

# EXPERIENCIAS EN RECONVERSIÓN LABORAL: TRABAJADORES QUE ASISTEN A UN CONSULTORIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

*Catalina Ceballos Granados\**  
*Carlos Enrique Yepes Delgado\*\**  
*Claudia Jiménez Oyuela\*\*\**

Recibido en junio 17 de 2018, aceptado en marzo 13 de 2019

---

## Citar este artículo así:

Ceballos C, Yepes C, Jiménez C. Experiencias en reconversión laboral: trabajadores que asisten a un consultorio de seguridad social en Colombia. *Hacia. Promoc. Salud.* 2019; 24 (2): 75-90 DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.2.7

---

## Resumen

**Objetivo:** describir experiencias del proceso de reconversión de mano de obra en pacientes con patología laboral que asistieron al Consultorio de Seguridad Social Integral de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. **Metodología:** se usaron algunas técnicas de la Teoría Fundada para la recolección y análisis simultáneos. Se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas a pacientes que aceptaron participar. La información se transcribió y se analizó con la codificación abierta y axial de la Teoría Fundada. **Resultados:** los pacientes describen en su experiencia múltiples fallas en sus procesos de rehabilitación y reintegro laboral, además de limitaciones para la inclusión laboral y social posterior a un evento de origen laboral. **Conclusiones:** la reconversión de mano de obra no está garantizada para los pacientes que participaron en este estudio. En Colombia la normatividad en materia de la reconversión es discordante con las experiencias de vida de los participantes de este estudio. Es importante evaluar el tema de reconversión de mano de obra desde otros puntos de vista como lo son las empresas y las ARL, con el fin de comprender de manera más amplia lo que está pasando en materia de reconversión de mano de obra con nuestros pacientes.

## Palabras claves

Movilidad laboral, rehabilitación vocacional, personas con discapacidad, evaluación de la discapacidad, evaluación de capacidad de trabajo (*Fuente: DeCS*).

---

\* Médica general. Gerencia en seguridad y salud en el trabajo. Dinámica IPS. Medellín, Colombia. Autor para correspondencia. Correo electrónico: [cataceballos@gmail.com](mailto:cataceballos@gmail.com).  [orcid.org/0000-0001-8502-886x](https://orcid.org/0000-0001-8502-886x). 

\*\* Médico y Cirujano. Especialista en administración. Magíster en Salud Pública. Doctor en Epidemiología. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Colombia. Correo electrónico: [carlos.yepes@udea.edu.co](mailto:carlos.yepes@udea.edu.co).  [orcid.org/0000-0001-5656-4989](https://orcid.org/0000-0001-5656-4989). 

\*\*\* Médica y cirujana. Especialista medicina del trabajo y valoración del daño corporal. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. Correo electrónico: [claudia.jimenez@udea.edu.co](mailto:claudia.jimenez@udea.edu.co).  [orcid.org/0000-0002-3741-320x](https://orcid.org/0000-0002-3741-320x). 



## EXPERIENCES IN LABOR RECONVERSION: WORKERS ATTENDING A SOCIAL SECURITY OFFICE IN COLOMBIA

### Abstract

**Objective:** to describe the experiences of the process of reconversion of labor in patients with occupational pathology who attended the Comprehensive Social Security Office of the Faculty of Medicine at Universidad de Antioquia. **Methodology:** some techniques from the Grounded Theory for simultaneous data collection and analysis were used. Eight semi-structured interviews were conducted with patients who agreed to participate. The information was transcribed and analyzed using the open and axial coding of the Grounded Theory. **Results:** patients described multiple failures in their experience during the processes of rehabilitation and labor reintegration as well as limitations for labor and social inclusion at the workplace and in society after a work-related incident. **Conclusions:** Reconversion of the workforce is not guaranteed for the patients who participated in this study. In Colombia, regulations concerning it are not consistent with the life experiences of those participating in this study. It is important to discuss this issue from other points of view such as those of companies and occupational risk insurance providers in order to better understand the career mobility situation of our patients.

### Key words

Career mobility, rehabilitation vocational, disabled persons, disability evaluation, work capacity evaluation (Source: MeSH).

## EXPERIÊNCIAS EM RECONVERSÃO LABORAL: TRABALHADORES QUE FORAM A UM CONSULTÓRIO DE SEGURANÇA SOCIAL EM COLÔMBIA

### Resumo

**Objetivo:** descrever experiências do processo de reconversão de mão de obra em pacientes com patologia laboral que foram ao Consultório de Segurança Social Integral da Faculdade de Medicina da Universidade de Antioquia. **Metodologia:** usaram-se algumas técnicas da Teoria Fundada para a coleta e análises simultâneas. Realizaram-se oito entrevistas semiestruturadas a pacientes que aceitaram participar. A informação se transcreveu e se analisou com a codificação aberta e axial da Teoria Fundada. **Resultados:** os pacientes descrevem em sua experiência múltiplas falhas em seus processos de reabilitação e reincorporação laboral, além de limitações para a inclusão laboral e social posterior a um evento de origem laboral. **Conclusões:** a reconversão de mão de obra não está garantida para os pacientes que participaram neste estudo. Em Colômbia a normatividade em matéria da reconversão é discordante com as experiências de vida dos participantes deste estudo. É importante avaliar o tema de reconversão de mão de obra desde outros pontos de vista como o são as empresas e as ARL (Asseguradora de Risco Laboral), com o fim de compreender de maneira mais ampla o que está passando em matéria de reconversão de mão de obra com nossos pacientes.

