haberme permitido escucharlo. Pasaron cerca de tres horas y no habíamos concluido nuestro juego; en un momento de pausa, mi compañero y su esposa muy amablemente me invitaron a comer una deliciosa arepa rellena acompañada de una *Pony Malta*. Luego, retomamos la partida que yo gané; en realidad, ese día *estuve de buenas* porque logré ganarle a un jugador experto en parqués.

En los encuentros con otros compañeros de co-labor procuré inventar algún título para sus capítulos, pero en esa oportunidad no se me ocurrió nada. Por varios días pensé en diferentes opciones pero ninguna me convencía, hasta que tuvo lugar nuestro colaboratorio: en algún momento de dicho encuentro Orminso mencionó una frase impactante: *“la rehabilitación profesional no puede ser una cuestión de suerte”*; estas palabras, junto con las múltiples referencias a mi buena suerte jugando parqués inspiraron la propuesta de título e imagen que compartí con mi compañero, quien manifestó su aceptación.

Orminso, gracias por todas sus reflexiones; gracias por permitirme acompañarlo y escucharlo. Gracias por abrirme las puertas de su casa. Gracias por el juego y el compartir; gracias por las palabras potentes; gracias por tantos aportes; gracias por su enorme disposición a pesar del dolor de su reciente cirugía.

## 7.6. Colaboratorio

Para la segunda fase de nuestro hacer aplicado en campo, todos los compañeros/as de co-labor estuvieron invitados; después de indagar cómo deseaban que fuera nuestra juntanza, se decidió llevarla a cabo de manera virtual. Llegado el día, pudimos reunirnos Ana, Oscar Ricardo, Orminso y yo para continuar con las reflexiones. Gina y Fernando no pudieron acompañarnos, pero, manifestaron estar de acuerdo con las coconstrucciones de este espacio después de haber sido compartidas con ellos.

Al principio, procuré hacer énfasis en algunos aspectos que debemos tener en cuenta al estar inmersos en una metodología Otra; les recordé que para esta co-labor no son “sujetos investigados” sino compañeros/as y que este texto polifónico es NUESTRO. El colaboratorio es un ejercicio de unión donde nos apoyamos entre todos y todas y que tensiona las formas tradicionales de hacer ciencia/crear conocimiento.

En esa oportunidad me permití explicarles que la metodología propuesta consiste en reflexionar entre todos sus experiencias en rehabilitación profesional, lo que significaron para cada uno y lo que dicen sus voces y sentipensares para coconstruir Prácticas Otras en este campo. Los compañeros aprobaron dicha apuesta metodológica. Posteriormente, hice la lectura del título, los objetivos y la pregunta de investigación sugeridos y los puse a su consideración; todos manifestaron estar de acuerdo y no solicitaron ningún cambio. Ana manifestó *que “es un excelente título porque veo que nos tiene en cuenta; nos ve como sus colaboradores ¡Qué rico que sea mutuo! Gracias”*.

Cuando les pregunté sobre *“¿Qué viene a su mente cuando hablamos de Prácticas Otras?”*, dijeron que las consideran como *la búsqueda de otros puntos y medios derivados de sus experiencias, para llegar a aspectos clave en la rehabilitación profesional*. Yo complemento que esas prácticas provienen de saberes que se han invisibilizado o silenciado (les conté sobre mis conversaciones con autores nacionales e internacionales) y que a través de la escucha de sus voces y sentipensares se pretende coconstruirlas.

Después, les hice la invitación a compartir lo que entendían sobre qué es reflexionar. Orminso dijo que es *“buscar corregir, como buscar entender, enfocarse en el tema del trabajador, pensando en su situación [...] Si yo veo que eso va encaminado a la reflexión, es a la mejora”*.

Para él la reflexión es bidireccional, en cuanto la empresa hace este proceso para ayudar a sus trabajadores/as, y los trabajadores/as también lo hacen para ver “cómo le (pueden) aportar. [...] Es buscar la forma de corregir [...], de cambiar para mejorar”.

Ana entiende el reflexionar como “ponerse en los zapatos del otro. [...] Ser conscientes del porqué la empresa tiene aspectos negativos y [...] por qué nosotros pedimos algo”. Por su parte, don Oscar Ricardo lo concibe como “dar un punto de vista a las cosas, reflexionando sobre los hechos y sucesos y (analizar) si hay mejoría o no hay mejoría”. Yo complementé diciendo que la reflexión<sup>25</sup> implica pensar detenidamente sobre algo; comprender, analizar y expresar nuestros pensamientos sobre un tema para construir conocimiento; en este caso, reflexionaremos para coconstruir Prácticas OTRAS derivadas de sus experiencias (Ver figura 5).

A continuación, le pedí a cada uno de mis compañeros que contara brevemente su experiencia en rehabilitación profesional, mientras los demás apuntaban en una hoja aquellos aspectos que más les llamaban la atención, les impactó o resonó.

Orminso agregó a lo descrito en su capítulo que “hay indignación [...] porque no hay compañerismo; esa ¿Cómo le digo? Esa unión. Lamentablemente, la empresa mía goza con cinco sindicatos, pero cada sindicato tira por su lado. [...] Le puedo decir con certeza que hay más de 400 compañeros y compañeras enfermos con diferentes enfermedades que se han desarrollado [...]. Eso a mí me duele mucho porque la pelea la tiene que dar cada uno, cuando nosotros podemos unirnos, no para acabar la empresa, sino para [hacer] crecer [a la] empresa. [...] El trabajador que en este momento esté padeciendo una enfermedad [...] es una persona muy importante, pero no nos han dado esa importancia. [...] A mí lo que me duele es que a uno le dicen mentiritas y todo es llevado a las malas y con amenazas, porque lamentablemente se da allí eso: la intimidación, la persecución y el acoso”.

Don Oscar Ricardo agrega que no contó con el apoyo ni los recursos para apelar el origen común de sus hernias discales; agradece a la empresa por su proceso de reubicación: “a la final tengo mi trabajo y tengo mis cosas. Que sí, hay muchas falencias en que otros compañeros, no sé, no colaboran, no surgen en ello ni en los programas, porque a ellos se les han dado muchas oportunidades y están en lo suyo”. Finaliza diciendo que con respecto a lo que dijo Orminso “no

<sup>25</sup> <https://conceptodefinicion.de/reflexion/>; <https://dle.rae.es/reflexionar>

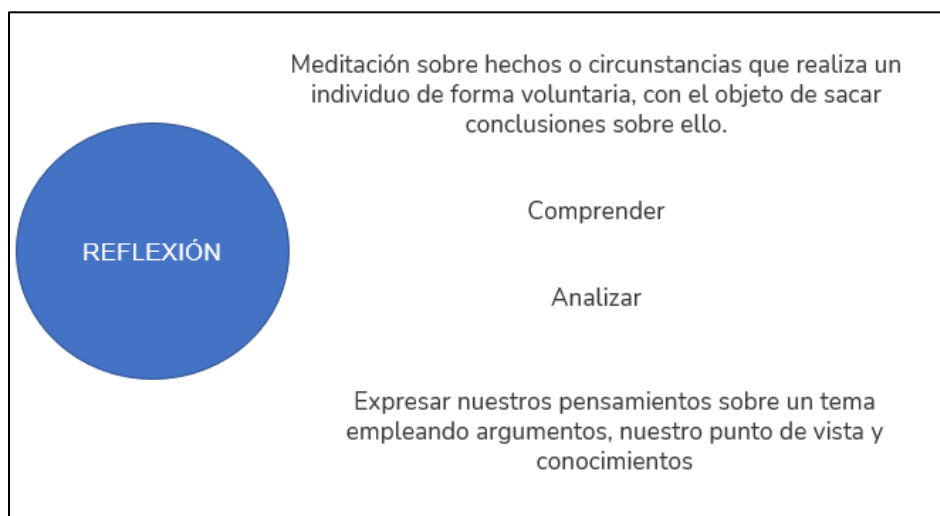
*nos hemos apoyado entre nosotros. [...] Falta hacer grupos de apoyo al trabajador en las empresas”.*

Ana felicita a Orminso y a Oscar Ricardo porque a su criterio *“no les ha ido mal”*, ya que le parece justo que los *hayan tenido en cuenta*. Con respecto a su caso, dice que no culpa a la empresa, sino a los funcionarios: *“esas personitas, desafortunadamente, por querer ganar vulgarmente puntos, no veían a los colaboradores como seres humanos”*. Nos comparte que una asesora de la ARL le dijo que sus *diagnósticos* en mano y columna se habían generado *“porque había tenido muchos hijos. En medio de la ignorancia, creo que ella era más ignorante que yo, porque eso no lo cree nadie. [...] He tratado de luchar pero ha sido muy difícil”*.

Para participar en la conversa, agregué algunos apartados de los capítulos que se coconstruyeron tras los encuentros con cada uno de ellos. Todos estuvieron de acuerdo con lo que aporté; incluso don Oscar Ricardo me dijo que es *“la verdad, solo la verdad y nada más que la verdad”*.

## Figura 5

*¿Qué es la reflexión?*



*Nota.* Elaboración propia.

Luego de escuchar sus experiencias, les invité a compartir lo que les había llamado la atención. Orminso dijo que se percató de que *“estamos hablando casi el mismo idioma”*, haciendo referencia a que existen varias similitudes en sus historias. Considera que *“en su momento no*

*fuimos escuchados, no tuvimos el respaldo, el apoyo; los líderes actuaron de forma irresponsable*". Aunque dice que la diferencia entre su caso y el de don Oscar Ricardo (que trabajan en la misma empresa) es que su compañero contó con buenos líderes y un mejor respaldo y que no tuvo que ganarse su reubicación legalmente.

Entre ellos hablan sobre los procesos de reubicación de otros compañeros/as y evidencian situaciones de injusticia, donde a unos les han aumentado el salario *"hasta en un 400%"* (según palabras de Orminso) y a otros *"los prefieren en los patios sin hacer absolutamente nada"*. Nos comenta que en la empresa no aprovechan los conocimientos y habilidades de las personas y que incluso se han presentado casos de retiro e intentos de suicidio por *"llevar a compañeros al extremo"*.

En aquel instante, Ana manifiesta estar de acuerdo con lo que dice Orminso: *"el empleado sirve mientras que está completo, pero al momento en que se le diagnostique una enfermedad laboral, el empleado ya no sirve igual. Ahí ya empiezan los tropiezos, de ponerle peros, [...] hacerlo sentir a uno como lo peor. Desafortunadamente, sí es así, lo que usted dice es así porque eso lo viví también en la empresa. [...] Preguntan ¿Cuánto le falta para pensionarse? ¿Ya casi?"*

Después de estas intervenciones, empezamos a escuchar lo que les llamó la atención de cada historia, iniciando por la de Ana. Don Oscar Ricardo exaltó su lucha, mientras que Orminso indicó que *"a ella le faltó mucha asesoría"* (haciendo referencia a lo sucedido en la Junta Nacional de Calificación que determinó el origen de sus enfermedades como común, luego de haber sido calificadas como de origen laboral por las instancias previas).

Continuamos con las apreciaciones de la historia de don Ricardo. Ana dijo que le gustó que *"lo hubieran apoyado en la empresa; que le dieran la oportunidad de decir en dónde se siente mejor, dónde puede estar, o sea, colaborarle. Eso me llamó la atención porque es que ya no se ve eso. [...] Me alegra mucho [...] porque lo valoraron como ser humano"*. Por su parte, Orminso dijo que *"estuvo muy de buenas porque ha estado reubicado donde se ha sentido bien"* pero manifiesta su inconformidad con el otro sí de la reubicación, ya que a su concepto, en este proceso se debe fortalecer el establecimiento de funciones, condiciones laborales y contractuales: *"culminemos totalmente esa reubicación para que el trabajador esté a un 100%, feliz y dichoso en lo que está ejerciendo"*.

Escuchando a Orminso, me permití preguntarle a don Oscar Ricardo si se sentía más afortunado que otras personas y dijo que *“en partes sí”*, pero reconoce que más que un tema de suerte, el éxito de su caso se debe a su disposición por aprender nuevas cosas y al apoyo que recibió de varios líderes, aunque aún percibe aspectos por mejorar. Por otra parte, menciona que hay trabajadores que *“no luchan [...] que no hacen nada [...] que duermen en los patios”* y piensa que *“aquí lo que falta no son tantos sindicatos, sino un sindicato que en realidad valga la pena y luche por un trabajador”*. A propósito, Orminso señala que aunque respeta a los compañeros que lideran los cinco sindicatos que están activos en este momento en la empresa, no se siente defendido por ninguno de ellos *“porque yo no les apporto una ganancia”*.

Después, escuchamos las apreciaciones sobre la historia de Orminso. Don Oscar Ricardo expresa que *admira “que no se ha dejado de la empresa. [...] Él ha luchado por sus cosas por medio legal, [...] desafortunadamente fue la única manera, el conducto que él vio para que le pusieran cuidado. A cada uno nos toca nuestro camino y le tocó un camino fuerte, pero gracias a Dios lo logró”*. Dice que al igual que su compañero, lamenta que el programa de Reintegro Laboral que estaba desarrollando la empresa no se supo terminar y que *“de ahí en adelante no han hecho absolutamente nada por la persona que es restringida”*.

Por su parte, Ana dice que Orminso *“es una persona que ha luchado; estudió, se actualizó, preguntó. [...] Yo lo llamaría un buen líder porque ha defendido su salud [...]. Ha hecho valer que es persona”* y lo invita a seguir luchando.

En ese momento, comenzamos a reflexionar sobre las Prácticas Otras por medio de una pregunta pretexto: *¿Cómo podemos mejorar a la rehabilitación profesional?*

Ana dice: - *“para mí mejorarlo sería [...] que tuvieran en cuenta a las personas que necesitan apoyo por sus enfermedades, ya que pues cuando ingresan a laborar, pues son personas sanas. Entonces, que le dieran la oportunidad de seguir trabajando, pero sin acabar tu salud [...] en algo en lo que la persona sea útil”*.

Orminso: *“Escuchar al trabajador desde su inicio, cuando está presentando algún tipo de quebrantos”*. Menciona que aquellos líderes que *“siempre le ponen la piedra en el zapato a estos compañeros y compañeras, no deberían estar. [...] Entonces, ¿Queremos mejorar? Empecemos por cambiar a estos líderes; mientras no lo hagamos, no va a haber solución ni mejora”*. Al igual

que en las conversaciones significativas, dice que la rehabilitación profesional debe ser un proceso que considere la parte humana de las personas y que los/las profesionales pueden ponerse en los zapatos del Otro, pensando en él/ella y su familia, preguntándose siempre cómo le puede ayudar.

Orminso recuerda que estuvo a cargo de 18 compañeros en proceso de reubicación, de los cuales, alrededor de 12 regresaron a desempeñarse como operadores. *“Me preguntaron ¿Y usted cómo lo hizo? [...] Escucharlos y darles la solución. Si a mí el compañero me está diciendo que le duele el pie ¿Yo que tengo que hacer? Pues decirle ¡Siéntese! ¿Cómo sigue? ¿Necesita ir al médico? ¡Váyase!”*. Me parece extraordinario cuando dice que a la población trabajadora que transita por estos procesos se le debe decir: *“yo estoy con usted y lo que a usted le pasa, me duele a mí”*. Finaliza su intervención diciendo que la rehabilitación profesional tiene que buscar dar *“un final feliz”* a las personas, reconociendo las cualidades y habilidades de cada uno, que le permitirían desempeñar otro oficio *“con empeño y devoción”*.

Oscar Ricardo: *“Escuchando a las personas [...] y que los medios mandos los cambien total, para que ellos tengan ese humanismo [...] y que ellos entiendan lo que se sufre cuando a uno lo discriminan”*. También invita a cumplir con los programas que se formulan para la población que transita por rehabilitación profesional y a respetar las recomendaciones médicas y la condición de salud de la persona, sin tomarse atribuciones que nos les corresponden: *“a veces llegan y dicen ¡Ah, pero es que usted ya puede hacer las cosas! (para delegarle más funciones). No, un momentito [...], (eso significa) que no lo están escuchando a uno”*. Concluye sus propuestas diciendo que se debe contar con más profesionales de psicología para la rehabilitación profesional. Finalmente, aclara que su proceso ha sido muy positivo, pero ha notado algunas injusticias con otros compañeros, por lo que desde allí plantea algunas de estas recomendaciones.