### Palavras-chave

Mobilidade laboral, reabilitação vocacional, pessoas com deficiência, avaliação da deficiência, avaliação da capacidade de trabalho (Fonte: DeCS).

## INTRODUCCIÓN

Desde principios de siglo XIX con la revolución industrial, la economía comenzó a transformarse de estar basada en la agricultura y en la ganadería a pasar a la industrialización, transición en la cual surgieron grandes cambios no solo para la economía misma sino para el funcionamiento de las sociedades. Las personas migraban a las grandes ciudades para vincularse a las empresas. El transporte en trenes ya era una realidad gracias al carbón inicialmente y, posteriormente, fue reemplazado por combustibles fósiles (1). Producto de este cambio, las personas trabajaban largas jornadas laborales, tratando de superar las exigentes metas productivas de ese entonces, y fue así como en corto tiempo se hicieron notar los accidentes laborales, en su mayoría fatales, y las enfermedades profesionales secundarias al tipo de labor y a las pesadas cargas laborales (1).

Desde entonces y hasta ahora la preocupación por mantener la salud en los trabajadores, ligada a altos estándares de productividad no cesa. Se puede afirmar que el desempeño de la productividad en las empresas está asociado a ambientes de trabajo saludables (2). Según datos actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente dos millones de personas mueren cada año a causa de una enfermedad o accidente relacionado con el trabajo, se producen 160 millones de casos nuevos de enfermedades relacionadas con el trabajo en el mismo lapso de tiempo. El ocho por ciento de la carga global de enfermedad es explicado por la depresión, la cual es actualmente atribuida a los riesgos ocupacionales, esto sin tener en cuenta lo que puede estar pasando en los lugares de trabajo no registrados (2). Según datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) las pérdidas debidas a indemnizaciones, días de trabajo perdidos, interrupciones de la producción,

formación y reconversión profesional y gastos médicos, entre otros aspectos, representan el cuatro por ciento del producto interno bruto (PIB) mundial (1.251.353 millones de dólares estadounidenses al año para el año 2005) (3).

En Colombia para el año 2017 se presentaron 655.570 accidentes laborales y se calificaron 9.690 enfermedades como de origen laboral, cifras que se afirma disminuyeron con respecto al año 2016 (4). Según el censo realizado por el DANE en el 2005, se estimaba que para el año 2016 en Colombia vivirían aproximadamente 1.265.328 personas en situación de discapacidad, esto equivale a un dos por ciento de la población total con alguna condición de salud de este tipo (5). El 50% de estas personas son hombres. Para el de rango de 20 a 59 años, en donde se concentra el grueso de las personas en edad productiva, tenemos que las cifras oficiales calculan la existencia 542.381 personas en situación de discapacidad, quienes representan el 43% de esta población (5).

Ahora bien, en lo que respecta al marco normativo, en el Convenio Nro. 159 de 1983, que versa sobre la readaptación profesional y el empleo para personas que padecen algún tipo de invalidez (sea física o psíquica), se establece que se entenderá por *persona inválida*, aquella que a causa de una deficiencia física o psíquica ve en merma su capacidad y posibilidad de conservar u obtener un empleo adecuado para sufragar los gastos de su subsistencia de forma digna dentro del sistema laboral y económico actual(6). Según lo anterior, los 187 países miembros de la OIT deben *formular, aplicar y revisar* periódicamente políticas administrativas y sociales, capaces de garantizar la *Adaptación y Readaptación Profesional y el Empleo* de las personas que sufren algún tipo de discapacidad con la finalidad de garantizar el Derecho Fundamental a la Salud y la promoción de oportunidades en el mercado laboral (6).

La Política Pública de Adaptación y Readaptación se relaciona con el alcance de derechos como la salud, la vida digna e igualdad de oportunidades laborales, por tanto, las medidas nacionales que deben tomarse deben velar por las garantías ya descritas por medio de los programas médicos asistenciales, la asistencia financiera y suministro gratuito de servicios de adaptación y readaptación profesionales.

En Colombia el convenio en mención se ratificó por medio de la Ley 82 de 1988 (7), y en atención a los artículos 93 y 94 de la Constitución Política de Colombia (8) hace parte del Bloque de Constitucionalidad y tiene efectos vinculantes a la hora de desplegar el aparato normativo; es así como el Decreto 2177 de 1989 desarrolla los planteamientos de la Ley y el Convenio, promoviendo así el reconocimiento certificado por parte del área entonces llamada Salud Ocupacional (ahora Seguridad y Salud en el Trabajo). También así se adoptaron programas continuos de promoción laboral como actividades pedagógicas especiales de capacitación y rehabilitación apoyados por el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, Educación Nacional, Salud y otras entidades estatales (9).

En el mismo Decreto se dice que se entenderá por *Rehabilitación – Reubicación Profesional*: El Ministerio de la Protección Social, en algunos de sus conceptos Jurídicos y en el “Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales”(10), señala que la reconversión de mano de obra se dará en aquellos “casos en los que la capacidad funcional del trabajador no le permite volver a ejercer la profesión u oficio para el cual estaba capacitado, requiriendo un nuevo aprendizaje que le permita reincorporarse al medio laboral idealmente en la misma

empresa” (10). Lo anterior es consecuente con el ARTÍCULO 4º, de la LEY 776 DE 2002 la cual establece que “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” y el ARTÍCULO 8º de la anterior norma se indica que: “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” (11). Además de lo que se expresa desde el marco normativo, es necesario que las organizaciones se transformen para que haya inclusión completa de las personas con algún tipo de pérdida de la capacidad (12).