En este punto del colaboratorio, Ana no nos pudo seguir acompañando por cuestiones familiares, así que continuamos la juntanza con Oscar Ricardo y Orminso.

Después de escuchar sus Prácticas Otras, hablamos sobre el Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales (2010), junto con algunas reflexiones generales de mis conversaciones con autores nacionales sobre esta herramienta. Les comento que al escucharles me inquieta por



qué a pesar de la existencia del Manual, parece que quienes dirigen el proceso son los jefes, supervisores y hasta los responsables de seguridad y salud en el trabajo de una empresa, cuando la rehabilitación profesional debe articularse con la población trabajadora, jefes, profesionales, entre otros actores.

Al respecto, Orminso refiere que en la empresa donde él trabaja hay varios niveles jerárquicos: *“imagínese que un centro de operación tiene gerente, coordinador, jefe y etcétera (sin mencionar a los dueños de la compañía). Y por mano de todos ellos tiene que pasar el trabajador [...] y se tiran el agua sucia unos con otros”*.

Ahora bien, antes de terminar el colaboratorio, propuse a mis compañeros formular una frase o palabra que viniera a sus mentes para responder la pregunta de “¿Qué significó para usted su proceso de rehabilitación profesional?” Orminso indicó la frase *“verdades y mentiras”*, mientras que Oscar Ricardo dijo *“esfuerzo”*.

Finalizadas estas reflexiones, me propuse continuar con el cumplimiento de una de las apuestas de la metodología horizontal, que es la *codeterminación*. Al inicio del colaboratorio puse a consideración de mis compañeros/as el título, los objetivos y la pregunta de investigación; luego, les mostré el avance del texto-tesis y les compartí las categorías que estimé como más pertinentes para las comprensiones polifónicas o análisis de resultados, que surgieron tanto de las conversaciones significativas como de este colaboratorio, a saber: rehabilitación profesional, escucha y Prácticas Otras. De manera transversal se reflexionó sobre el sentido/sentipensares (qué significaron estos procesos para ellos y lo que sintieron) y Prácticas Otras. Tanto Orminso como Oscar Ricardo manifestaron estar de acuerdo con dicha propuesta; Oscar Ricardo sugirió hablar de los profesionales que hacen parte de estos procesos y así se realizará a lo largo de estas categorías aprobadas.

Durante el colaboratorio les reitero la invitación a ser multiplicadores de este texto polifónico para apoyar no solo sus luchas sino también las de otros trabajadores y trabajadoras. Orminso comunica su escepticismo diciendo que *“mientras la empresa no tome conciencia, y no se le quite en su calculadora el signo pesos, pues nada de esto va a funcionar [...] Porque la ley está, Johana, existe la normatividad, existe el Manual, entonces ¿Por qué no se aplica? ¿Por qué no se sigue el procedimiento?”*. Dicha pregunta será una de las grandes reflexiones que suscitará este cotexto, sin embargo, le digo a Orminso que aunque en su empresa sienta que

esto no funcionará, *“sí puede ser una herramienta para otros trabajadores y trabajadoras que quizás inician o han estado luchando [...]. Un cambio también se logra poniéndolo sobre la mesa, visibilizándolo, amplificándolo”*.

De esta forma, concluimos nuestra juntanza grupal, no sin antes agradecerles por haber participado en esta actividad. Les informo que como parte de las apuestas metodológicas horizontales donde no se habla SOBRE sino CON el Otro, les enviaré sus respectivos capítulos para que los lean y retroalimenten.

## **Episodio 8. Comprensiones en polifonía**

Estimado lector/a: después de haber conocido las historias de los invitados/as a este ejercicio de co-labor mediante las conversaciones significativas y el laboratorio, permítanos presentarle las reflexiones que coconstruimos CON y ENTRE Ana, Fernando, Orminso, Oscar Ricardo, Gina y yo; son “polifonías” porque constan de nuestras voces individuales y colectivas, además de nuestros sentipensares, siguiendo los llamados de la apuesta metodológica. Es así como encontrará varias comprensiones basadas en sus experiencias que luego dialogarán con los autores nacionales e internacionales que también han hecho presencia en este cotexto.

Teniendo en cuenta las categorías que fueron codeterminadas con los compañeros/as de co-labor, hablaremos de la rehabilitación profesional y sus experiencias en ella, sus sentipensares, escucha y Prácticas Otras.

### **8.1. Transitando la rehabilitación profesional**

Iniciemos recordando que Ana trabaja como auxiliar de servicios generales y que le gusta hacer ejercicio; Fernando ha sido auxiliar de almacén, pero, al presente desempeña labores de auxiliar administrativo. Su actividad significativa es “rodar en moto”; Oscar Ricardo ha conducido vehículos durante casi toda su vida, pero en la actualidad presta apoyo en un área de tecnología realizando tareas administrativas. Le encanta la naturaleza y los animales y disfruta salir a pasear e ir al cine. Gina es una amante de la lectura; es digitadora de una estación de servicio y Orminso, quien fue compañero de Oscar Ricardo como conductor/operador, está reubicado en el área de HSEQ de su empresa. Le fascinan los juegos de mesa como el parqués y el ajedrez.

Para la mayoría de mis compañeros/as, su principal motivación para trabajar es la familia; además, todos manifestaron gusto por su trabajo, entre otras cosas, porque les permite aprender, tener autonomía e independencia económica. Consideran al trabajo como un medio para cumplir sus objetivos, entre ellos, adquirir vivienda y vehículo, viajar y educar a sus hijos. Orminso agrega que el trabajo lo dignifica. Lo referido por ellos/as se relaciona con los hallazgos de Isaksson et al. (2016), donde los participantes de ese estudio indicaron que el trabajo es importante para sus vidas porque les posibilita apoyar a sus familias, contribuir a la sociedad y obtener ingresos.

Entrando en materia en el tema de la rehabilitación profesional, encontramos que ellos y ellas la asocian con una recuperación física y mental, entendiéndola más desde lo funcional: “[consiste en brindar] *“los medios y la herramienta al paciente [...] [para que] recupere su estado físico o su estado mental”* (Orminso). Además, este proceso involucra terapias, ejercicios, adaptaciones en el trabajo, pausas activas y respeto.

Conjuntamente, la relacionan con una persona; es decir, la rehabilitación profesional es ejecutada por un/a profesional que los guía y les ayuda a retomar las actividades cotidianas y laborales previas a una alteración de salud. Empero, Oscar Ricardo entiende a la rehabilitación profesional como una acción de *cuidado* de la empresa hacia la población trabajadora y que consiste en adaptar la carga laboral con base en lo que alguien “sabe y puede”.

Mis compañeros/as de co-labor manifestaron que no tenían completamente claras las razones por las cuales ingresaron a un proceso de rehabilitación profesional, sin embargo, algunas de ellas se relacionan con los resultados de exámenes y recomendaciones médicas, pero para el caso de Orminso fue por una orden judicial. Su experiencia se corresponde con uno de los hallazgos más importantes de Franco y Ortiz (2020), quienes refirieron que varias de las instituciones participantes en su estudio definían como una opción para el ingreso a programas de rehabilitación profesional las acciones de tutela interpuestas por los trabajadores.

Por otro lado, a Gina le indicaron que tenía que participar en un programa de ejercicios, pero no le explicaron en qué consistía dicha estrategia, ni tampoco le preguntaron si consideraba pertinente asistir: *“a mí solamente me dijeron ¡Vaya preséntese allá por lo de su mano! [...] Y yo fui”*.

Lo anterior nos permite evidenciar una vez más, que a pesar de la definición de criterios de ingreso en el Manual de Procedimientos Para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales (2010), aún persiste un gran desconocimiento sobre el tema por parte de las empresas, además de la existencia de irregularidades perpetradas por distintas instituciones; de esta manera, la población trabajadora debe recurrir a amparos judiciales y *luchar* para hacer cumplir sus derechos (Franco y Ortiz, 2020). Esto va en línea con lo dicho por Vásquez (2019), quien afirmó que “los procesos de rehabilitación, reincorporación o reubicación laboral son pobremente conocidos por los empresarios y la información respecto a estos es escasa y poco estandarizada” (p.7), lo que dificulta el éxito de los procesos.

También se observa que los trabajadores/as no conocen o no entienden totalmente a la rehabilitación profesional, por lo que pueden presentarse situaciones que los vulnere; según la experiencia de mis socios/as de co-labor, no contaron con la suficiente información sobre estos programas y tampoco se les brindó de manera suficiente al momento de ingresar.

Ahora bien, las *condiciones de salud* por las cuales están transitando en programas de rehabilitación profesional se relacionan principalmente con *desórdenes* musculoesqueléticos, atrapamientos nerviosos, *enfermedades* cardiovasculares secundarias a COVID 19 y *condiciones de salud mental*. La mayoría tiene eventos calificados tanto de origen común como laboral, por lo cual, al momento de preguntar si sintieron que el manejo de estos fue distinto, dijeron que sí; Ana, Fernando y Gina señalaron que el trámite para programar las citas es más rápido y efectivo en la ARL que en la EPS; además, la calidad de los medicamentos es mejor y la atención es más amena y jovial en la primera. Baena, Riaño y Rojas (2020) evidenciaron lo mismo, indicando que las personas “vivencian realidades totalmente diferentes a causa del origen” de sus eventos (p.15). También mencionaron que cuando la población trabajadora presenta barreras para el acceso a medicamentos, programación de citas y atención de calidad, se aumenta el riesgo de agravamiento de sus condiciones de salud, lo que representa mayores dificultades para llevar a cabo procesos de rehabilitación exitosos.

Las actividades de la vida diaria que se han visto afectadas por sus condiciones de salud se relacionan con el cuidado y mantenimiento del hogar; cocinar, limpiar, barrer, trapear y tender la cama. Ana y Gina mencionaron alteraciones en su autocuidado, vestido y acicalado; Ana presenta dificultades para utilizar el transporte público.

Otra área que han visto afectada es la económica. Algunos dejaron de obtener bonos por la ejecución de alguna tarea en específico (como la de operar vehículos) o no pueden realizar horas extras por tener restricciones médicas; otros han adquirido deudas, asociadas entre otras cosas, a dichos cambios en sus ingresos; también mencionaron el reconocimiento desigual de prestaciones económicas para los dos regímenes: en los eventos de origen común, deben hacerse cargo del pago de transportes para citas y terapias; además, el pago de incapacidades es menor. Fernando y Orminso refirieron sentirse *presionados* para regresar a trabajar debido a las deudas que tenían, lo que afectó su proceso de recuperación al que habrían querido dedicarle más tiempo. Orminso está siendo embargado y por si fuera poco, no recibió la liquidación ni los bonos que le prometieron al iniciar su proceso.

Baena, Riaño y Rojas (2020) indicaron que el hecho de que el pago de las incapacidades por eventos comunes se haga sobre el 66% del Ingreso Base de Cotización – IBC, “crea desventajas económicas que son cruciales en la decisión de mantener o no un estado de incapacidad” (p.106), aumentando el riesgo de tener reintegros prematuros y colocando en riesgo a la persona. Esto también es respaldado por Saonatse, De Witt & van Niekerk (2019) quienes hablaron de la *presión* que puede sentir la población trabajadora que se encuentra en incapacidad, por las responsabilidades económicas que tienen, por lo cual, retornan de forma temprana a sus labores con el riesgo de no recuperarse por completo.

Esto contrasta con lo referido por Smeets, Hoefsmit y Houkes (2019), quienes en vez de hablar de presión, hablaron de la posibilidad de recuperar la independencia económica como una *motivación* para regresar a trabajar. No obstante, lo expresado por algunos de los compañeros de co-labor nos permitió comprender que su motivación para trabajar en medio de un proceso de rehabilitación profesional responde más a presiones económicas, que a una motivación personal (Libeson et al., 2018), aunque la mayoría haya expresado gusto por lo que hace

A pesar de lo anterior, Orminso indicó haber recibido mejor atención en su EPS; además, dijo que tuvo que “amenazar” a la ARL con iniciar un proceso legal incluso después del dictamen del origen laboral del trastorno mixto de ansiedad y depresión: *[la EPS] me apoyó bastante [...] fueron los que me salvaron de la horca de [la ARL]*”.

Las metas de rehabilitación más frecuentes fueron las de reintegro y reubicación definitiva; sin embargo, no para todas las reubicaciones se dispone de otrosí, es decir, del documento contractual que confirma el cambio de cargo. Por ejemplo, para don Oscar Ricardo no se contempla por el momento su retorno a la operación de vehículos, pero, tampoco ha sido formalizado en un área en específico.

Con respecto a los reintegros, analizamos desde las conversaciones cara a cara que para el caso de Gina, fue con modificaciones (tanto en tareas como en tiempos), a diferencia del de Ana, donde según su criterio, no se tuvieron en cuenta las recomendaciones médicas. Quienes fueron reubicados, identificaron como una falla la poca capacitación que recibieron para sus nuevos cargos y actividades, sin embargo, pusieron todo su empeño para cumplir con lo requerido.

Con respecto a las personas que han acompañado sus casos, mencionaron a profesionales de psicología, fonoaudiología, fisioterapia, terapia ocupacional; medicina general, laboral; fisiatría, ortopedia, psiquiatría, neurología; derecho y de seguridad y salud en el trabajo.

Tanto Gina como Orminso manifestaron haber tenido diferencias con el médico ocupacional de la compañía pues consideran que tenía la intención de quitar o cambiar las recomendaciones que emitían sus médicos tratantes. Además, les tensionaba que una sola persona, un médico laboral, tuviera la competencia para brindar recomendaciones (o tomar decisiones sobre ellas) para todo tipo de diagnóstico o condiciones de salud: “*es una persona [...] que cree que sabe de todo*” (Gina). Al respecto, Smeets, Hoefsmit y Houkes (2019) también tensionaron el poder que pueden llegar a tener los médicos ocupacionales en rehabilitación profesional, dejando de lado las percepciones de la población trabajadora.

Por otra parte, Gina y Orminso reportaron que el programa de ejercicios implementado en la empresa fallaba por proponer las mismas rutinas para todos los asistentes, sin considerar las condiciones de salud que cada persona habitaba y sus manifestaciones de dolor: “*a la final varias veces sentí que era como algo inútil porque nos tenían a todos, o sea, a un señor que sufre de la columna, con una muchacha de una rodilla y conmigo de un brazo, haciendo exactamente todos los mismos ejercicios. [...] La verdad no me parecía coherente [...] y me generaba frustración y pereza*” (Gina). “*Había estudiantes que decían ¡listo, pare! Pero había otros que decían ¡No, es que lo hace y lo hace [el ejercicio]! Se ponían a pelear con el trabajador*” (Orminso).

Afortunadamente, mis compañeros/as también mencionaron experiencias positivas con los/las profesionales que les han acompañado en rehabilitación profesional; por ejemplo, don Fernando nos compartió que el médico y las enfermeras de la empresa fueron quienes le brindaron apoyo y estuvieron pendientes de él, incluso durante sus periodos de incapacidad. Asimismo, Gina indicó que se sintió escuchada y comprendida por parte de la terapeuta ocupacional que estuvo con ella. Orminso refirió que en medio de tantas dificultades, dos profesionales del área HSEQ fueron quienes creyeron en él y lo apoyaron para la mejora de sus condiciones laborales y el logro de la reubicación.

A propósito, Isaksson et al. (2016) hicieron referencia a los efectos del acompañamiento proporcionado a la población trabajadora, mencionando que quienes fueron contactados durante

sus incapacidades para saber cómo estaban (como en el caso de Fernando), se sintieron más comprometidos con su empresa y con el proceso de rehabilitación profesional. Por el contrario, cuando dicho apoyo no se brindaba, surgían sentimientos de abandono e incompreensión (como el caso de Orminso).

Cuando cambiamos de tema para conocer el comportamiento de sus compañeros/as de trabajo, manifestaron experiencias distintas, que incluyen apoyo pero también discriminación. Gina fue quien más se sintió acompañada ya que sus colegas le ofrecieron ayuda para la ejecución de sus funciones. Aunque los demás igualmente sintieron algo de apoyo, cuentan que han tenido dificultades. Ana, Fernando, Oscar Ricardo y Orminso escuchaban rumores no muy agradables para ellos; a este último llegaron a amenazarlo y a decirle que debían *hacerse los locos* como él. A Fernando lo llamaron “inválido”. La experiencia de Orminso puede tener relación con lo referido por Baena, Riaño y Rojas (2020) y Corbiere, Renard & St. Arnaud (2015), quienes hablan de los prejuicios en torno a las enfermedades mentales, asociados no solo al estigma y el desconocimiento, sino también con la posibilidad de que los colegas asumieran tareas de las personas que habitan esos diagnósticos y les ocasionaran sobrecargas laborales. Los autores invitan a realizar actividades de sensibilización y fortalecimiento de redes de apoyo.