En la actualidad, desde el consultorio de Seguridad Social de la Facultad de Medicina vemos que los pacientes con pérdida de la capacidad secundaria a un evento de origen laboral con indicación de reconversión de mano de obra son rehabilitados al máximo en su funcionalidad, pero no son reconvertidos ni incluidos en programas de evaluación integral para el reintegro al trabajo. Después de realizar un rastreo bibliográfico no se lograron evidenciar cifras exactas de programas de rehabilitación ni de la prevalencia de la reconversión de mano de obra, pero si se encontraron estudios previos que demuestran ventajas para algunos pacientes de programas de reconversión de mano de obra (13) (14). Por las razones anteriormente expuestas, con el presente estudio se pretendió avanzar desde la descripción de las experiencias del proceso de reconversión de mano de obra, para algunos pacientes con patologías de origen laboral que asistieron al Consultorio de Seguridad Social Integral de una universidad pública colombiana.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cualitativo en el cual se utilizaron algunas técnicas de la teoría fundada, cuya base conceptual es la corriente del pensamiento sociológico conocida como interaccionismo simbólico, la cual permite comprender los significados de fenómenos partiendo de su interacción social. La teoría fundada pretende desarrollar abstracciones que avanzan hacia explicaciones teóricas a través de la recolección y análisis de datos en forma simultánea, con la comparación constante (15). Así entonces, las personas que viven la experiencia y tienen su propia visión de lo vivido son de quienes van surgiendo los insumos para la construcción de categorías de la investigación y, mediante comparaciones constantes entre ellas, se van descubriendo patrones que las relaciona, de esta forma emerge la teoría que pudiera explicar la realidad.

Ocho pacientes que habían sufrido un accidente laboral o una enfermedad de origen laboral, que habían asistido al Consultorio de Seguridad Social Integral de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, que requirieran o hubiesen iniciado un proceso de reconversión de mano de obra, participaron del estudio que se llevó a cabo entre el año 2016 y 2017 en la ciudad de Medellín. Los participantes fueron seleccionados luego del análisis de la base de datos del Consultorio y, durante las consultas, se identificó quienes cumplían los criterios de inclusión y se les preguntó si deseaban participar en el estudio. Antes de ser entrevistados se les pidió a los participantes firmar el consentimiento informado, el cual explicaba el objetivo del estudio, la naturaleza voluntaria de su participación y los riesgos mínimos involucrados en el proceso. Además, su aprobación fue registrada en audio junto con sus entrevistas. Se escogieron los pacientes que quisieran compartir su experiencia de vida. Las características de los participantes se exponen en la TABLA 1.

**Tabla 1.** Características de pacientes en reconversión laboral

Entrevista	Sexo	Edad	Nivel de escolaridad	Diagnóstico
1	M	40	Básica primaria	Epicondilitis bilateral
2	F	42	Básica secundaria	Dolor neuropático
3	M	58	Primaria incompleta	Dolor crónico brazo izquierdo
4	M	37	Secundaria	Ruptura de menisco gonartrosis severa rodilla derecha
5	F	25	Técnica en atención integral a la primera infancia	Fractura del fibrocartilago de la mano izquierda
6	M	57	Sin estudio	Secuelas de fractura de pie derecho
7	M	28	Técnico	Amputación de pie derecho
8	M	32	Técnico	Síndrome Doloroso Regional Complejo

*Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los participantes.*

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Humanos de la Universidad CES, mediante Acta No 166. de 2017. Al contactar pacientes, la entrevistadora se presentó como miembro del Semillero de Investigación del Consultorio de Seguridad Social Integral de la Universidad, el cual estaba interesado en conocer su experiencia relacionada con el accidente o enfermedad laboral y su posterior rehabilitación y/o reconversión. Se les aclaró a los participantes que la entrevistadora no hacía parte de ninguna organización y no había intereses de la empresa en este proceso. El nivel de confianza de los participantes se evidenció por el hecho de que ellos contaron sus experiencias dejando ver su opinión respecto al sistema de seguridad social y sus necesidades reales actuales.

La entrevistadora usó un guion para guiar el proceso de entrevista. Incluía una introducción explicando la importancia de conocer su proceso de enfermedad rehabilitación y reintegro al trabajo. La entrevistadora pidió el permiso de los participantes para grabar la entrevista asegurándoles la confidencialidad de lo allí expresado y de su identidad.

La entrevista comenzó con preguntas a los entrevistados relacionadas con su historia laboral y el proceso de enfermedad o accidente y, posteriormente, indagó el proceso de rehabilitación y reintegro laboral. Por último, realizó un abordaje de lo que para ellos puede significar el proceso de reconversión de mano de obra. Con dos de las primeras entrevistas se le realizaron algunas modificaciones al guion de manera que permitiera el mejor entendimiento y mayor aprovechamiento de los datos obtenidos.

Los participantes fueron entrevistados en un lugar preferiblemente tranquilo y silencioso para garantizar la confianza y confidencialidad de la entrevista. La duración de las entrevistas

fue de aproximadamente 40 minutos. Las entrevistas se transcribieron y se verificó la calidad de los datos confrontándolos con los registros de audio. Después de esto, el proceso de codificación y categorización se llevó a cabo, en este se utilizaron la codificación abierta y axial, propias de la Teoría Fundada. Este estudio es el resultado del análisis inicial de las entrevistas, en las cuales se logró una mayor abstracción de la categoría desesperanza aprendida.