En cuanto al reconocimiento de facilitadores en el proceso de rehabilitación profesional, Fernando y Gina mencionaron el apoyo moral y económico de sus familias; Gina reconoció el apoyo que le brindó uno de sus jefes. Don Oscar Ricardo considera que las actividades que le han asignado son facilitadoras ya que son de su agrado y le dan la oportunidad de aprender. Lo anterior coincide con lo referido por Libeson et al. (2018), quienes indicaron que el apoyo familiar, la comprensión del empleador y la asignación de tareas acordes al perfil de cada persona, favorecen la rehabilitación profesional.

Como barreras mencionaron las presiones económicas, los cambios generados por el estado de salud y la programación de algunas actividades durante la jornada laboral sin tener en cuenta otros compromisos (las rutinas de ejercicios sin previa mediación con Gina y Orminso). Orminso plantea una interesante reflexión al decir que los funcionarios (haciendo referencia a quienes visitan los puestos de trabajo para tomar información; jefes; personas del área de seguridad y salud en el trabajo, etc.), pueden suponer barreras o facilitadores en el proceso de rehabilitación profesional, pero esto depende de su actitud, su capacidad de escucha y la disposición para coconstruir soluciones.



Por otro lado, la mayoría de mis compañeros/as de co-labor se han sentido apoyados por sus familias, ya que los escuchan, acompañan, reconocen, aconsejan y tranquilizan. Manifiestan que sus familiares les permiten expresarse y llorar; también les brindan ayudas económicas. De esta forma, los reconocen como facilitadores en el proceso de rehabilitación profesional.

Como parte final de las preguntas pretexto, se indagó con los compañeros de co-labor si habían visto modificaciones en su trabajo derivadas de los procesos de rehabilitación profesional. Gina y Fernando dijeron que habían notado el fortalecimiento de capacitaciones y sensibilizaciones, además de la realización de pausas saludables. Los demás manifestaron no haber evidenciado cambios.

Ahora bien, Fernando mencionó que pudo notar ciertas resistencias y hasta temores de sus jefes para reportar la ocurrencia de un accidente de trabajo; desde su criterio, esto puede suceder porque las empresas desean evitar que estos indicadores aumenten, aunque también puede relacionarse con un desconocimiento sobre el procedimiento para hacer el reporte. De hecho, esto es respaldado por Mansfield et al., (2015), quienes dijeron que en las empresas se presenta un subreporte de los indicadores de lesiones ocasionadas por el trabajo y que incluso hay quienes intentan negar el origen laboral de dichos eventos con el ánimo de evitar multas; también afirmaron que existe desconocimiento para actuar en caso de presentarse un accidente de trabajo.

Lo anterior suscita la reflexión sobre la importancia de establecer acciones de mejora aprovechando los aprendizajes que generan estas experiencias en rehabilitación profesional, independientemente del origen que se reconozca para los eventos, ya que existe la posibilidad de que las empresas no realicen los ajustes pertinentes en sus Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) cuando una contingencia no se califique como laboral, puesto que no relacionarían sus causas con las actividades que realiza la población trabajadora.

## **8.2. Sentipensando la rehabilitación profesional**

¿Cómo se sintieron mis compañeros y compañeras de co-labor durante sus experiencias en rehabilitación profesional? ¿Qué sentimientos surgieron tras sus vivencias? ¿Qué significó para ellos y ellas? ¿Qué pensaron al respecto? Bueno, en esta sección pretendemos acercarnos a la comprensión del sentido asignado a dichas experiencias, corazonando sus sentires y sus

pensamientos. No podemos hablar de Prácticas Otras sin adentrarnos en estas reflexiones puesto que las Prácticas Otras surgen de sus voces y sus sentipensares. Sus propuestas surgen desde lo que a su criterio debería cambiar y lo que debería continuar. Para tales efectos, conversamos sobre la escucha, la participación en la toma de decisiones, los sentidos atribuidos a las experiencias, las expectativas, temores y deseos en rehabilitación profesional.

La mayoría de los compañeros de co-labor manifestaron sentimientos de tristeza e ira en su tránsito por rehabilitación profesional. Asimismo, habrían querido que su proceso fuera distinto; les hubiera gustado sentirse más escuchados, más acompañados y más tenidos en cuenta. Por ejemplo, Fernando recuerda con frustración aquella oportunidad en la que tuvo que irse sólo al hospital; deseaba sentir más apoyo de sus jefes, quienes ni siquiera le ayudaron a llamar un taxi. Tampoco lo llamaron durante los meses en los que estuvo incapacitado, por lo que sintió que no era importante. Afortunadamente, su segunda reubicación se dio de una mejor manera para él, pero lamenta que la primera haya tenido tantos inconvenientes.

Orminso comenta que tiene una sensación negativa de gran parte de su proceso ya que ha requerido de abogados y jueces para hacer cumplir sus derechos; además, se ha sentido discriminado e invalidado. Le hubiera gustado que en la empresa se preocuparan por él y que le brindaran más facilidades para programar citas médicas y terapéuticas.

Por su parte, Gina se sintió como un *mueble* cuando la trasladaron sin tener en cuenta lo que pensaba ni su situación familiar. Expresó su deseo de *haber sido escuchada de manera diferente*; habría querido dialogar con sus jefes para negociar opciones equitativamente, preguntándole por sus expectativas, deseos y opiniones: “*a mí me hubiera gustado que me hubieran dicho [...] estas son las funciones que tenemos ¿Cuáles crees que puedes hacer?*”. A fin de cuentas, es ella quien mejor sabe lo que hace y lo que la puede afectar.

Curiosamente, mientras Ana, Gina y Orminso deseaban ser escuchados de otra forma, Fernando refirió que “*no le gusta llorar*”, extrapolando ese “llorar” con hablar de sus experiencias y hasta de lo que le duele. Juntos reflexionamos que podría tener una connotación negativa de ser escuchado, quizás porque asocia el compartir sus sentipensares, opiniones y necesidades con sentirse vulnerable; para él, ser escuchado es un acto de queja y no de participación o de reivindicación de derechos fundamentales. Esto me recuerda a Saonatse, De Witt & van Niekerk

(2019) cuando hablaron del estigma personal que puede asociarse a sentir una enfermedad como signo de debilidad y fracaso.

Solo un compañero de co-labor, don Oscar Ricardo, manifestó sentirse completamente a gusto con gran parte de su proceso en rehabilitación profesional, asociando su experiencia positiva con sus ganas de querer hacer las cosas, aprender y superarse. Además, nos contó que sus jefes lo han reconocido por su buen desempeño y que lo consideran como un *trabajador juicioso* porque “*no se queja*”.

### **8.2.1. La rehabilitación profesional es dura e injusta**

Continuando con las reflexiones conjuntas, me daba cuenta de que ocasionalmente aparecía la expresión “dura”, cuando hacían referencia a lo que les dolía, a los cambios que tuvieron que asumir y al trato recibido por parte de algunos individuos. Para don Oscar Ricardo fue *duro* enterarse de que no podía volver a conducir/operar vehículos, mientras que para Ana fue *duro* verse imposibilitada para realizar sus actividades como antes y sentir que dependía de alguien más. Para Gina es duro que alguien que ha desempeñado toda su vida una actividad tenga que cambiarla (en los casos que requieren reubicaciones). Gina, Orminso y Ana hablaron de *personas duras* o que “*les han dado duro*” aludiendo a sus actitudes hostiles.

Entretanto, durante las conversaciones significativas los compañeros/as de co-labor compartieron algunas experiencias que para su criterio fueron *injustas*. Por ejemplo, Ana nos contó que un coordinador le dijo que ella no estaba “*haciendo gran cosa*”, dándole a entender que tenía pocas tareas asignadas; asimismo, se le impidió participar en actividades de bienestar e integración organizadas en la empresa, con el argumento de que estaban pensando en su salud: “*Me quitaron la oportunidad de algo que me hacía sentir bien y era importante para mí*”. También recordamos su experiencia con la Defensoría del Pueblo, donde le dijeron que no la ayudarían con el trámite para impugnar el dictamen de la Junta Nacional de Calificación y que sólo tenía la alternativa de contratar a un médico y a un abogado laboral.

Para Gina fue injusto que la hayan trasladado sin tener en cuenta sus opiniones y alternativas. Para su concepto, esta decisión fue tomada por su jefe principalmente por las diferencias personales que tuvieron y no por su condición de salud; por esa razón, tampoco tuvo la posibilidad de manifestar su desacuerdo a pesar de que le gustaba trabajar en la sede donde

se encontraba. Por su parte, Orminso nos contó que al presente no puede desempeñar las tareas que quedaron registradas en el otrosí de su reubicación, ya que *“la empresa ha preferido contratar a otros proveedores para llevarlas a cabo”*. Considera esto como injusto y además como un intento de la empresa para *“aburrirlo y provocarlo”*.

### **8.2.2. La rehabilitación profesional duele y es violenta**

Durante las conversaciones apareció el tema del *dolor*, pero, no solo el asociado a sus condiciones de salud, sino también aquel que llegaron a sentir por lo que escucharon y vivieron en rehabilitación profesional. Por ejemplo, Gina experimentaba dolor cada vez que su jefe realizaba comentarios desagradables sobre su estado de salud y cuando la trasladó sin previo aviso, haciéndola sentir inútil o como un mueble: *“uno siente como un golpe, como una pérdida, [...] ese era mi lugar de trabajo, mis compañeros, mi espacio y uno saber que va a estar en un lugar donde casi no hay nadie [...] todo eso lo afecta a uno”*.

Aparte de que el dolor físico les afectaba, el hecho de que otras personas menospreciaran dicha situación lo hacía aún más difícil de sobrellevar: *“una vez que me sentí tan mal; pues sí tenía muchos dolores, pero yo creo que más era la forma, la expresión de la gente que el dolor que tenía”* (Ana). En el laboratorio nos preguntábamos ¿por qué se juzga, invalida o subestima el dolor ajeno? Y llegamos a considerarlo como un acto de poder y violencia, porque, quienes más han generado estas circunstancias son jefes y profesionales, quizás porque se colocan en una posición superior que, según ellos, les da esa capacidad y porque no demuestran empatía. A propósito, Gina nos comentó que escuchó a un jefe decir: *“es que se quejan de nada”*, minimizando los sentipensares de la población trabajadora.

Orminso agrega más preguntas: *“¿Será que tiene[n] la capacidad de poder interpretar mi situación de una cirugía de manguito rotador cuando me metieron dos tornillos y me duele el alma?”*. Esto nos lleva a pensar que la comprensión de una condición de salud y del dolor del Otro va mucho más allá de una preparación académica y que tal como ellos y ellas lo han mencionado, *“es una cuestión de humanidad”*, de calidez, actitud y proximidad. Por algo, Gina dijo que: *“hasta que uno no siente en carne propia lo que es vivir un proceso de esos, no sabe de lo que está hablando”*.

Recordemos que Ana nos contó en el colaboratorio que una asesora de la ARL le dijo que sus dolores y diagnósticos se habían generado *“porque había tenido muchos hijos”*. Para Ana esto no solo fue discriminatorio, sino también una muestra de ignorancia proveniente de quien se supone tiene más conocimientos al respecto, alguien que ostenta un saber-poder: *“En medio de la ignorancia, creo que ella era más ignorante que yo, porque eso no lo cree nadie”*.

Saonatse, De Witt & van Niekerk (2019) y Mansfield et al., (2015) hablaron de la poca consciencia que evidenciaron de parte de empleadores, compañeros y otras personas sobre las alteraciones que ocasiona una enfermedad, minimizando los síntomas y secuelas de una condición de salud, respondiendo entre otras cosas, a un desconocimiento sobre lo que es habitar un diagnóstico. Lo anterior también afecta el buen desarrollo de los programas de rehabilitación profesional.

En este punto, quisiera permitirme retomar las experiencias de Orminso, pues no puedo pasar por alto lo que vivió en uno de los patios donde fue reubicado y donde realizaba funciones para las cuales no fue capacitado ni entrenado: *“bajo las condiciones más inhumanas porque la orden era mantenerme bajo llave, de siete a cinco de la tarde sin poder salir a nada, ni a tomar tinto y no tenía servicios”*; también me compartió que a raíz de no tener el mejor desempeño (en tales circunstancias), fue despedido. El hecho de no contar con el servicio de baño y tener que trabajar de noche ocasionó más alteraciones en su salud física y psicológica. Esto nos permite evidenciar que un mal proceso de rehabilitación profesional, que incluye situaciones de poder y violencia, agrava las condiciones de salud ya existentes o genera nuevas, yendo en contravía de lo establecido por el Manual.

### **8.2.3. La rehabilitación profesional es una lucha que agota**

Tanto en las conversaciones significativas como en el colaboratorio, mencionaron las distintas luchas que han tenido que emprender; incluso, dijeron que sus experiencias han significado un *esfuerzo*. La juntanza grupal ofreció una oportunidad para que entre ellos y ellas se reconocieran y se motivaran a no rendirse. Don Oscar Ricardo mostró su admiración por Orminso, diciendo: *“que no se ha dejado de la empresa. [...] Él ha luchado por sus cosas por medio legal, [...] desafortunadamente fue la única manera, el conducto que él vio para que le pusieran cuidado. A cada uno nos toca nuestro camino y le tocó un camino fuerte, pero gracias a Dios lo logró”*.

Como la rehabilitación profesional es un camino duro, difícil y “fuerte”, la población trabajadora ha tenido que emprender luchas tanto individuales como colectivas para garantizar el ejercicio de sus derechos. A propósito, don Oscar Ricardo nos compartió que algunos líderes le dijeron que cuando les asignaban tareas a otras personas que también estaban transitando por rehabilitación profesional, se negaban a cumplirlas por *pereza* o porque decían que se les *estaban vulnerando sus derechos*. Para él, si existen compañeros que “*no luchan [...] que no hacen nada [...] que duermen en los patios*”, predisponiendo a las empresas para no llevar procesos más armónicos.

Pero, como punto de debate a este tema, Orminso nos compartió que cuando le dieron la orden de realizar una actividad que, desde su perspectiva iba a afectar su salud, él se *insubordinó*: “[...] *no obedezco si veo que va a afectar mi salud. [...] Me estoy acogiendo a una sentencia de estabilidad laboral [...] en condiciones dignas*”. Ahora bien, Torres-Tovar (2020) menciona que esta puede ser una expresión de *resistencia* individual de los trabajadores para proteger su salud en el trabajo; es decir, es un tipo de lucha obrera, como también lo son las denuncias y las tutelas, acciones igualmente emprendidas por Orminso, quien durante nuestras juntanzas refirió: “*si a mí me hubieran escuchado desde un principio, yo no habría demandado a la empresa*”.

La insubordinación no es muy bien vista en las empresas, pero quizás, no se ha reflexionado a profundidad desde la perspectiva que propone Torres-Tovar. A lo mejor deberíamos preguntarnos si frases como: “*su diagnóstico es ser peleona*”, “*usted no sirve para nada; ojalá que se aburra y se muera rápido*”, sumadas a la violencia, discriminación, injusticia, etc., que hemos develado a través de estas conversaciones, aumentan las probabilidades de causar insubordinación y otras luchas, afectando también el éxito en rehabilitación profesional. También, es posible que se visibilice como insubordinación a las actitudes y circunstancias que son derechos de los trabajadores y de los ciudadanos, entre ellos, expresar su opinión o evitar poner en riesgo su salud cuando se identifican peligros no controlados.

Amplificar estos sentidos busca crear consciencia sobre las consecuencias de perpetuar estas situaciones. Estas luchas generan *cansancio*. Una rehabilitación profesional que vulnera derechos agota.