## RESULTADOS

### **El mayor obstáculo en la reconversión de mano de obra es la incoherencia de la norma con la realidad de algunos beneficiarios**

A partir de esta investigación el proceso de reconversión de mano de obra se puede entender desde la inconsistencia que se encuentra entre la amplia normatividad encontrada y los manuales de rehabilitación para el reintegro al trabajo, comparado con la realidad vivida por las personas en el difícil proceso de reintegro laboral. Aunque desde ellos se viva alguna experiencia de reintegro laboral, esta no alcanza las condiciones ideales mencionadas en la norma. Lo anterior pudiera explicarse, entre otras cosas, por la insuficiente rectoría, entendiéndose esta como la falla en la implementación, control y vigilancia que ejercen los entes gubernamentales con respecto a la coherencia que debe haber entre la normatividad y el debido proceder, en este caso en la reconversión de mano de obra en Colombia. Así lo afirman nuestros pacientes entrevistados en su relato. “Allá les prohibieron que yo manejara máquina, entonces me pusieron a hacer cosas manuales, pero como no era, como le dijera yo; yo no era experta en eso en cosas manuales entonces me

iban a despedir.” Mujer de 42 años, bachiller, con secuelas de dolor neuropático.

De otro lado, la mercantilización de los servicios de salud juega un papel importante al limitar el acceso a la atención en salud al categorizar el paciente según el origen de su enfermedad, y quedándose corto en el abordaje integral del individuo como persona expuesta a factores de riesgo. En ese sentido, pudiera observarse una frecuente invisibilidad por parte del médico de la pérdida de capacidad laboral de la persona, como lo evidencia el testimonio de los entrevistados. “Reintegro laboral del brazo izquierdo, el médico me dijo que ya podía reingresar a laborar, porque él veía que yo tenía la capacidad de seguir laborando, pero como me dijo: usted puede reingresar a laborar, pero con las restricciones. La constructora no respetó las restricciones”. Hombre de 40 años, básica primaria, con secuelas de epicondilitis bilateral. “Yo estuve más que todo incapacitada, yo entré a trabajar y a los trece días tuve el accidente, entonces casi que los seis meses de práctica me la pasé incapacitada y así, y entonces debido a eso cuando se terminó el contrato, definitivamente me lo terminaron y ya no me quisieron reintegrar”. Mujer de 25 años Técnica con secuelas de fractura complicada de la mano.

La imbricada naturalización entre la insuficiente rectoría gubernamental de la norma de reconversión de mano de obra y la mercantilización de los servicios de salud, crea una inconsciente, pero evidente negación de los derechos de los pacientes que viven el contexto de pérdida de la capacidad laboral. Desde la perspectiva de los entrevistados se hizo visible la percepción de la deshumanización de las organizaciones empleadoras, las cuales desde su misión suelen pasar por alto el bienestar de sus colaboradores, ya que sus indicadores principales se centran en mejorar los estándares de producción y

rentabilidad. Lo anterior con frecuencia se soporta en la poca importancia que tiene el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo por parte de las organizaciones, de tal forma que se generan ambientes laborales inseguros que llevan a altos índices de accidentalidad, enfermedad y ausentismo laboral. Lo anterior en parte se explica por la poca importancia que ha recibido este tema por parte de las empresas a lo largo de la historia, ya que anteriormente no se consideraba que estuviera relacionado con los resultados de producción y rentabilidad, como es notorio en los relatos de los participantes. “Entonces en la empresa no me dieron el tiempo para que el médico me recibiera, que yo tuviera la cita con él, sino que inmediatamente me retiraron del trabajo, las palabras que me dijeron fueron: es que usted aquí no tiene más entrada, es decir que usted aquí en esta empresa ya no trabaja más señor, y yo ah, bueno señor”. Hombre de 57 años, no estudió, con diagnóstico de secuelas de fractura de pie derecho.

El testimonio de los pacientes entrevistados deja ver otros obstáculos que se presentan al iniciar un proceso de reconversión laboral, el nivel de escolaridad claramente entorpece el proceso ya que incide directamente en el desarrollo de competencias necesarias para la realización de nuevas labores, a este se suma la baja percepción de autoeficacia que surge como resultado de la pérdida de capacidad al sufrir una enfermedad o las secuelas de esta.

### **Desencadenantes del problema**

Desde los entrevistados, en lo que se refiere a su ámbito doméstico, afirman que se ven presionados a tener que trabajar en el contexto de obligaciones familiares, en la mayoría de los casos, como cabezas de familia con bajo poder adquisitivo y bajo nivel de escolaridad, lo que los lleva a someterse a trabajos con actividades repetitivas y riesgosas. En consecuencia,

podría decirse que los participantes de este estudio con frecuencia se vieron obligados a cumplir órdenes que iban en contra de su seguridad y su salud, con cargas inadecuadas y jornadas laborales extenuantes. Esto al sumarse al tiempo de exposición inevitablemente genera enfermedad laboral, afectación de capacidades, múltiples consultas médicas y ausentismo; circunstancias que comprometen el desempeño laboral hasta generar pérdida de la capacidad laboral y, posteriormente, afectar su relación con el trabajo. Como lo afirmaron los participantes en el siguiente texto: “Porque el miedo mío fue que, si yo no le hacía caso al de llevar los tubos, él iba a ir a llamar a la empresa y usted sabe que en esas empresas y uno tan nuevo si uno no hace caso van a decir que uno no sirve y lo van a sacar o lo van a echar”. Hombre de 40, escolaridad primaria incompleta, albañil de obra con diagnóstico de epicondilitis bilateral.

Además, la marcada desarticulación del Sistema de Seguridad Social que emerge desde el análisis de las entrevistas realizadas, evidencia alguna dificultad en la sospecha y el diagnóstico de las enfermedades relacionadas con el trabajo por parte del médico. Esto compromete el ciclo de gestión integral del riesgo con retraso en la debida identificación, diagnóstico, intervención oportuna, seguimiento y reintegro de los pacientes. Por consiguiente, se compromete el éxito del proceso de reconversión de mano de obra. Algo similar ocurre con los pacientes que presentan accidentes laborales, quienes por directriz estatal ya son captados directamente por el Sistema de Riesgos Profesionales, los cuales no tienen un desenlace más alentador cuando de pérdida de la capacidad laboral se trata, al encontrar en los entrevistados que, al igual que los pacientes que presentan enfermedades de origen laboral, terminan con un fallido proceso de reconversión de mano de obra, lo cual surgió del relato los participantes.

“Le dije al médico: como me vas a mandar otra vez a trabajar sabiendo que estoy operado, usted me dice que ya me da de alta que no me va a volver a ver, y medicina laboral ordena que debo seguir incapacitado”. Hombre de 40, escolaridad primaria incompleta, albañil de obra con diagnóstico de epicondilitis bilateral. “Le dije al doctor que si me podía mandar para donde el ortopedista para ver que me hiciera otra radiografía a ver cómo iba la mano, y él me dice que él no está autorizado a eso, que eso tiene que ser la ARL, y la ARL dice que es por la EPS, entonces estoy ahí en el vaivén de quien me da la cita”. Mujer de 25 años Técnica con secuelas de fractura complicada de la mano. “Debido al accidente laboral que tuve, no he tenido la oportunidad de conseguir trabajo a pesar de que he repartido muchas hojas de vida”. Mujer de 25 años, técnica con secuelas de fractura complicada de hueso de mano.

Las condiciones que favorecen las fallas en el proceso de reconversión de mano de obra que sobresalen en los pacientes entrevistados están dadas por el marcado desconocimiento relacionado, específicamente, con los derechos y deberes en el sistema de seguridad social y laboral, lo que genera desinformación en el colaborador, quien pudiera llegar hasta ignorar su proceso de enfermedad y los objetivos que se pretenden alcanzar con su rehabilitación. Esto se refleja en la limitación para regresar al trabajo en condiciones adecuadas a sus capacidades físicas y mentales. De igual forma, el profesional de la salud como principal conocedor del estado de salud del trabajador, es el principal informante para el paciente y gran generador de expectativas; no obstante, se evidenció que en estas circunstancias de pérdida de la capacidad laboral en las que se requiere reconversión de mano de obra, no hay conocimiento suficiente del tema por parte del experto, por lo tanto, se pasan por alto las explicaciones en las conversaciones que se

sostienen durante el acto médico. Lo anterior necesariamente entorpece en estos pacientes el ciclo de aceptación y reconocimiento del estado actual de capacidad laboral residual, además de limitar la posibilidad de visualizarse en un oficio diferente al que venía ejerciendo en la misma u otra organización, con iguales condiciones de inclusión a las de otro trabajador. Se evidencia en el siguiente relato en el que hablan los participantes. “A mí me hablaron de reintegro laboral en el consultorio, pero estuve averiguando y conmigo no había forma de que lo hicieran porque fui practicante, y como le digo en el proceso de las prácticas me mantuve más incapacitada, entonces que me iban a reintegrar a mi allá”. Mujer de 25 años técnica con secuelas de fractura compleja de mano.

Pudiera decirse de las experiencias de los entrevistados que estos presentan frustración en el proceso de reconversión de mano de obra por el hecho estar rodeados por una sociedad que apenas viene transformando la concepción de la discapacidad y, en este proceso, aún no se logra vislumbrar un trato inclusivo en el que se pueda contemplar un oficio para estas personas con secuelas de accidentes o enfermedades laborales, pero con capacidades evidentes para muchas otras tareas. En palabras de los participantes. “Pues doctora, sinceramente no sé; no sé porque como le digo, si no le dan trabajo a una persona que este aliviada ahora uno con un bastón, ni yo me voy a decir que voy a ir una entrevista que sin bastón; porque es que yo salgo sin el bastón, yo le puedo caminar a usted de acá a la esquina, o dos cuadras o tres cuadras, pero de ahí para allá, yo no sé si me voy a caer o no me voy a caer, o si llego a las tres cuadras”. Hombre de 37 años bachiller con secuelas por ruptura de meniscos. “Porque yo fui a la oficina del trabajo y me dijeron que la única manera de yo pedir la estabilidad laboral reforzada era que yo estuviera en embarazo;

porque resulta que eso fue mientras que yo hacía mis prácticas de estudio”. Mujer de 25 años técnica con secuelas de fractura complicada de hueso de mano.

### **La incontenible respuesta social**

En las experiencias de los participantes se resaltan los antecedentes laborales, personas que trabajan desde la adolescencia en un mismo oficio, que más que con estudio formal lo perfeccionan con la experiencia, y se desenvuelven en este con total confianza y seguridad. Cuando estas personas enfrentan una situación de enfermedad o accidente relacionado al oficio habitual, se logra evidenciar una reacción mediada por el miedo al enfrentar la posibilidad de no poder volver a trabajar, a perder lo que para ellos representa estabilidad económica, a perder la seguridad social y todos los derechos que adquieren como empleados formales de una empresa.

No obstante, se logra rescatar de las vivencias recogidas en este estudio que los pacientes generan grandes expectativas al iniciar un proceso de tratamiento y rehabilitación de su enfermedad o accidente, en el que prima la expectativa de recuperarse totalmente, lograr regresar al trabajo o independizarse a partir de la deseada pensión. Lo anterior soportado en la premisa de confianza que en ese momento tienen en la empresa por la que fueron contratados.