Otra situación que cansa se relaciona con el contacto que se tiene con tantas personas para el seguimiento de sus casos durante la rehabilitación profesional; mis compañeros/as alertan sobre la constante repetición que deben hacer de la misma información. Orminso mencionó que se ha sentido como un *ratón de laboratorio*, cada vez que llega a un consultorio donde pareciera que todo se reinicia con un nuevo profesional, esperando qué le indicará esta vez, como si de un experimento se tratara: *“otra vez el conejito allá del laboratorio, el ratón de laboratorio, la misma cháchara”*. Le molesta tener que repetir información que podría buscarse en la historia clínica: *“si fuera profesional, revisaría mi historia clínica”*. A Ana le genera frustración esta situación, porque para ella, recibir tantas visitas perdía el sentido puesto que todo seguía igual: *“llegó el momento que yo decía ¡Nooo! Otra vez el mismo cuento para nada. [...] Venga qué hace, cómo lo hace, a qué horas... Ya me lo sé de memoria”*.

#### **8.2.4. La rehabilitación profesional es un privilegio y una cuestión de suerte**

En el colaboratorio se sugirió que la rehabilitación profesional puede ser una *cuestión de suerte*. Por ejemplo, Orminso considera que don Oscar Ricardo: *“estuvo muy de buenas”* por haber sido reubicado *“donde se ha sentido bien”*; Ana felicitó a sus compañeros porque *“no les ha ido mal”* (en otras palabras, les ha ido mejor que a ella), porque se tuvieron en cuenta sus apreciaciones para la toma de decisiones. De hecho, don Oscar Ricardo piensa que “en partes” sí se ha sentido más *afortunado* que otras personas que participan en programas de rehabilitación profesional, pero indica que es necesario que los trabajadores/as “pongan de su parte” para favorecer el logro de mejores resultados.

Fernando también mencionó que ser escuchado es un *privilegio*; esta frase es demasiado potente, ya que el privilegio es una ventaja, un derecho, beneficio y condición especial a la que pocas personas tienen acceso<sup>26</sup>; de esta forma, Fernando puede estar insinuando que no toda la población trabajadora es escuchada; no todos los trabajadores/as que transitan por procesos de rehabilitación profesional son escuchados. Entonces, la escucha en rehabilitación profesional es un privilegio y un derecho de pocos. Surgen muchas preguntas, como las de *¿Quién tiene derecho a ese beneficio? ¿Acaso los afortunados en ser escuchados son elegidos por quienes ostentan el poder en rehabilitación profesional? ¿La coconstrucción de soluciones en conjunto*

---

<sup>26</sup> <https://www.significados.com/privilegio/>

con la población trabajadora es un anhelo que queda al azar o una casualidad? Son preguntas cuyas respuestas aún quedan por descubrir.

Entretanto, podemos traer nuevamente a colación la experiencia de Ana cuando le dijeron que la única forma que tenía para impugnar el fallo de la Junta Nacional de Calificación (una institución “poderosa”) es contratar a un médico y un abogado laboral. En ese momento, Ana pensó: *“me tocó como se dice vulgarmente ‘jódase’ porque yo no tengo plata”*. Esta situación dificulta que Ana pueda luchar por la defensa de sus derechos, puesto que no tiene los recursos para hacerlo (de hecho, el contar con el dinero suficiente para la contratación de los profesionales e incluso adelantar el proceso jurídico también sería un privilegio, ya que no toda la población trabajadora dispone con dicho capital).

### **8.3. Escucha en rehabilitación profesional**

Como este texto polifónico pretende escuchar las voces y sentipensares de trabajadores y trabajadoras, también emprendimos un camino lleno de reflexiones acerca de cómo entienden a la escucha y cómo fueron sus experiencias al respecto a lo largo de sus tránsitos en rehabilitación profesional.

La escucha es entendida por mis compañeros/as de co-labor como una *práctica* en la que se presta atención a lo que otra persona está diciendo y expresando, por tanto, la escucha exige presencia, respeto y consideración. Es un *acto* que involucra distintos sentidos, por lo que va más allá de oír y percibir el sonido: *“uno se da cuenta que lo están escuchando por la forma como lo miran a uno”* (Fernando); también, es un mecanismo de participación. Cuando se escucha al Otro se interpretan sus palabras, sus silencios, sus emociones y sus sentipensares.

Ahora bien, para mis compañeros y compañeras de co-labor, sus experiencias con la escucha en rehabilitación profesional han sido diversas; aunque consideran que éstas deberían basarse en la confianza y la empatía, no siempre fueron de esta forma. Por ejemplo, Ana y Orminso refirieron no sentirse escuchados en su trabajo, sino más bien ignorados e incomprensidos. Ana agregó que a raíz de lo anterior prefirió *guardar silencio*.

Una escucha que ignora lleva al cansancio y al silencio: *“nunca se me escuchó [...], entonces me sentí impotente, porque entre más opine, más me echan a un lado”* (Ana). Otra



situación que lleva al silencio es la discriminación, como la expuesta por Fernando cuando dijo que prefería mantener su dolor *en voz baja* para evitar que le llamaran “inválido” o que le dijeran que estaba actuando.

El miedo a las represalias lleva al silencio; Fernando, Gina y Ana dieron a entender que en algún momento sintieron que debían decir lo que otros deseaban escuchar; cuando no lo hacían, se presentaban inconvenientes con otros actores del proceso, sobre todo con los *tomadores de decisiones*: “*como [...] usted es mi jefe me da miedo que me eche, entonces yo no digo nada*” (Gina). Reflexionamos que una *voz en contra* puede ser percibida como algo negativo y que busca ser acallada, ya que Fernando también mencionó que aunque en las empresas se abren espacios de escucha, hablar allí puede ser contraproducente y generarles problemas; de este modo, se guarda silencio para evitar represalias.

“*El trabajo duele porque silencio*”. Palacios (2016, p.26).

Don Oscar Ricardo y Fernando manifestaron haberse sentido escuchados e integrados en la toma de decisiones, aunque no fuera de manera permanente o transversal. Orminso nos contó que gracias a que dos profesionales lo escucharon, fue reubicado en el área que deseaba y que se correspondía con sus conocimientos; sin embargo, experimentó muchas dificultades durante todo su proceso, incluyendo demandas contra la compañía.

Tanto Ana como Gina, las dos mujeres del equipo de compañeros/as de co-labor, no se sintieron escuchadas ni tampoco pudieron participar en la toma de decisiones. Ambas expresaron sentirse discriminadas debido a que les dijeron que tenían un *temperamento fuerte*; del mismo modo, sospechan que gran parte de las dificultades que atravesaron se debe a las diferencias personales que tuvieron con sus jefes, quienes ostentan el poder de tomar decisiones. Smeets, Hoefsmit y Houkes (2019) también encontraron en su estudio que los participantes no se sintieron escuchados y que no se les permitió hacer aportes para facilitar su proceso de rehabilitación profesional, siendo otras personas quienes tomaban las decisiones.

### **8.3.1. Decisiones como ejercicios de poder**

Para mis compañeros, la escucha en rehabilitación profesional debe estar profundamente relacionada con la construcción de soluciones, y estas a su vez, deben tener en cuenta sus

opiniones. No obstante, Orminso dice que las soluciones quedan a la deriva de estructuras y ejercicios de poder, ya que la mayoría son tomadas por otros. A propósito, tanto en las conversaciones individuales como en el laboratorio reflexionamos que, por lo general, los *primeros escuchantes* en las empresas son personas del área de la salud o de seguridad y salud en el trabajo, quienes recolectan información, realizan evaluaciones técnicas y brindan recomendaciones (unas para el trabajador/a y otras para la empresa), pero, eso no significa que puedan tomar decisiones en el proceso.

Ahora bien, hemos podido visibilizar que aunque haya dinámicas para hablar con la población trabajadora y hacerles preguntas, no siempre hace presencia la escucha, tal y como la entienden los compañeros de co-labor. Si la escucha no desemboca en la coconstrucción de soluciones, esta queda incompleta o no funciona: *¿para qué me preguntaron? [Si] me va a dar lo mismo expresarme* (Orminso).

Smeets, Hoefsmit y Houkes (2019) evidenciaron en su estudio realizado en los Países Bajos que, aunque a la mayoría de sus entrevistados se les preguntó sobre sus preferencias durante los procesos de rehabilitación profesional, éstas no se tuvieron en cuenta y fueron catalogadas como “no realistas”; de esa manera, quienes tenían poder defendían la toma de decisiones de forma unilateral.

Entonces, si no son los trabajadores o los primeros escuchantes, ¿Quién tiene el PODER de tomar decisiones después de esos ejercicios de escucha? Según las experiencias de mis compañeros/as, dicho poder recae en personas de diferentes niveles jerárquicos (supervisores, jefes, gerentes), que no siempre piensan de manera similar, lo que dificulta la conciliación y coconstrucción de soluciones: *“por mano de todos ellos tiene que pasar el trabajador [...] y se tiran el agua sucia unos con otros”* (Orminso). En otras palabras, la rehabilitación profesional es dominada por personas que ostentan cargos superiores, que desconocen la importancia de estos procesos y que no tienen el conocimiento para liderarlos, lo que les impide promover la participación de la población trabajadora.

¿Qué ejercicios de poder pueden estar presentes en la escucha y en rehabilitación profesional? En conjunto reflexionamos que pueden reflejarse al subestimar, ignorar, discriminar o silenciar a la población trabajadora, pero sobre todo, al tomar decisiones: Ana y Gina sintieron que las propuestas que hicieron en sus respectivas empresas no fueron validadas sino más bien

descartadas por las personas que iban a visitarlas a sus puestos de trabajo. Fernando nos contó que en su primera reubicación no lo consultaron ni integraron en la toma de decisiones y solo le dijeron: “*hágase ahí, ¡y ya!*”; del mismo modo, nos compartió que le impidieron participar en una convocatoria de la que quería hacer parte “*porque no había nadie más para hacer su trabajo actual*”.

### **8.3.2. Actitud de escucha**

Podemos ver que la escucha en rehabilitación profesional es fundamental, pero, depende en gran medida de la disposición y de la *actitud* mientras esta se da. La actitud de quienes escuchan y de quienes toman decisiones puede afectar o beneficiar el proceso de rehabilitación profesional; por ejemplo, don Oscar Ricardo dijo que no se sintió escuchado cuando uno de sus jefes tuvo una mala actitud con él; Gina se sintió como un *mueble* cuando no fue consultada debido a que le dijeron que tenía mal carácter. Así pues, los actores de la rehabilitación son percibidos como barreras o facilitadores por su actitud durante la escucha. También indicaron que una actitud positiva demuestra mayor *humanidad* para con la población trabajadora.

Lo anterior se corresponde con lo referido por Libeson et al. (2018) quienes mencionaron que una actitud positiva de parte de los empleadores mejora el proceso de rehabilitación profesional; por el contrario, si la población trabajadora es poco apoyada y se siente incomprendida, dicho proceso se afecta.

¿Qué puede determinar una buena o mala actitud de los *escuchantes y tomadores de decisiones*? Durante las reflexiones llegamos a pensar que depende, entre otras cosas, de su empatía, su humanidad, su entendimiento sobre las condiciones de salud que puede tener una persona y su conocimiento del proceso; también, de factores subjetivos. Recordemos que Ana tensionó la posible parcialidad que tendrían algunos asesores, jefes u otros profesionales al transitar por situaciones similares o tener familiares que habitan una condición de salud. Para Ana, es *injusto* que alguien sea más empático con un trabajador por esta razón, pues toda la población trabajadora debe recibir el mismo trato.

Asimismo, los resultados de la rehabilitación profesional pueden estar *condicionados* por la actitud que perciben de parte del trabajador, siendo algo preocupante, ya que esta cambia a medida que se atraviesa por dificultades para ejercer sus derechos y las múltiples violencias que

se han develado. En otras palabras, un trabajador cansado y violentado no siempre tendrá la mejor actitud, pero esto, no debería afectar los resultados de su proceso, puesto que indica que la rehabilitación profesional depende más de la subjetividad de quienes ejercen poder, que de la objetividad y empatía que requiere cada caso. Del mismo modo, en el colaboratorio nos inquietó que estas situaciones se presentaran aun cuando existe el Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales (2010), lo que sugiere el desconocimiento e incumplimiento de lo establecido allí. Vásquez (2019) también menciona que la existencia del Manual no está garantizando ni su aplicación ni la realización de dichos procesos en las empresas.

## **Episodio 9. Reflexionando Prácticas Otras. Coconstruyendo Una *Rehabilitación Profesional Otra***

Aunque los invitados/as a este hacer decolonial pertenecen a tres empresas distintas que se ubican en diferentes partes de la ciudad de Bogotá, compartieron experiencias más o menos parecidas; en el laboratorio, Orminso dijo que parecían *estar hablando el mismo idioma*. Incluso, las conversaciones con textos de autores/as tanto nacionales como internacionales también muestran hallazgos que se asemejan a los de esta co-labor. Esto nos permite develar que las prácticas en rehabilitación profesional y lo que significan para las personas, pueden estar yendo ir hacia un mismo camino. Es así como, se amplifica la necesidad de realizar cambios profundos en la rehabilitación profesional, tanto procedimentales como normativos y sociales; es evidente que se requieren procesos importantes de concertación, cumplimiento y veeduría.

Nos quedamos con la pregunta de Orminso: *“(Si) la ley está, [...], existe la normatividad, existe el Manual, entonces ¿Por qué no se aplica? ¿Por qué no se sigue el procedimiento?”*. Con base en las experiencias de Ana, Gina, Orminso, Oscar Ricardo y Fernando, hemos reflexionado que la rehabilitación profesional depende de las decisiones de los que ostentan el poder en las empresas, es decir, de quienes tienen posiciones jerárquicas superiores a las personas que habitan un diagnóstico. En su realidad, el poder está por encima del procedimiento. Además, al privilegiar la productividad se pierde el carácter humano de esta práctica: *“el empleado sirve mientras que está completo, pero al momento en que se le diagnostique una enfermedad [...], el empleado ya no sirve igual. Ahí ya empiezan los tropiezos, de ponerle peros, [...] hacerlo sentir a uno como lo peor”* (Ana).

A través de esta co-labor evidenciamos que la rehabilitación profesional por la que transitamos involucra prácticas capacitistas, por cuanto se privilegia la productividad laboral y hace presencia lo que Gómez (2018) denominó una *pedagogía bancaria*, donde el trabajador se toma como ignorante, sus saberes son desplazados por los del “saber experto” y sus experiencias son desdibujadas por otras dinámicas de poder. Además, se asume que la población trabajadora es incapaz de tomar decisiones y por ello no participa de estos procesos.

No obstante, el haber develado que sus experiencias en rehabilitación profesional han sido, en su mayoría, duras e injustas; involucran silenciamientos, dolor, violencia, discriminación, pocas oportunidades de participación y dinámicas de poder y demás, nos convoca a apostar por

la coconstrucción de una *rehabilitación profesional Otra*, afín con la rehabilitación emancipadora propuesta por Gómez (2018), a partir de la cual se busca superar las relaciones jerárquicas de poder y transmutar a relaciones *heterárquicas*, correlaciones terapéuticas, que promuevan la igualdad entre los actores del proceso. En estas dinámicas “no existe una instancia básica que gobierna sobre los demás, sino que todas las instancias ejercen algún grado de influencia mutua en diferentes aspectos particulares” (Castro-Gómez, 2007b, referenciada por Gómez, 2018, p.22).

En la rehabilitación profesional Otra, las capacidades no se limitan a lo que la persona *puede hacer*, sino que involucran lo construido a lo largo de su vida para dar forma a su proyecto de vida, buscando “el sentido y disfrute de la realización personal” (p. 54). Así que las prácticas emancipadoras en rehabilitación profesional dan cabida a los sueños, motivaciones y anhelos de las personas más allá de lo que puede desempeñar “o en qué ser útil para la empresa”. Además, prefiere apoyar el establecimiento de metas existenciales que metas de rehabilitación “centradas en la lesión” que se basan en protocolos que despersonalizan los cuerpos y los desempeños por medio de la aplicación de un paso a paso (Gómez, 2021).

Por otro lado, la ética de la escucha de la que habla Aranguren (2008) tensiona tensiona los lugares de poder y hace posible sentir y entender el dolor de los demás. Para la rehabilitación profesional, la ética de la escucha supone una oportunidad para trascender aquellas prácticas en las que se escucha arrogantemente para extraer información y luego, tomar decisiones (muchas veces sin participación del trabajador/a involucrado/a que compartió sus experiencias y esperó ser escuchado/a para ser comprendido), asumiendo el rol de superior, mientras que los trabajadores escuchan de manera pasiva unas recomendaciones e indicaciones derivadas de tales procesos. La rehabilitación profesional basada en la ética de la escucha permite reconocer aquellas realidades escondidas, las cuales solo pueden ser conocidas “a partir de [...] relaciones de proximidad, de confianza” (p.46).

Una rehabilitación profesional Otra construye relaciones profundas con el Otro que van más allá del conocimiento de sus oficios y de la descripción de los ambientes de trabajo; (Palacios, 2018). La rehabilitación profesional Otra se compromete con su cuidado y reconoce su vulnerabilidad, sus dolores físicos, psicológicos y espirituales, además de sus sueños y anhelos. Se propicia el autorreconocimiento de capacidades que la persona hace desde su sentirse-capaz.

Finalmente, para el logro de una rehabilitación profesional comprometida con la ética de la escucha y las prácticas emancipadoras, debemos aceptar la invitación de Hammell (2007) y Phelan (2007), citados por Wolbring & Chai Tsing-Yee (2016), quienes refieren que se es necesario aumentar el compromiso y participación de los profesionales en los estudios de discapacidad, para tensionar los privilegios y el poder del considerado saber experto y la opresión sistémica que los profesionales de la rehabilitación han ejercido sobre las personas con discapacidad -prácticas constituidas en un biosaber.

Así pues...

Las voces de los compañeros y compañeras de co-labor dicen que desean una rehabilitación profesional basada en la escucha horizontal, empática, que exige presencia, respeto, consideración; aquella que promueva la confianza y reconozca al Otro, haciéndolo sentir importante. Es decir, una escucha ética.

La escucha en rehabilitación profesional corazona, cuida, concilia y se preocupa por la persona que está frente a mí y por eso, en juntanza se busca lograr “que se hagan las cosas”, porque se conversa en igualdad. Sus voces también expresan el deseo por una rehabilitación profesional que promueva espacios de concertación donde jamás se ausente el trato digno y haga presencia la comodidad. La obligación y la imposición no hacen parte de este diálogo.

La primera persona en ser escuchada debe ser el trabajador o la trabajadora, demostrando una actitud empática y un interés real por lo que siente y piensa, respetando además sus saberes y sus experiencias encarnadas: “*¿Cómo podríamos nosotros de alguna manera, [...] hacer un espacio donde no te sigas afectando?*”.

La escucha es un medio que puede prevenir dificultades en rehabilitación profesional: “*si las empresas escucharan más y mejor a sus trabajadores y trabajadoras, se evitarían demandas y sindicatos [...] y afectaciones físicas y psicológicas a una persona*” (Orminso). También mencionan que la escucha en rehabilitación profesional indica los alcances para evitar falsas expectativas. Gina dice que una escucha abierta a otras versiones de verdad, que no invalida lo que dicen quienes habitan una condición de salud, disminuye situaciones tensionantes y favorece la construcción de codecisiones. Es decir, hace de la escucha una práctica Otra.

La escucha y la rehabilitación profesional tienen una relación muy profunda; la escucha se debe asociar a su vez con la construcción de soluciones. Dichas soluciones se entienden como las decisiones que se toman en rehabilitación profesional; y esas decisiones son coconstruidas con la población trabajadora a lo largo de todo el proceso.

## Figura 6

### *Escucha en rehabilitación profesional*



*Nota.* Elaboración coconstruida con Orminso sobre la escucha en rehabilitación profesional

### 9.1. La Rehabilitación Profesional Otra

Las Prácticas Otras son un saber Otro; así pues, consideramos que todas estas reflexiones nos llevan a proponer una *Rehabilitación Profesional Otra*. Esta es aquella que nace de la escucha de voces y sentipensares de quienes han sido subalternizados, ignorados y acallados, a saber, los trabajadores y trabajadoras que han vivido experiencias de violencia, dolor, injusticia, agotamiento y poder.



Con base en todo lo compartido, la Rehabilitación Profesional Otra:

- ❖ Nace de las voces y sentipensares de trabajadores y trabajadoras que han transitado por procesos de rehabilitación profesional y está orientada a convertirse en una herramienta que apoya sus luchas. De este modo, la Rehabilitación Profesional Otra es una apuesta social, política y académica, puesto que incluye alternativas cercanas a la realidad de la población trabajadora en Colombia y por tal razón, debe favorecer mejores resultados y generar un diálogo entre los actores del proceso y el Estado, para codiseñar políticas públicas que respondan a las necesidades, intereses y aspiraciones de quienes reciben servicios, promoviendo su participación y reconociéndolos como actores políticos y sociales.
- ❖ Entiende “que la salud no se vende, no se delega, se defiende” (Laurell y Noruega, 1989, referenciados por Torres Tovar, 2020, p.53). Comprende que a lo largo de la vida de una persona pueden presentarse contingencias que alteran su desempeño laboral, y que por lo tanto, es necesario llevar a cabo procesos de rehabilitación profesional “más humanos”. De esta forma, es consciente que así como la salud puede perderse con el trabajo, también puede recuperarse a través de éste, y la Rehabilitación Profesional Otra busca ser afín con este objetivo.
- ❖ Comprende que los procesos de reincorporación no son responsabilidad exclusivas del trabajador/a, sino que involucran a las empresas, al Estado y al resto de la organización social.
- ❖ Cuestiona y desafía las formas dominantes de entender y hacer rehabilitación profesional que han sido impuestas por el colonialismo, y que han generado exclusión, discriminación y violencia hacia las personas que transitan por estos procesos.
- ❖ Tensiona las tendencias capacitistas de la rehabilitación profesional tradicional y tiene en cuenta las motivaciones de la persona, sus anhelos, deseos, propuestas y hasta su dolor, en vez de privilegiar la recuperación de cuerpos productivos.

- ❖ Comprende que los cuerpos son lugares de significado y que las personas no son *diagnósticos*, pero vivencian barreras a causa de ellos, afectando entre otras cosas, su derecho al trabajo. La rehabilitación profesional Otra deja de “considerar a la discapacidad como marca corpórea” (Buitrago, 2013, referenciada por Gómez, 2021, p.175).
- ❖ Reconoce el “saber obrero como fuente de conocimiento” (Giovanni Berlinguer, (1983 [1969], citado por Torres Tovar, 2020, p.50) y lo coloca en diálogo con otros saberes, transformando la relación entre los diversos actores de la rehabilitación profesional y coconstruyendo un lenguaje común entre ellos.
- ❖ Reconoce al trabajador/a como un sujeto político, como alguien que encarna una experiencia que puede traer consigo dolor físico y emocional, cambios en su vida diaria y laboral, barreras para el ejercicio de derechos y muchas cosas más. Es decir, es una práctica consciente y es “una cuestión de humanidad”.
- ❖ Reconoce las dinámicas de poder existentes, las tensiona y las transforma: Smeets, Hoefsmit y Houkes (2019) identificaron que los desequilibrios de poder en la rehabilitación profesional generan sentimientos de vulnerabilidad en la población trabajadora y afecta sus resultados, por lo que es pertinente tomar conciencia sobre esta situación y sus consecuencias.
- ❖ Busca superar las situaciones de dominación de los tomadores de decisiones.
- ❖ Hace del trabajador/a el principal protagonista en la toma de decisiones.
- ❖ Favorece la igualdad discursiva y decisoria. Informa y pregunta para escuchar opiniones y coconstruir soluciones: *“no podemos reubicarte pero, no sé, de pronto plantéanos otra cosa, ¿Cómo te sentirías más cómoda?”*.
- ❖ Establece relaciones heterárquicas, correlaciones terapéuticas.
- ❖ Tensiona el hecho de que el proceso sea difícil, duro, violento y por tanto apuesta por ser cada vez más empático, humano, sensible y corazonado. Es una práctica

donde se acompaña a la persona y se le dice: “yo estoy con usted y lo que a usted le pasa me duele a mí”.

- ❖ Entiende que para las personas puede ser *duro* dejar de ejecutar una actividad laboral que llevaban desempeñando por mucho tiempo y que por tanto, era valorada. También es *duro* que se les asignen funciones que nunca había realizado. Así pues, se esfuerza por buscar con el trabajador/a otras alternativas que sean significativas, que tengan en cuenta sus gustos e intereses, anhelos, motivaciones y proyecto de vida. Además, brinda la capacitación suficiente para desempeñarlas y adapta los estilos de mando considerando las formas de aprender de cada uno.
- ❖ Es una práctica de cuidado, de cocuidado que nos reconoce como interdependientes y comprende nuestra vulnerabilidad y nuestro dolor físico, emocional y espiritual.
- ❖ Trasciende los procedimientos que colocan al trabajador/a como un receptor pasivo de servicios, en el que se aplica un paso a paso preestablecido; por el contrario, la rehabilitación profesional Otra es única para cada persona y se coconstruye después de ejercicios de escucha ética, que es próxima, empática y cuidadora.
- ❖ No intimida, no persigue, no acosa y no silencia (Orminso).
- ❖ Invita a entender qué hay más allá, a develar lo oculto, lo invisibilizado.
- ❖ Se coloca “en los zapatos del Otro”, pensando en él/ella y su familia, preguntándose siempre cómo le puede ayudar.
- ❖ No es arbitraria. Los cambios que se realizan son acordados y progresivos: “¿*Qué te parece si vas allá y miras cómo te sientes?*”
- ❖ Es un derecho que se ejerce sin barreras; por tanto, es justa.

- ❖ Es un derecho que se puede ejercer en igualdad, por tanto, no es un privilegio.
- ❖ No es una cuestión de suerte; no es una casualidad sino una causalidad.
- ❖ Reconoce las cualidades y habilidades de cada persona para favorecer la experiencia del trabajo como algo significativo, que dignifica y se dirige a la realización personal. Permite que sea la persona quien haga este reconocimiento desde la vivencia encarnada de su propio cuerpo y su proceso.
- ❖ Reconoce el trabajo de las personas y brinda oportunidades en igualdad de condiciones para el logro de ascensos por su buen desempeño.
- ❖ Evita que tanto las dinámicas como los resultados de la rehabilitación profesional dependan de factores tan subjetivos como la actitud de quienes ostentan posiciones de poder; Saonatse, De Witt & van Niekerk (2019) indican que cuando se mantienen relaciones respetuosas entre la población trabajadora y sus empleadores se refleja una óptima cultura organizacional.
- ❖ No ve a los trabajadores/as que transitan por estos procesos como "una pérdida", "una falencia", "alguien que no sirve", sino como una persona que requiere el debido apoyo y acompañamiento.
- ❖ No discrimina por cuestiones de género; no les dice a las mujeres que son "peleonas" o que se enfermaron "por tener muchos hijos".
- ❖ Ofrece servicios en igualdad de condiciones, independientemente del origen que se reconozca a un evento. Comprende que la salud y la rehabilitación profesional son derechos y no negocios.

Quizás haya quienes piensen que muchas de estas propuestas son inviables; pero otros también pensábamos que gran parte de lo que se develó en las conversaciones era poco probable y aun así hizo presencia, como por ejemplo, cuando le dijeron a un compañero: "ojalá que se muera". Si yo no presento estas alternativas, estaría siendo incoherente con el enfoque decolonial, puesto que estaría acallando los saberes otros coconstruidos.

## Episodio 10. Ecos

Las conversaciones con los compañeros/as de co-labor y los autores/as nacionales e internacionales permitieron proponer varias recomendaciones.

Al proceso de rehabilitación integral:

- Brindar información oportuna y suficiente a la población trabajadora que ingresa a un programa de rehabilitación profesional, permitiéndole entender en qué consiste, contextualizando los motivos de ingreso y las acciones que se van a implementar, etc. De esta forma, las personas se sienten parte del proceso desde el inicio.
- Debe fortalecerse el seguimiento a las recomendaciones médico laborales y buscar su máximo cumplimiento. Además, es necesario seguir concienciando sobre la importancia de contar con la participación de la persona en este aspecto. Corbiere, Renard & St. Arnaud (2015) indican que dicho seguimiento no debería realizarse solo cuando se haya dado el retorno a la empresa, sino también durante los periodos de incapacidad (cuando los hay), ya que esto promueve un contacto continuo entre la empresa y el *trabajador ausente*, generándole sentimientos de pertenencia.
- Mansfield et al, (2015) consideran que un adecuado seguimiento y cumplimiento de las recomendaciones médico laborales son una muestra de culturas eficaces de seguridad y salud en el trabajo. Asimismo, cuando todos los actores del programa (trabajador/a, empleador/a, empresa, familia, instituciones prestadoras de servicios, sociedad) tienen conocimiento de estas recomendaciones, se puede brindar un mejor apoyo para mitigar la estigmatización y evitar la ocurrencia de nuevos accidentes.
- Contactar a los trabajadores durante las incapacidades para saber cómo están y brindarles apoyo. Esto genera más compromiso y confianza, tanto con las empresas como con el proceso mismo de rehabilitación profesional.

- Ofrecer un recibimiento cálido y sensible cuando los trabajadores/as regresan de una incapacidad o cuando llegan a su nuevo cargo cuando son reubicados; esto los hace sentirse esperados y bienvenidos (Corbiere, Renard & St. Arnaud, 2015).
- Capacitar a todos los actores involucrados en los procesos de rehabilitación profesional sobre lo indicado en el Manual de Procedimientos, normatividad asociada y sobre las condiciones de salud que presenta la población trabajadora, para disminuir la subestimación de síntomas, expresiones de dolor y comprender las necesidades de adaptación que se requieren para cada caso en particular (Mansfield et al., 2015).
- Fortalecer la capacitación en las actividades del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST) para evitar el subreporte de accidentes de trabajo y poder asesorar correctamente a las personas cuando éstos se presenten, para disminuir la probabilidad de que sus derechos sean vulnerados.
- Redundar por la mejora de los procesos en seguridad y salud en el trabajo de las empresas, teniendo en cuenta las experiencias en rehabilitación profesional, independientemente del origen de los casos. De esta manera, es relevante integrar a los trabajadores y trabajadoras que han transitado por dichas experiencias en la coconstrucción de acciones correctivas.
- Mejorar las estrategias de capacitación y preparación para el desempeño de actividades laborales, no solo para las reubicaciones, sino también para los reintegros. Durante las incapacidades se pueden ver afectados hábitos laborales, así que es positivo que la persona tenga la oportunidad de actualizar sus conocimientos y readaptarse a sus tareas.
- Analizar cómo la forma de desempeñarse de la persona brinda formas únicas de realizar la tarea, en vez de tratar de “normalizar” lo que hace.
- Realizar sensibilizaciones y capacitaciones a y con colegas y/o compañeros de trabajo para consolidar apoyos naturales y redes de apoyo (Trash y Mayhall, 1997, referenciados por Corbiere, Renard & St. Arnaud, 2015).

- Suministrar estrategias de preparación tanto física, mental y emocional para los procesos de reincorporación, independientemente de la meta de rehabilitación, incluyendo técnicas de manejo del estrés y habilidades de afrontamiento que los trabajadores puedan emplear cuando se enfrenten a desafíos laborales (Isaksson et al., 2016; Saonatse, De Witt & van Niekerk, 2019; (Libeson et al., 2018).
- Garantizar que los procesos de rehabilitación profesional propendan por el bienestar de las personas, evitando situaciones que puedan exacerbar las condiciones de salud existentes o generar nuevas.
- Mejorar e integrar los sistemas de información, de tal manera que los datos disponibles de cada persona puedan ser consultados y actualizados cada vez que se requiera, sin recaer en la repetición. Cuando se consulte dicha información, debe realizarse con el objetivo de analizar cada caso a profundidad; es importante que el trabajador/a no sienta que dicha consulta responde a una falta de credibilidad en sus palabras.
- Preferir un retorno *oportuno* a uno temprano; con base en las experiencias de los compañeros de co-labor y lo compartido principalmente por autores/as internacionales, las apuestas deben redirigirse a un retorno *oportuno*, con el cual las personas sientan que su proceso de recuperación fue adecuado y suficiente y no responde a presiones económicas o de sus empleadores.
- Optimizar la conformación de equipos transdisciplinarios cuyos integrantes también tengan igualdad discursiva; durante las experiencias de los compañeros/as de co-labor se reconoció el acompañamiento brindado por terapia ocupacional. Asimismo, consideran importante aumentar la vinculación de profesionales que aborden condiciones de salud mental.
- Es importante fortalecer la realización de actividades de sensibilización y formación, no solo en el procedimiento definido en el Manual, sino también en el entendimiento de las condiciones de salud y cómo pueden afectar el desempeño laboral de una persona. Asimismo, se debe concienciar sobre cómo un adecuado

proceso de rehabilitación profesional Otra es beneficioso para la población trabajadora y la empresa.