Finalmente, en los pacientes entrevistados se percibe la misma sensación de frustración al ver que sus expectativas no se cumplen y menos si presentan merma en su capacidad laboral luego del proceso de rehabilitación esto, unido al hecho de no estar apoyado por la empresa de donde la mayoría son despedidos sin oportunidad de reintegro, genera en los entrevistados un fuerte rechazo al sistema, lo anterior se evidencia en los repetidos

procesos de calificación de pérdida de la capacidad laboral, apelaciones constantes que tienen como objetivo adquirir una pensión que por lo menos garantice la tan anhelada estabilidad económica y la seguridad social. “Aburrido, aburrido, ya quedé sin seguro y sin trabajo, ya iba yo a pedir trabajo a otra parte, y me lo negaban, me decían: Si señor trabajo si hay. A lo más me decían: nosotros lo llamamos para que se haga los exámenes, ya cuando iba a ser los exámenes, ahí si ya hasta ahí llegaba”. Hombre de 57 años, no estudió, con diagnóstico de secuelas de fractura de pie derecho.

### En consecuencia

De las experiencias recogidas se logra ver como consecuencia de todo este fallido proceso de reconversión de mano de obra, personas que se suman a la cifra de discapacidad. Estas personas se encuentran “en el limbo” entre lograr pertenecer nuevamente a una empresa o pensionarse. Puede verse además como consecuencia de esta indeterminada situación una fuerte dependencia de estas personas, dado que dejaron de ser productivas para esta sociedad y, obligatoriamente, requieren de un acudiente, en la mayoría de los casos la familia asume el rol, en otros casos las empresas continúan proporcionando un sueldo mientras se resuelve la situación de forma definitiva, asunto este que es bueno reconocer. “Se me terminó la incapacidad, eso fue en octubre del año 2016 y en la empresa mandaron a sentarme a la casa porque la empresa mía dizque estaba en liquidación; entonces me mandaron a sentarme en la casa y me pagaban el pago normal, y hasta ahora me lo están pagando normal, pero la preocupación mía es porque no me han resuelto que van a ser conmigo, no me han resuelto nada, me tienen ahí”. Mujer de 42 años bachiller con secuelas de dolor neuropático.

Lo anterior resulta un sacrificio social para los entrevistados y sus familias al verse comprometidas todas sus posibilidades de desenvolverse como ciudadanos productivos, con metas laborales y adquisitivas además de necesidades económicas, lo que pudiera generar en ellos situaciones desesperadas. “A mí me cogen esos deseos... ah como de quitarme la vida, como de no vivir, porque me cambio totalmente la vida que yo llevaba, o sea a mí me cambio totalmente.” Hombre de 37 años bachiller con secuelas por ruptura de meniscos. “Yo dependo es de las incapacidades y a mí las incapacidades me llegan cada mes, como me llegan seiscientos o un millón de pesos me pueden llegar trecientos, por ejemplo, el lunes voy y reclamo 368 mil pesos de 15 días y tengo que pagar 400 mil pesos de arriendo, tengo que pagar 120 mil pesos de servicios entonces mire que eso es muy poco.” Hombre de 42 años con primaria incompleta y secuelas de epicondilitis bilateral.

## DISCUSIÓN

Se puede evidenciar en la información recogida en las entrevistas que el proceso de enfermedad o accidente-rehabilitación-reintegro laboral sitúa a los pacientes en una clara condición de vulnerabilidad (16). En el grupo de los participantes no se encuentra una significación clara del proceso de reconversión de mano de obra. Para ellos no es claro que el flujo de decisiones que se toman desde todos los actores del sistema de seguridad social con respecto a su situación actual pueda recibir el nombre de reconversión de mano de obra. El término suena tan estructurado que les es difícil creer que la incertidumbre que actualmente viven pueda acogerse a él. Lo anterior puede tener alguna explicación desde el panorama mundial. En el último Informe Internacional del Funcionamiento del

2012 se refieren cifras relacionadas que indican que del dos al tres por ciento de la población con discapacidad tiene acceso a los servicios de rehabilitación; en cuanto al empleo el 70% de las personas con discapacidad se encuentran en inactividad (17) (14).

Es este estudio identificó que los pacientes entrevistados están a cargo económicamente de sus familias, además de que su grado de escolaridad va de nulo a medio. Estas personas al intentar acceder a un trabajo tienen claras dificultades desde los dos escenarios posibles, el primero de estos es al tomar la decisión de presentarse a una vacante, y el segundo desde los empleadores al evitar contratar personas con algún grado de pérdida de la capacidad. La anterior situación trae consigo un desenlace que se resume en la generación de empleos no formales y fuera de cualquier posibilidad de acceder a la seguridad social, y unido a esto la pobreza que impacta inevitablemente la calidad de vida de estas personas, situación que tiende a presentarse con más frecuencia debido a la alta accidentalidad laboral que se presenta actualmente, donde para el 2014 en Colombia se reportaron 687.000 accidentes laborales mientras que en el 2009 se reportaron 410.000 (18).

En Estados Unidos para el 2010 un 10% de la población tenía algún grado de discapacidad, esto equivalía a 19.6 millones de personas en edades entre 18 y 64 años, de estas solo 4.5 millones de personas se emplean (19). De manera que la discapacidad se ha venido convirtiendo en un problema de salud pública, razón por la cual en Estados Unidos para el 2018 se enfoca la discapacidad desde el concepto de funcionamiento y se pretende que los fisiatras lideren programas de rehabilitación integral en los que se propone la gestión de la rehabilitación vocacional de las personas con discapacidad, en aras de

una adecuada reconversión de mano de obra, con este nuevo enfoque se apunta a mejorar la calidad de vida de las personas y brindar a estas mejor condición socioeconómica (20).