- A las personas que trabajan en relaciones laborales y rehabilitación profesional les aconsejan que escuchen a la población trabajadora “y si no tienen el alcance a darle la solución, al menos sean un medio para buscar esa solución”.
- A los/las profesionales que acompañan estos procesos les dicen que por favor no bajen la guardia y que sean una guía para la población trabajadora. Consideran que si la rehabilitación profesional es una lucha, entonces, debemos unirnos para seguir “en pie de lucha”.
- Además, el enfoque decolonial aplicado, la ética de la escucha y la rehabilitación emancipadora nos invitan a develar y tensionar la dinámica de una relación terapéutica como relación de poder.
- A la población trabajadora que está transitando por procesos de rehabilitación profesional, la invitan a permitirse explorar y aprender nuevas habilidades y oficios, trabajando su capacidad de adaptación y su inteligencia emocional; pero para esto, es importante un adecuado acompañamiento, participación y trato digno: *“porque a veces uno se cierra a los cambios precisamente por la forma como le dicen a uno las cosas”* (Gina). Vale la pena tener en cuenta los gustos e intereses de la persona al momento de proponer nuevas actividades en caso de que sea necesario (como por ejemplo, para los casos que requieran reubicaciones). Esto facilitaría dicha capacidad de adaptación y una mejor aceptación de los cambios, ya que la motivación aumenta cuando se desempeñan actividades significativas.
- Asesorarse; esto requiere que las personas se informen y busquen ayuda cuando sea necesario. Además, es importante brindar la asesoría adecuada y fortalecer los procesos de veeduría a las instituciones involucradas en los programas de rehabilitación profesional para evitar que se vulnere el derecho al debido proceso. En ese caso, es pertinente mejorar las estrategias de convocatoria para la creación de normativa y comunicación a la ciudadanía.



Finalmente, sus voces dicen que esperan que este texto polifónico sea utilizado por otras personas que transitan en rehabilitación profesional y que llegue a una “alta voz”, para que genere cambios normativos al respecto. Entretanto, reconocen que este es un ejercicio que requiere asumir corresponsabilidades: “que quede todo en unión porque una sola persona no lo va a hacer”. Dicen que los cambios se lograrán cuando se escuche esta tesis, porque “está intentando hacer algo por los que vienen atrás y los que están”. Es así como esperamos que estas Prácticas OTRAS resuenen en un ejercicio efectivo de coconstrucción.

No obstante, Orminso es escéptico y dice que mientras aquellas personas que han dominado y entorpecido estos procesos por hacerlos “a su modo”, sigan en donde están, es decir, en posiciones de poder, estos cambios serán difíciles de lograr. Sin embargo, esta es una lucha compartida y es necesario generar un *gran diálogo nacional* de la rehabilitación profesional, donde los primeros invitados sean los trabajadores y trabajadoras y sus familias, además del gremio empresarial, profesionales, academias e instituciones del SGRL Y SGSSS. Dicho diálogo debe basarse en la ética de la escucha.

## Episodio 11. Amplificaciones

El trabajo es entendido como una experiencia central en la vida de las personas; es una ocupación inherente al ser humano que evoluciona y se transforma junto con el desarrollo de las sociedades (Yuill & McMillan, 1998, citados por Veiga et al, 2017). Sin embargo, durante la vida de una persona se pueden presentar situaciones que afectan su salud, bien sea porque están relacionadas directamente con la realización de su trabajo o porque alteran la forma de relacionarse con él.

Existen posturas críticas que indican que el trabajo pasó de ser una actividad creativa destinada para suplir necesidades básicas y a enriquecer la vida humana, a ser un medio de explotación de la capacidad productiva de los cuerpos para responder a un sistema capitalista. Autores como Palacios (2016) afirman que el trabajo es una fuente de dolor, enfermedad y discapacidad.

Es aquí donde aparece la rehabilitación, cuyo deseo es recuperar los cuerpos y los desempeños para que los trabajadores/as vuelvan a ser *productivas* y reingresen al sistema capitalista como mano de obra y como consumidores. Dentro de las formas de hacer rehabilitación, se encuentra la profesional, que es definida como el “proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral” (MPSGRP, 2010).

La rehabilitación profesional está inmersa en el modelo médico, el social y el de derechos y es un proceso dirigido por profesionales de la salud que realizan intervenciones para recuperar habilidades debilitadas o perdidas, además de generar nuevas, como forma de “normalizar” sus cuerpos y sus desempeños. Es así como incluye prácticas capacitistas, donde más que personas, hay pacientes, quienes son considerados receptores pasivos de servicios y fuentes de información bajo una lógica cuantitativista (Gómez, 2018) por lo que se prefiere presentar datos como indicadores y no contar percepciones y experiencias.

Las nociones de “diagnóstico”, “enfermedades” o “condiciones de salud” son centrales para la rehabilitación profesional, puesto que estos procesos se pueden dirigir a personas con o sin discapacidad que *habiten un diagnóstico o condición de salud*. Esto puede asociarse con que

desde el modelo médico rehabilitador la discapacidad se asocia a las *enfermedades* y se considera que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad “siempre y cuando sean rehabilitadas y logren parecerse a las demás” (Ripollés, 2008, referenciado por Hernández, 2015). La categoría de discapacidad en este ámbito recae principalmente en un saber poder médico-jurídico, por medio de certificaciones y mediciones de porcentajes -de discapacidad-, para definir qué tanto un cuerpo y un desempeño se desvían de la norma (Moya, 2021). En Colombia se cuenta con el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional, reglamentado por el Decreto 1507 de 2014, el cual valora las *deficiencias*.

Tanto la rehabilitación como la pérdida de capacidad laboral no se tensionan sólo desde las consideraciones capacitistas que incluyen, sino también desde los intereses de diversos actores políticos y profesionales. Además, se evidencia una desarticulación y falta de integralidad en el Sistema de Seguridad Social en el que prevalece el modelo médico (Guzmán-Suárez, 2019).

Al momento de buscar información sobre rehabilitación profesional, se encuentra que la mayoría de las investigaciones previas responden a formas tradicionales de hacer ciencia, ya que se privilegia la voz de las *autor*-idades, es decir, de quienes han sido validados para generar conocimiento, dejando de lado la voz de trabajadores y trabajadoras que han transitado por estos procesos como receptores de servicios.

Según varias investigaciones precedentes, las principales motivaciones de las empresas para llevar a cabo estrategias de rehabilitación profesional son las de reducir costos, evitar posibles pérdidas económicas y que la calidad de sus procesos productivos no se vean afectados.

Distintos autores/as expresan que se ha documentado poco acerca de las percepciones y experiencias de las personas durante el proceso de retorno al trabajo; además, en nuestro país la rehabilitación profesional no ha sido reconocida ni desarrollada, por lo que dichos procesos se desconocen o se improvisan, generando dificultades para que el trabajador ejerza sus derechos y pueda retornar de manera efectiva a su trabajo, llevándolo a un “lugar sin salida”.

Dentro de los silenciamientos o escuchas en voz baja encontrados en la revisión de antecedentes, se evidencia la necesidad de fortalecer la indagación y comprensión de las experiencias de las personas que han transitado por procesos de rehabilitación profesional,

puesto que no se encontró que la participación fuera tenida en cuenta para la construcción de propuestas en este campo.

La mayoría de las personas que participaron en estudios previos sobre rehabilitación profesional informaron que no se sintieron escuchados durante sus tránsitos en estos procesos; tampoco pudieron participar en la toma de decisiones, puesto que ese poder lo tenían profesionales como los médicos ocupacionales.

La motivación personal puede ser barrera o facilitadora en los procesos de rehabilitación profesional, ya que puede verse relacionada con deseos legítimos de recuperar una actividad importante o responder a presiones económicas, familiares, empresariales o institucionales, generando retornos acelerados.

Se reportaron resultados positivos en rehabilitación profesional cuando se tuvo una buena actitud con la población trabajadora. El sentido de volver al trabajo mejora cuando se brinda apoyo y compañía de parte de empleadores, compañeros de trabajo, profesionales e instituciones involucradas en el proceso de retorno. Se reconoció como positiva la posibilidad de reunirse con los/las jefes, discutir el proceso de retorno al trabajo, presentar ideas, construir objetivos y expresar expectativas, ya que genera satisfacción en los trabajadores/as. Por el contrario, el brindar apoyo insuficiente y asumir actitudes poco empáticas afectan el proceso y sus resultados.

Se propuso llevar a cabo un hacer decolonial que privilegiara la escucha de voces y sentipensares de trabajadores y trabajadoras que han transitado por procesos de rehabilitación profesional, con el ánimo de indagar sus experiencias, comprender lo que significaron y coconstruir Prácticas OTRAS. En esta co-labor se contó con la presencia de Ana, Gina, Orminso, Fernando y Oscar Ricardo con quienes se reflexionó lo compartido y se creó este texto polifónico.

Se resalta que sus experiencias fueron similares entre ellas y entre los resultados de los antecedentes. Por ejemplo, se observó que los trabajadores/as no conocen o no entienden totalmente a la rehabilitación profesional, por lo que pueden presentarse situaciones que los vulneren; según la experiencia de mis socios/as de co-labor, no contaron con la suficiente información sobre estos programas y tampoco se les brindó de manera suficiente al momento de ingresar.

Según los antecedentes, la rehabilitación profesional puede generar estrés, frustración, preocupación, disgustos y agotamiento. Para los compañeros/as de co-labor, sus tránsitos les han causado sentimientos de tristeza, ira y frustración, por lo que varios de ellos tienen sensaciones negativas del proceso y les hubiera gustado que fuera distinto.

La reflexión de sus experiencias bajo un enfoque decolonial permitió develar que la rehabilitación profesional puede ser *dura e injusta*; es dura por los cambios que ocurren en la vida y por las personas que han tenido actitudes hostiles con ellos y ellas. Es injusta por la subestimación del trabajo que ejecutan mis compañeros/as; también lo es cuando les arrebatan la oportunidad de participar en otras ocupaciones significativas en las empresas y cuando toman decisiones sin tener en cuenta sus opiniones. Además, es injusto el manejo que realizan ciertas instituciones para el ejercicio de derechos.

La rehabilitación profesional es violenta y duele. Ese dolor no solo hace referencia al físico sino también al emocional, que aparece cada vez que se sentían como muebles y como seres inútiles. Duele cuando escuchan comentarios negativos sobre sus estados de salud; duele cuando se invalidan sus expresiones de dolor como ejercicio de poder, violencia y discriminación.

La rehabilitación profesional implica esfuerzos, porque incluye luchas individuales y colectivas para garantizar el ejercicio de derechos, los cuales se vulneran incluso cuando existen normas y procedimientos que regulan el proceso.

La rehabilitación profesional cansa cuando las personas deben repetir una y otra vez la misma información, dándoles a entender que no son escuchados y que estos programas carecen de sistemas que faciliten la consulta de datos relevantes para la atención. Esto los hace sentir como si fueran “conejos de laboratorio”.

La rehabilitación profesional es una cuestión de suerte, ya que no todas las personas tienen la oportunidad de contar con experiencias exitosas y perciben que les va mejor a otros. También, es un privilegio que indica que no toda la población trabajadora es escuchada y no toda tiene los recursos para emprender luchas adicionales que puede traer consigo este proceso.

La escucha y la rehabilitación profesional deben tener una relación profunda. La escucha es entendida por mis compañeros/as de co-labor como una *práctica* en la que se presta atención

a lo que otra persona está diciendo y expresando. Es un acto que involucra distintos sentidos, por lo que va más allá de oír y percibir el sonido; también, se le considera como un mecanismo de participación.

Varios compañeros de co-labor no se sintieron escuchados ni pudieron participar en la toma de decisiones. De hecho, consideran que han sido silenciados y que hablar puede ser contraproducente y traerles problemas.

La rehabilitación profesional puede discriminar también por temas de género. A las dos compañeras de esta co-labor se les dijo que eran “peleonas” o que tenían mal carácter. También se asoció el habitar una condición de salud con el hecho de haber tenido hijos.

La rehabilitación profesional es un ejercicio de poder, ya que quienes toman las decisiones son personas de diferentes niveles jerárquicos en las empresas y que por supuesto, tienen mayor jerarquía en la organización.

Las dos experiencias exitosas compartidas por los compañeros/as incluyeron la participación de la persona en la coconstrucción de soluciones. Una de las experiencias que más incluyó situaciones de violencia fue la del compañero que habita una condición de salud mental.

En la rehabilitación profesional se aplica una *pedagogía bancaria* (Gómez, 2018), con la cual el trabajador se toma como ignorante, sus saberes son desplazados por los del “saber experto” y sus experiencias son desdibujadas por otras dinámicas de poder.

Es evidente que la rehabilitación profesional requiere cambios profundos, de tal manera que se transformen todas las dinámicas de poder, violencia, dolor, discriminación y demás que fueron develadas por las experiencias que compartieron los compañeros/as de co-labor.

En vista que la rehabilitación profesional involucra prácticas capacitistas, existen apuestas por lograr prácticas de rehabilitación emancipadoras que dialogan con las personas que encarnan esas experiencias; por esta razón, este texto polifónico quiso coconstruir una rehabilitación profesional Otra que se erige desde las voces y sentipensares de la población trabajadora que se ha acallado e invisibilizado. Esta forma Otra es afín con una rehabilitación

emancipadora y una ética de la escucha, que invitan a construir relaciones heterárquicas en la toma de decisiones y a comprender el dolor del Otro.

Una rehabilitación profesional Otra se compromete con la superación de las prácticas capacitistas que se develaron; comprende que los cuerpos son lugares de significado y que las personas no son diagnósticos, pero vivencian barreras a causa de ellos, afectando entre otras cosas, su derecho al trabajo. Por tal razón, se busca comprender y superar dichas barreras y procura hacer del trabajo una ocupación significativa.

La rehabilitación profesional basada en la ética de la escucha permite reconocer aquellas realidades escondidas de los trabajadores, las cuales solo pueden ser conocidas a partir del establecimiento de relaciones de proximidad y confianza.

## Anexos

### Anexo 1. Glosario de términos

**Accidente de trabajo (AT):** Definido en el artículo 3 de la Ley 1562 de 2012 como:

“Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

También se considerará como accidente de trabajo el ocurrido durante el ejercicio de la función sindical, aunque el trabajador se encuentre en permiso sindical siempre que el accidente se produzca en cumplimiento de dicha función.

De igual forma se considera accidente de trabajo el que se produzca por la ejecución de actividades recreativas, deportivas o culturales, cuando se actúe por cuenta o en representación del empleador o de la empresa usuaria cuando se trate de trabajadores de empresas de servicios temporales que se encuentren en misión”.

**Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL):** aseguradoras de vida que tienen autorización para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales<sup>27</sup>; según el artículo 80 del Decreto 1295 de 1994, entre sus funciones se encuentran la afiliación, registro, recaudo, cobro y distribución de las cotizaciones del Sistema General de Riesgos Laborales, la garantía de la prestación de los servicios de salud relacionados con riesgos laborales, reconocimiento y pago de prestaciones económicas a los que tienen derecho los afiliados/as; realización de actividades de prevención, asesoría y evaluación de riesgos laborales, entre otras.

**Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP):** son instituciones financieras de carácter previsional, vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, cuyo objeto

---

<sup>27</sup> <https://safetya.co/que-es-una-arl-en-colombia/>



exclusivo es la administración y manejo de fondos y planes de pensiones del Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad y de fondos de cesantía<sup>28</sup>.

**Discapacidad:** Según la Organización Mundial de la Salud (2001, referenciada en el Manual de Procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales, 2010 -documento de referencia para esta co-labor-), es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).<sup>29</sup>

**Entidades Administradoras De Planes De Beneficio (EAPB):** entidades promotoras de salud del régimen contributivo y subsidiado; empresas solidarias, asociaciones mutuales, cajas de compensación familiar y aseguradoras en sus actividades de salud; las entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las administradoras de riesgos profesionales, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud (numeral 1 del artículo 121 de la Ley 1438 de 2011; numeral 17 del artículo 6 del Decreto 2462 de 2013)<sup>30</sup>.

**Entidades Promotoras de Salud (EPS):** son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica [es la de] organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados [...] (Artículo 177 de la Ley 100 de 1993).

**Enfermedad Laboral (EL):** Definida en el artículo 4 de la Ley 1562 de 2012 como:

“la contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El

<sup>28</sup> <https://www.sdp.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/sociedad-administradora-de-fondos-de-pensiones-y-de-cesantia-afp>

<sup>29</sup> En el Manual de Procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General De Riesgos Profesionales (2010) se menciona en varias ocasiones el término *discapacidad*, sin embargo, no se analiza cómo el trabajo puede ocasionar o estar asociado con la discapacidad. Incluso es confuso si para el Manual todos los trabajadores que transitan por rehabilitación profesional tienen una discapacidad (aunque si indica que los procedimientos que en él se definen, deben realizarse a las personas con discapacidad, sin diferencia del origen de esta).

<sup>30</sup> [https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario\\_de\\_terminos/#:-:text=ENTIDADES%20ADMINISTRADORA%20DE%20PLANES%20DE,actividades%20de%20Salud%2C%20las%20Entidades](https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario_de_terminos/#:-:text=ENTIDADES%20ADMINISTRADORA%20DE%20PLANES%20DE,actividades%20de%20Salud%2C%20las%20Entidades)

Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral, conforme lo establecido en las normas legales vigentes”.

**Enfermedad común:** aquella cuyas causas no se relacionan con el trabajo. Las prestaciones asistenciales de salud de origen común son cubiertas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), mientras que las prestaciones económicas son cubiertas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Para determinar si un evento (accidente o enfermedad) es común o laboral se debe realizar una *calificación de origen*<sup>31</sup> “con el ánimo de garantizar el acceso a las prestaciones económicas y asistenciales según el caso” (Méndez, Moncada y Burgos 2015, p.14). Los eventos laborales están cubiertos por las ARL, mientras que los comunes son asumidos por las Entidades Promotoras de Salud y los Fondos de Pensiones.

**Incapacidad Permanente Parcial (IPP):** disminución parcial, pero definitiva en alguna o algunas de las facultades del trabajador afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales para realizar su trabajo habitual, como consecuencia de un accidente o de una enfermedad de cualquier origen; dicha disminución definitiva debe ser igual o superior al cinco por ciento (5%) e inferior al cincuenta por ciento (50%) de la capacidad laboral u ocupacional,<sup>32</sup> así que si una persona llegara a presentar una IPP requerirá un proceso de rehabilitación y reincorporación ocupacional (Decreto 1507 de 2014; Ley 776 de 2002; Alzate, et al., 2016).

**Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS):** Entre sus funciones básicas está la de prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la Ley 100 de 1993 (OIT, 2020).

---

<sup>31</sup> Méndez, Moncada y Burgos (2015) indican que en nuestro país tenemos un sistema de calificación de enfermedades de tipo mixto, ya que contamos con una definición general de enfermedad laboral (contemplada en la Ley 1562 de 2012) y también con una tabla de presuntas enfermedades laborales (Decreto 1477 de 2014 – Decreto 676 de 2020). En primera oportunidad, la ARL califica los presuntos eventos de origen laboral y las EPS califican los presuntos eventos de origen común; si el trabajador/a, la empresa o alguna entidad del Sistema Integral de Seguridad Social declaran un desacuerdo al respecto, el caso debe escalar a la Junta Regional de Calificación donde se dirimen dichas controversias.

<sup>32</sup> Este porcentaje se evalúa mediante el “Manual Único de Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional”, instrumento técnico reglamentado por el Decreto 1507 de 2014.

**Juntas Regionales de Calificación de Invalidez (JRCI):** El artículo 42 de la Ley 1562 de 2012 las define como organismos del Sistema de la Seguridad Social adscritas al Ministerio de Trabajo, cuya principal función es calificar en *primera instancia* la pérdida de capacidad laboral, el estado de invalidez y la determinación del origen de un accidente o enfermedad. Allí se dirimen las controversias sobre las calificaciones en primera oportunidad realizadas por las entidades de la seguridad social (Méndez, Moncada y Burgos, 2015).

**Junta Nacional de Calificación de Invalidez (JNCI):** entidad privada adscrita al Ministerio de Trabajo, encargada de decidir en *segunda instancia* los recursos de apelación interpuestos contra los dictámenes de las juntas regionales de calificación de invalidez, sobre el origen, estado de pérdida de la capacidad laboral, fecha de estructuración y revisión de la pérdida de capacidad laboral y estado de invalidez<sup>33</sup>.

**Rehabilitación Profesional:** Proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral. Busca su ubicación y reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades. Dicho proceso se lleva a cabo para los trabajadores que tienen posibilidades de una reincorporación al trabajo (Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Laborales, 2010).

**Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI):** Es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud y riesgos profesionales; garantiza el cubrimiento de las contingencias económicas y de salud, y la prestación de servicios sociales complementarios que se definen en la Ley 100 de 1993 (artículos 7 y 8).

**Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS):** Su objetivo es el de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país. Brindando a la población, servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos a través de un modelo de prestación del servicio público en salud. Está integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y

---

<sup>33</sup> <https://juntanacional.co>

las instituciones prestadoras de salud (IPS). También hacen parte del Sistema General de Seguridad Social - SGSSS las Entidades Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud, como entes de control y vigilancia<sup>34</sup>.

**Sistema General de Riesgos Laborales:** Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan. (Artículo 1; ley 1562 de 2012).

**Sistema General de Pensiones:** tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la Ley 100. Está compuesto por dos regímenes: a) Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida administrado por COLPENSIONES y b) Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, administrado por las sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP)<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>

<sup>35</sup> <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/sistema-general-pensiones.aspx>

## **Anexo 2. Marco normativo de la Rehabilitación Profesional en Colombia**

“Cuando un trabajador presenta recomendaciones médicas o termina una incapacidad temporal, debe tener acompañamiento por parte de su empleador para su reincorporación o reubicación laboral” (Vásquez, 2019). Lo anterior está contemplado en los artículos 4 y 8 de la Ley 776 de 2002:

Artículo 4. Reincorporación al trabajo: Al terminar el período de incapacidad temporal, los empleadores están obligados, si el trabajador recupera su capacidad de trabajo, a ubicarlo en el cargo que desempeñaba, o a reubicarlo en cualquier otro para el cual esté capacitado, de la misma categoría.

Artículo 8. Reubicación del trabajador: Los empleadores están obligados a ubicar al trabajador incapacitado parcialmente en el cargo que desempeñaba o a proporcionarle un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes, para lo cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesarios.

El numeral 3 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 define 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.

El artículo 11 de la Ley 1562 de 2012 indica que:

2c) Las Administradoras de riesgos laborales deben desarrollar programas, campañas, crear o implementar mecanismos y acciones para prevenir los daños secundarios y secuelas en caso de incapacidad permanente parcial e invalidez, para lograr la rehabilitación integral, procesos de readaptación y reubicación laboral;

2d) [Las Administradoras de riesgos laborales deben apoyar el] Diseño y [brindar] asesoría en la implementación de áreas, puestos de trabajo, maquinarias, equipos y

herramientas para los procesos de reinserción laboral, con el objeto de intervenir y evitar los accidentes de trabajo y enfermedades Laborales.

El Artículo 2.2.4.2.5.12. del Decreto 1072 de 2015, establece como una de las responsabilidades de las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL): “Desarrollar campañas, programas, mecanismos y acciones para lograr la rehabilitación integral”. Jiménez y Camberos (2019) refieren que en este decreto se indica que “se debe planificar, implementar y hacer seguimiento a los programas de rehabilitación de los trabajadores por parte de las empresas y las obligaciones por la junta de calificación de invalidez en el proceso de calificación”.

La Resolución 0312 de 2019 (Ministerio del Trabajo) establece que las empresas deben “cumplir las restricciones y recomendaciones médicos laborales realizadas por parte de la Empresa Promotora de Salud (EPS) o Administradora de Riesgos Laborales (ARL) prescritas a los trabajadores para la realización de sus funciones” y “adecuar el puesto de trabajo, reubicar al trabajador o realizar la readaptación laboral cuando se requiera”.

El Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021 ha incluido los procesos de rehabilitación y reincorporación ocupacional como objetivo prioritario. Jiménez y Camberos (2019) aseveran que teniendo en cuenta los anteriores referentes normativos, el proceso de rehabilitación y reincorporación ocupacional no es optativo y que las empresas deben comprometerse con su implementación.

### Anexo 3. Preguntas pretexto

- ¿Quién es usted? ¿Qué desea contarme de usted?
- ¿Quisiera contarme algo sobre el objeto/actividad/situación que eligió para nuestro encuentro? ¿Por qué es importante? ¿Por qué está aquí?
- Por favor, cuénteme más sobre su trabajo o lo que hace en el trabajo.
- ¿Le gusta su trabajo? ¿Qué lo motiva a trabajar?
- ¿Se ha sentido escuchado en su trabajo?
- ¿Qué significa para usted "rehabilitación profesional"?
- ¿Cómo ha sido/fue su proceso de rehabilitación profesional?
- ¿Se afectó algún área/aspecto de su vida por sus condiciones de salud?
- ¿Tiene diagnósticos comunes y laborales? ¿Cuáles son? ¿Siente que el manejo de eventos comunes y laborales es/fue distinto durante su proceso de rehabilitación profesional? ¿Por qué?
- ¿Sabe cuáles fueron los criterios que se tuvieron en cuenta para incluirlo en un programa de rehabilitación profesional?
- ¿Qué expectativas tenía cuando le dijeron que iba a iniciar un proceso de rehabilitación profesional? ¿Se cumplieron?
- ¿Cómo se sintió durante su proceso de rehabilitación profesional?
- ¿Qué decisiones se tomaron? ¿Usted pudo participar en la toma de decisiones para el manejo de su caso?
- De las siguientes metas, ¿cuál se aplicó para su caso?
  - o Reintegro laboral sin modificaciones
  - o Reintegro laboral con modificaciones
  - o Reubicación laboral temporal
  - o Reubicación laboral definitiva
  - o Reconversión de mano de obra
- ¿Qué entiende usted por "escuchar"?
- ¿Se sintió escuchado durante su proceso de rehabilitación profesional? ¿Le habría gustado ser escuchado de una manera diferente?
- ¿Cómo es/fue el comportamiento de sus compañeros/as y jefes durante el proceso de rehabilitación profesional?
- ¿Le habría gustado que su proceso de rehabilitación profesional hubiera sido diferente? ¿Cómo le habría gustado que fuera?

- ¿Qué facilitadores y barreras identifica en su proceso de rehabilitación profesional?
- ¿Quisiera darle algún consejo a otras personas que están transitando por procesos de rehabilitación profesional?
- ¿Su familia estuvo involucrada en el proceso de rehabilitación profesional? Si/no ¿Cómo?
- ¿Sabe qué profesionales hicieron parte de su proceso? ¿Qué instituciones? ¿Cómo le fue tanto con los profesionales como con las instituciones?
- ¿Quisiera decirle algo a las personas que estuvieron involucradas en su proceso de rehabilitación profesional? ¿Tiene alguna recomendación para ellas?
- ¿Ha evidenciado cambios en su trabajo derivados de los procesos de rehabilitación profesional?



## Referencias

- Alzate Cataño R. A., Restrepo Marín FH., Uribe Giraldo MP. (2016). *Validación de un instrumento para evaluar el proceso de rehabilitación ocupacional en Colombia* [Tesis de Especialización]. Universidad de Antioquia.
- Aranguren Romero, J.P. (2008). El investigador ante lo indecible y lo inenarrable (una ética de la escucha). *Revista Nómadas* (29), 20-33.
- Baena Leal D.A., Riaño Mejía L.M., Rojas Pulido P.A. (2020). *Las Realidades De Los Trabajadores Con Trastorno Mental De Origen Común En El Sistema General De Seguridad Social Integral Colombiano: Una Perspectiva Desde Terapia Ocupacional* [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Colombia.
- Berrocal Duran, J.C., Mejía Turizo, J., & Villamizar González, R. L. (2018). Razonamientos jurisprudenciales de las altas cortes en la protección de la estabilidad laboral reforzada. *Erg@omnes*, 10(1), 114-128. <https://doi.org/10.22519/22157379.1215>
- Cabrales Arango, A.P. (2022). *Un viaje compartido: Experiencias de mujeres que habitan un diagnóstico psiquiátrico, sus voces más allá de una etiqueta* [[Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia.
- Campbell, F.K. (2001). Inciting Legal Fictions: Disability's date with Ontology and the Ableist Body of the Law, *Griffith Law Review*, 10(1): 42 – 62.
- Campbell F.K. (2008/2015). Contra la idea de capacidad: una conversación preliminar sobre el capacitismo. Publicado originalmente como “Refusing Able(ness): A Preliminary Conversation about Ableism. *M/C Journal*, 11(3). Traducción: Adriana González Moira Pérez.
- Campbell F.K. (2009). *Contours of Ableism: The Production of Disability and Aabledness* (1.<sup>a</sup> ed.). Palgrave Macmillan.

Campbell F.K. (2012). Disability and Social Theory. New Developments and Directions. Stalking Ableism: using Disability to Expose 'Able' Narcissism. Palgrave Macmillan. [https://www.academia.edu/5858813/Stalking\\_Ableism\\_using\\_Disability\\_to\\_Expose\\_Abled\\_Narcissism\\_in\\_D.\\_Goodley\\_B.\\_Hughes\\_and\\_L.\\_Davis\\_eds.\\_Disability\\_and\\_Social\\_Theory\\_New\\_Developments\\_and\\_Directions\\_Basingstoke\\_Palgrave\\_Macmillan\\_2012](https://www.academia.edu/5858813/Stalking_Ableism_using_Disability_to_Expose_Abled_Narcissism_in_D._Goodley_B._Hughes_and_L._Davis_eds._Disability_and_Social_Theory_New_Developments_and_Directions_Basingstoke_Palgrave_Macmillan_2012)

Campbell F.K. (2020). Introducing Studies in Ableism (SiA) Focal Concerns. [https://www.academia.edu/41803337/Introducing\\_Studies\\_in\\_Ableism\\_SiA\\_](https://www.academia.edu/41803337/Introducing_Studies_in_Ableism_SiA_)

Castellanos Cerda, V. (2019). Construir conocimiento en diálogo: Ruta Puuc. Jóvenes y tecnologías en Yucatán. En Próximos. *Prácticas de investigación desde la horizontalidad* (1.a ed., pp. 23-48). Cornejo Portugal I. y Giebeler C.

Cely Rodríguez D.M. (2018). *Diseñando desde sí, para sí y con otros: reconociendo experiencias y saberes de personas con dis/capacidad en procesos de diseño* [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia.

Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional (2016). Perfil Profesional y Competencias del Terapeuta Ocupacional.

Congreso de Colombia (2012, 19 de enero). Ley 1438 de 2011 (enero 19) por medio de la cual se reforma el Sistema General De Seguridad Social En Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 145(47.957), 12.

Congreso de Colombia (2011, 11 de julio). Ley 1562 de 2012 (julio 11) por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional. *Diario Oficial*, 148(48.488), 6,7.

Congreso de Colombia (2002, 17 de diciembre). Ley 776 de 2002 (diciembre 17) por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. *Diario Oficial*, 138(45.037), 1-4.