En este estudio se evidencia una necesidad importante de programas de reconversión de mano de obra en los que se logre una rehabilitación exitosa entendiéndose esta en términos de recuperación de la salud y la habilitación para el desarrollo de nuevas competencias que les brinden posibilidades de empleos que puedan ejercer (21). Lo anterior pudiera lograr cambiar la condición de discapacidad en términos de inclusión sociolaboral y desarrollo profesional para estas personas, que suelen ver su condición de discapacidad agravada por una sociedad con múltiples barreras que impide la participación plena del discapacitado (21).

En Canadá las empresas que cuentan con programas de reconversión de mano de obra en los cuales ofrecen a los trabajadores con pérdida de la capacidad laboral oficios adaptados para ellos, mostraron beneficios para los trabajadores en cuanto aseguran una rehabilitación más temprana que incluye no solo la recuperación de su salud sino también la aceptación de su pérdida de la capacidad y el mayor aprovechamiento de su capacidad laboral residual, estos programas influyeron también en menores tiempos de ausentismo, lo que repercutió en su calidad de vida y su condición socioeconómica (22). Programas de reconversión de mano de obra que incluyan dentro de la mirada integral del individuo en su periodo de rehabilitación y habilitación entrevistas motivacionales relacionadas con la modificación del puesto de trabajo y de los cambios en el oficio puede garantizar un reintegro al trabajo más sostenible, además de facilitar la transición a las tareas de trabajo modificadas (23).

La clave del éxito en la rehabilitación de los pacientes está marcada indudablemente por diversos factores como lo son la calidad de la prestación de atención en salud que reciban los pacientes y la actitud de los mismos frente al proceso de rehabilitación; la calidad de la prestación de la atención que reciben los pacientes depende de la asertividad de las decisiones que se tomen dentro de la relación médico-paciente y esta, a su vez, está influenciada por los recursos financieros, la capacidad del sistema de brindar calidad en la atención, el conocimiento científico, el entorno político, social y las creencias y costumbres con las que se paran los individuos implicados en esta relación (24).

Podría decirse basados en el entendimiento de los conceptos anteriores que es necesario propiciar políticas públicas centradas en el paciente en las que los sistemas de salud se articulen y se diluyan las barreras en la atención, de tal forma que prime el entendimiento de las necesidades del individuo y sus expectativas frente al proceso de rehabilitación y reintegro socio-laboral y desde este escenario poderle ofrecer la mejor opción posible para su rehabilitación integral. Cabe resaltar la importancia de que dentro de este principio, los trámites administrativos se realicen internamente dentro del sistema garantizando la transparencia en el destino de los recursos, lo anterior propone entonces trascender el modelo de atención neoliberal colombiano a otro en el que se conciba la salud como un bien público y que la rehabilitación integral de los pacientes con algún grado de discapacidad y su inclusión sociolaboral sea parte de la responsabilidad social del Estado (25).

De las experiencias recogidas en este estudio se puede evidenciar claramente una deficiencia en la articulación entre el sistema de salud, riesgos profesionales y la empresa, lo que

conlleva al entorpecimiento en el proceso de reintegro de los participantes. En Alemania, en un estudio cualitativo que se realizó en agosto de 2017 en el cual pretendían encontrar la implicación que tiene la articulación de todos actores del sistema en el reintegro laboral, lograron concluir que la comunicación entre los diferentes actores del proceso de enfermedad, accidente y rehabilitación y reintegro laboral es clave para la recuperación de la salud de los pacientes y para la pronta inclusión socio-laboral(26) occupational health physicians (OPs. De lo anterior se puede decir que la articulación de los diferentes actores del sistema pudiera tener impactos positivos en la rehabilitación y el reintegro laboral de los participantes.

Muchos estudios apoyan la comunicación entre los médicos que participan en los procesos de tratamiento, rehabilitación y reintegro laboral argumentando que la articulación entre los sistemas es clave para la recuperación temprana de los pacientes y el éxito en su reintegro (27) (26) occupational health physicians (OPs) (28) (29).

De otro lado, es importante hablar de inclusión laboral dado que los participantes de este estudio expresaron reiteradamente la dificultad a la hora de buscar empleo, de esta manera, argumentaron que ante múltiples intentos fallidos no encontraban otra razón para ser rechazados más que su limitación, por esto decidieron dejar de intentar aplicar a un empleo.

A pesar de ser amplia la normatividad que respalda la inclusión social-laboral hay que admitir que el término inclusión va más allá de redactar leyes, se trata de diluir todas las barreras que puedan limitar la participación de las personas con discapacidad y de que estas personas decidan hacer parte (30). Para que lo anterior se de es necesario fomentar una

cultura de inclusión. Comenzar por romper las barreras físicas, esto va más allá de adecuaciones en lugares públicos que les permitan moverse, también está relacionado con adecuar las empresas para que las personas con discapacidad puedan formar parte. Las barreras comunicacionales también tienen un lugar importante ya que en la medida que las personas cuenten con información verídica y oportuna que les permita tomar decisiones autónomas y contar con argumentos claros, tendrán mayor posibilidad de incluirse (30). Por último, romper las barreras laborales contando con capacitación y orientación adecuada que conduzca a brindar la mejor oportunidad laboral para estas personas; contemplar opciones como el teletrabajo, trabajos independientes o trabajos ordinarios adecuados según su discapacidad, lo anterior puede influir significativamente en la mejora de su calidad de vida (30).