- Congreso de la República de Colombia (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993 (diciembre 23) por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 129(41.148), 38-39.
- Corbière, M., Renard, M., St-Arnaud, L., Coutu, M. F., Negrini, A., Sauvé, G. & Lecomte, T. (2015). Union Perceptions of Factors Related to the Return to Work of Employees with Depression. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 25(2), 335-347. <https://doi.org/10.1007/s10926-014-9542-5>
- Corona Berkin, S. (2017). Flujos metodológicos desde el Sur latinoamericano. La zona de la comunicación y las Metodologías Horizontales. *Comunicación y Sociedad*, (30), 69-106. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34653156005>
- Cuervo Díaz, D.E. (2016). Prevención y Manejo de la Discapacidad para Trabajar: Un Análisis al Sistema de Riesgos Laborales Colombiano [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional de Colombia.
- Cuervo-Díaz, D. E., & Moreno-Angarita, M. (2017). Prevención y manejo de la discapacidad para trabajar: un campo de estudios necesario para abordar los retos del sistema colombiano de riesgos laborales. *Revista de Salud Pública*, 19(4), 567-573. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n4.57350>
- De la Peza Casares M. C. (2012). Consideraciones sobre la traducción en la investigación horizontal [Libro virtual]. En *En diálogo. Metodologías Horizontales en Ciencias Sociales y Culturales* (1.a ed., pp. 185-207). Sarah Corona Berkin. Olaf Kaltmeier.
- Estermann J. (2014). Colonialidad, descolonización e interculturalidad. Apuntes desde la Filosofía Intercultural. *Polis [en línea]* 38. <http://journals.openedition.org/polis/10164>
- Franco Ibarra, L.T., Ortiz Leal, M.A.I. (2020). *Impacto de los programas de rehabilitación profesional en trabajadores con diagnóstico de trastorno mental de origen laboral: análisis desde Terapia Ocupacional* [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Colombia.

- Galindo Badilla, G. E. (1997). Rehabilitación profesional y oportunidad laboral para el discapacitado en Costa Rica [Ponencia]. XI Jornadas de Medicina Legal y I Congreso de Medicina Legal Laboral., Puntarenas, Costa Rica. [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00151997000200005](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200005)
- Giebeler, C. (2019). La reflexión de la extrañeza como teoría y metodología de diálogos transculturales: una propuesta para un camino decolonial. *En Próximos. Prácticas de investigación desde la horizontalidad* (1.a ed., pp. 133-164). Cornejo Portugal I. y Giebeler C.
- Giraldo Serna, J.S. (2015). Las palabras tenían que crecer en ella: Para una ética de la escucha de las narrativas de la violencia. *Revista Transpasando Fronteras*, (8), 39-52. <https://doi.org/10.18046/retf.i8.2089>
- Gómez Prada B.P., (2018). *Prácticas de rehabilitación emancipadoras en clave de corporalidad y autonomía. Proceso de co-construcción de saberes y experiencias* [Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de: Magister en Discapacidad e Inclusión Social]. Universidad Nacional de Colombia.
- Gómez Prada, B. P. G. P. (2021). Nuestros Discursos Y Prácticas De Rehabilitación: ¿De Dominación O Para La Emancipación? En *Tramando Coaliciones Capacitistas* (1.<sup>a</sup> ed., pp. 167-184). Dora Inés Munévar Munévar.
- Guerrero Arias P. (2010). Corazonar el sentido de las epistemologías dominantes desde las sabidurías insurgentes, para construir sentidos otros de la existencia (primera parte). *Calle 14: revista de investigación en el campo del arte*, 4(5), 80-94.
- Gutiérrez, P. (2014). Cuerpo, discapacidad y prácticas institucionales. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), pp. 107-117. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-5346.2014.35714>

- Guzmán-Suárez, O. B. (2019). Participación de la terapia ocupacional en políticas públicas de salud laboral: un desafío profesional. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(4), 515-520. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v67n4.73287>
- Isaksson J., Wilms T, Laurell G., Fransson P., Ehrsson Y. T. (2016). Meaning of work and the process of returning after head and neck cancer. *Support Care Cancer*, 24(1), 205-2013. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2769-7>
- Jiménez Rodríguez, E. A., & Camberos Bustos, J. A. (2019). Guía “De regreso al trabajo”, necesidad empresarial para la adecuada implementación de los procesos de rehabilitación, reincorporación y reubicación laboral dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. *SIGNOS - Investigación En Sistemas De gestión*, 11(1), 87-98. <https://doi.org/10.15332/s2145-1389.2019.0001.05>
- Josa Granja, V.A., Molano González A. (2012). *Impacto del programa de rehabilitación profesional “óptimo” en trabajadores afiliados a la Administradora de Riesgos Laborales de Seguros de Vida Alfa S.A., quienes presentaron accidente de trabajo o enfermedad laboral entre los años 2005 – 2011* [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional de Colombia.
- Kaltmeier O. (2012). Hacia la descolonización de las metodologías: reciprocidad, horizontalidad y poder. [Libro virtual]. En *En diálogo. Metodologías Horizontales en Ciencias Sociales y Culturales* (1.a ed., pp. 25-54). Sarah Corona Berkin. Olaf Kaltmeier.
- Leyva Solano, X. y Speed, S. (2008). Hacia la investigación descolonizada: nuestra experiencia de co-labor. En Xochitl Leyva, Araceli Burguete y Shannon Speed (Coords.), *Gobernar (en) la diversidad: experiencias indígenas desde América Latina. Hacia la investigación de co-labor* (pp. 65-107). México: CIESAS, FLACSO
- Libeson, L., Downing, M., Ross, P. & Ponsford, J. (2018). The experience of return to work in individuals with traumatic brain injury (TBI): A qualitative study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(3), 412-429. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1470987>

- Mansfield E., Stergiou-Kita M., Cassidy J.D., Bayley M., Mantis S., Kristman V., Kirsh B., Gomez M., Jeschke M.G., Vartanian O., Moody, J. & Colantonio, A. (2015). Return-to-work challenges following a work-related mild TBI: The injured worker perspective. *Brain Injury*, 29(11), 1362-1369. <https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1053524>
- Marañón Pimentel, B. (2017). Una crítica descolonial del trabajo. Instituto de Investigaciones Económicas, Universidad Nacional Autónoma de México. <http://ru.iiec.unam.mx/4051/1/Marañon%20descolonial%203as%20SIN%20reg.pdf>
- Méndez Amaya J.D., Moncada Valencia N.G., Burgos Moreno A.E. (2015). *Fundamentos Teórico Prácticos Del Proceso De Calificación De Origen, Fecha De Estructuración Y Pérdida De La Capacidad Laboral En Colombia* [Trabajo de grado para optar el título de abogado]. Universidad Libre Seccional Cali.
- Ministerio de la Protección Social. (2013, 7 de noviembre). Decreto 2462 de 2013 (noviembre 7) Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud. *Diario Oficial*, 149(48.967), 26
- Ministerio de la Protección Social. (2010). *Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales* (3.a ed.) [Libro impreso].
- Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud. (2015). *Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia*. (5.a ed.) [Libro virtual].
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2020*. [Libro virtual].
- Ministerio del Trabajo & Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS-. (2013). *Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General De Riesgos Laborales*. [Libro virtual].

- Ministerio del Trabajo & Organización Iberoamericana de Seguridad Social -OISS-. (2014). *Plan Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo 2013-2021*. [Libro virtual].
- Ministerio del Trabajo (2019, 13 de febrero). Resolución 312 de 2019 (febrero 13) por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST. *Diario Oficial*, 144(50.872), 4-18.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1994, 22 de junio). Decreto 1295 de 1994 (junio 22) por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. *Diario Oficial* No. 41.405.
- Mogollón Cárdenas L.J (2013). *Sentido y Significado de las Ocupaciones de las Mujeres del Cabildo Indígena de Suba. Perspectivas desde Terapia Ocupacional* [Trabajo de grado presentado para optar por el título de Terapeuta Ocupacional]. Universidad Nacional de Colombia.
- Moya, L. M. S. (2021). De Las Teorías Críticas A La Teoría Crip. Nombrar El Eje De La Capacidad Para Desmontarlo. En *Tramando Coaliciones Capacitistas* (1.ª ed., pp. 55-89). Dora Inés Munévar Munévar.
- Munévar D. I, Fernández Moreno A, Gómez Castro A. Y. (2019). Epistemologías otras en la formación posgraduada en discapacidad de la Universidad Nacional de Colombia. En *Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina*. (pp. 45-73). de los Ríos A. Y., Sosa L.M, Pérez Ramírez B.
- Organización Internacional del Trabajo. (2020). *ABC de los procesos de calificación de origen y de la pérdida de capacidad laboral en Colombia, con énfasis en la minería de carbón*. (1.a ed.) [Cartilla virtual]. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms\\_759030.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_759030.pdf)
- Ortíz Ocaña, A. (2018). Altersofía y Hacer Decolonial: epistemología 'otra' y formas 'otras' de conocer y amar. *Utopía y praxis latinoamericana: revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social*, 24(85), 89-116.

- Ortíz Ocaña, A., Arias López, M. I., & Pedrozo Conedo, Z. (2018). Metodología 'otra' en la investigación social, humana y educativa. El hacer decolonial como proceso decolonizante. *Revista FAIA - Filosofía Afro-Indo-Abiyalense*, 7(30), 172-200.
- Ortiz Ocaña, A., & Arias López, M. I. (2019). Hacer decolonial: desobedecer a la metodología de investigación. *Hallazgos*, 16(31), 147-166. <https://doi.org/10.15332/s1794-3841.2019.0031.06>
- Palacios Galeano L.F. (2016). *La enfermedad llamada trabajo. Una mirada bioética de nuestra condición histórica* [Tesis de maestría]. Pontificia Universidad Javeriana.
- Paz-Calderón, Y., Suárez-Zozaya, M. H. & Campos-Ríos, G. (2016). El papel del trabajo en la construcción del sujeto joven. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), pp. 1303-1311. <https://dx.doi.org/10.11600/1692715x.14228060815>.
- Pérez Daniel R., Y. (2012). Entre voces: una metodología horizontal de autoría para el estudio de la comunicación entrecultural [Libro virtual]. En *En diálogo. Metodologías Horizontales en Ciencias Sociales y Culturales* (1.a ed., pp. 209-230). Sarah Corona Berkin. Olaf Kaltmeier.
- Pino Morán, J. A., & Tiseyra, M. V. (2019). Encuentros entre la perspectiva decolonial y los estudios de la discapacidad. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 10(2), 497-521. <https://doi.org/10.21501/22161201.2893>
- Pinto Passos M.C., Ribes Pereira R.M. (2012). Sobre encuentros, amistades y caminos en la investigación en Ciencias Humanas y Sociales [Libro virtual]. En *En diálogo. Metodologías Horizontales en Ciencias Sociales y Culturales* (1.a ed., pp. 161-181). Sarah Corona Berkin. Olaf Kaltmeier.
- Presidencia de la República (2015, 26 de mayo). Decreto 1072 de 2015 (mayo 26) por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. *Diario Oficial*, 150(49.523), 86-87.



- Presidencia de la República (2014, 12 de agosto). Decreto 1507 de 2014 (agosto 12) por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. *Diario Oficial*, 150(49.241), 6.
- Riaño, Y. (2012). La producción de conocimiento como «minga» y las barreras a la equidad en el proceso investigativo [Libro virtual]. En *En diálogo. Metodologías Horizontales en Ciencias Sociales y Culturales* (1.a ed., pp. 137-160). Sarah Corona Berkin. Olaf Kaltmeier.
- Ríos, M. M. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59. <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5280484.pdf>
- Rojo, E. L., & Espinoza, M. (2009). Enunciar(se) desde la discapacidad. *Argumentos, estudios críticos de la sociedad*, 22(61), 141-157. <http://www.scielo.org.mx/pdf/argu/v22n61/v22n61a7.pdf>
- Rufer, M. (2012). El habla, la escucha y la escritura. Subalternidad y horizontalidad desde la crítica poscolonial [Libro virtual]. En *En diálogo. Metodologías Horizontales en Ciencias Sociales y Culturales* (1.a ed., pp. 55-81). Sarah Corona Berkin. Olaf Kaltmeier.
- Saonatse, L., De Witt, P. A. & van Niekerk, M. (2019). Experiences and perceptions of Return to Work (RTW) by clients with major depressive disorder in an extended sick leave period. *South African Journal of Occupational Therapy*, 49(1), 36-42. <https://doi.org/10.17159/2310-3833/2019/vol49n1a6>
- Smeets J., Hoefsmit N., Houkes I. (2019). Self-directing return-to-work: Employees' perspective. *Work*, 64(4), 797-807. <https://doi.org/10.3233/WOR-193041>
- Torres-Tovar M., Luna-García J. E., Ruiz Vallejo, R. (2016). Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos. Derrota de la protección y la prevención de la salud en el mundo del trabajo. *Cultura y Trabajo*, 92, 84-93.

- Torres-Tovar M.H. (2020). *Luchas obreras por la salud en Colombia. El caso de las Asociaciones de trabajadores y extrabajadores enfermos por el trabajo*. [Tesis para optar al título de Doctor en Salud Pública]. Universidad Nacional de Colombia.
- Torres Sandoval R.F. (2017). *Las Voces Otras de la Diversidad en las Escuelas*. [Tesis de Maestría]. Universidad Nacional de Colombia.
- Trujillo Rojas, A. (2002). Terapia Ocupacional. Definición, naturaleza, misión, propósitos, procedimientos y campos de acción. *En Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia* (pp. 33;88). Universidad Nacional de Colombia.
- Vallejo Robalino, D. R. (2017). *(Re)Conociendo la voz del Otro: una aproximación metodológica decolonial en el estudio de identidades kichwa* [Trabajo de Investigación Formativa previo a la obtención del Título de: Licenciada en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales con mención en Gestión Social y Desarrollo]. Universidad Casa Grande
- Vásquez Jiménez, N. L. (2019). Estado del arte del reintegro laboral en trabajadores de países latinoamericanos entre 1998-2019. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 9(2), 1-9. <https://doi.org/10.18041/2322-634x/rcso.2.2019.5577>
- Veiga Seijo, S., Farias L., & Rivas-Quarneti N (2017). El trabajo precario como ocupación situada: estudio exploratorio de experiencias de trabajadores en el contexto de crisis económica española. *Cad Bras Ter Ocup.* 25(4), 671-685. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0931>
- Villar Peinado L. (2018). *Precariedad laboral y terapeutas ocupacionales en Galicia: desafíos y oportunidades*. [Trabajo fin de máster]. Universidade Da Coruña.
- Wolbring, G., and Chai Tsing-Yee E. (2016). Investigating Occupational Therapy: from Disability Studies to Ability Studies. En N. Pollard y D. Sakellario (eds.), *Occupational Therapy without Border* (2), 211-219.

Wolbring, G. y F. Guzmán (2010), Human Enhancement Through the Ableism Lens (an e-mail interview made by Francisco Guzmán). *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, (3), 1-13.

#### REFERENCIAS DE INTERNET

*Accidentes de Trabajo y Enfermedades Laborales en Colombia 2021*. (s. f.). Consejo Colombiano de Seguridad. <https://ccs.org.co/atel-col-2021/>

*Aseguramiento al sistema general de salud*. (s. f.). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>

*Entidades Administradoras De Planes De Beneficio: (EAPB)*. (s. f.). Gobernación del Valle del Cauca.

[https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario\\_de\\_terminos/#:~:text=ENTIDADES%20ADMINISTRADORAS%20DE%20PLANES%20DE,actividades%20de%20Salud%2C%20las%20Entidades](https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario_de_terminos/#:~:text=ENTIDADES%20ADMINISTRADORAS%20DE%20PLANES%20DE,actividades%20de%20Salud%2C%20las%20Entidades)

*Junta Nacional de Calificación de Invalidez*. (s. f.). <https://juntanacional.co>

*Secretaría Distrital de Planeación*. (s. f.). <https://www.sdp.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/sociedad-administradora-de-fondos-de-pensiones-y-de-cesantia-afp>

*Sistema General de Pensiones*. (s. f.). Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/sistema-general-pensiones.aspx>

*RL Datos*. (s. f.). <https://sistemas.fasecolda.com/rldatos/Home.aspx>

<https://ccs.org.co/atel-col-2021/>

<https://www.sdp.gov.co/transparencia/informacion-interes/glosario/sociedad-administradora-de-fondos-de-pensiones-y-de-cesantia-afp>

[https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario\\_de\\_terminos/#:~:text=ENTIDADES%20ADMINISTRADORAS%20DE%20PLANES%20DE,actividades%20de%20Salud%2C%20las%20Entidades](https://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones/34515/glosario_de_terminos/#:~:text=ENTIDADES%20ADMINISTRADORAS%20DE%20PLANES%20DE,actividades%20de%20Salud%2C%20las%20Entidades)

<https://juntanacional.co>

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubido/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/RiesgosLaborales/Paginas/sistema-general-pensiones.aspx>

<https://sistemas.fasecolda.com/rldatos/Home.aspx>