## CONCLUSIONES

Los pacientes que participaron en este estudio describen en su experiencia de vida un proceso que no tiene nada que ver con la rehabilitación integral y el ideal de reintegro al trabajo. Esto explicado entre otras causas por la falta de concordancia entre la normatividad relacionada con rehabilitación y reintegro laboral y la realidad vivida por ellos. La desarticulación de los actores del sistema también juega un papel importante en estas experiencias dado que en los casos analizados se evidencia entorpecimiento de los procesos de rehabilitación y reintegro laboral dada la falta de información que existe entre cada uno de los actores en el mencionado proceso. Otro de los puntos importantes que se concluyen con este estudio es que en las experiencias de vida analizadas se encuentra que en el contexto en el que se desenvuelven existen múltiples barreras de inclusión sociolaboral, las cuales influyen directamente en el proceso de reintegro al trabajo.

Con este estudio se refuerza la necesidad de conocer las percepciones y las experiencias de los diferentes actores del sistema: médicos generales, médicos laborales, administradoras de riesgos laborales y representantes del sector laboral con respecto a la reconversión de mano de obra en Colombia para entender de manera más asertiva la realidad de este proceso desde la visión de todas las partes interesadas.

## REFERENCIAS

1. Lizandro W. Revisión Histórica de la Salud Ocupacional y la Seguridad Industrial [Internet]. Revista Cubana de Salud y Trabajo. 2012 [citado 18 de marzo de 2018]; 13(3):45–52. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2012/cst123g.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud, ÁNGEL PMU, Díaz Franco JJ, Pino C, Campaña A, Oms/Ops, et al. Entornos Laborales Saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Organ. Mund la Salud [Internet]. 2016;1(3):1–26. Disponible en: [www.who.int/occupational\\_health/](http://www.who.int/occupational_health/).
3. Gómez C. Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. Universitas Psychologica. 2007; 6 (1). Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672007000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672007000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=es).
4. Accidentes y enfermedades laborales en 2017. Revista DINERO [Internet]. 15 de Febrero de 2018. Disponible en: <http://www.dinero.com/edicion-impres/pais/articulo/accidentes-y-enfermedades-laborales-en-2017/255313>.
5. Discapacidad [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/discapacidad>. Este link no funciona.
6. Convenio C159 - Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas). 1983; (159) [Internet]. [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: [http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:312304](http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312304). Este link no funciona.
7. En Colombia, Ley 82 de 1988, de 23 de diciembre, por medio de la cual se aprueba el “Convenio 159 sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas”, adoptado por la Conferencia General de la Organización Internacional de Trabajo en su 69a. reunión, Ginebra 1983.
8. En Colombia, Constitución Política de Colombia.
9. Decreto 2177 de 1989 - Gestor Normativo Función Pública [Internet]. [citado 16 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=10813>.
10. Cifuentes-Piñeros C, Boada-Mojica J, Candia-Ospina R, Martínez-Segura P, Maldonado- Ramírez G et al. Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Bogotá, Colombia:Ministerio de la Protección Social Dirección General de Riesgos Profesionales; 2010.
11. En Colombia, Ley 776 de 2002, de 17 de diciembre, por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.
12. Jairo J, Ossa A, La JJ. La dinámica organizativa: el caso del colectivo de personas con discapacidad en Cali, Colombia. Hacia. Promoc. Salud. 2014;19(1):39–53. Disponible en: [HTTP://PROMOCIONSALUD.UCALDAS.EDU.CO/DOWNLOADS/REVISTA19\(1\)\\_4.PDF](HTTP://PROMOCIONSALUD.UCALDAS.EDU.CO/DOWNLOADS/REVISTA19(1)_4.PDF).
13. Detección de la situación laboral actual de los pacientes discapacitados que asisten a terapia ocupacional en el hospital central militar. [Internet]. [citado 20 de febrero de 2017]. DISPONIBLE EN: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77907>
14. Duque-Vera I, Urrutia Illera I. Nivel de actividad física y grado de discapacidad en pacientes con dolor lumbar crónico. Hacia. Promoc. Salud. 2017;22(1):113–22. DOI: 10.17151/hpsal.2017.22.1.9 Disponible en: [http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista22\(1\)\\_9.pdf](http://200.21.104.25/promocionsalud/downloads/Revista22(1)_9.pdf).
15. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 2002; 341. Disponible en: [http://books.google.es/books/about/Bases\\_de\\_la\\_investigaci?n\\_cualitativa.html?id=TmgvTb4tiR8C&pgis=1](http://books.google.es/books/about/Bases_de_la_investigaci?n_cualitativa.html?id=TmgvTb4tiR8C&pgis=1).

16. Andrade LC, Patricia C, Lema H, Ángel M, Alonso V. Calidad de vida de adultos colombianos con discapacidad intelectual. 2016 [citado 16 de marzo de 2019];21(1). DOI: 10.17151/hpsal.2016.21.1.8 Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista21\(1\)\\_8.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista21(1)_8.pdf).
17. OPS. Aplicación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud en estudios de prevalencia de discapacidad en las Américas. Washington, D.C. USA: OPS; 2012. 61 p.
18. La Seguridad y Salud en el Trabajo en Cifras [Internet]. [citado 25 de febrero de 2018]. Disponible en: [http://ccs.org.co/salaprensa/index.php?option=com\\_content&view=article&id=573:sst&catid=320&Itemid=856](http://ccs.org.co/salaprensa/index.php?option=com_content&view=article&id=573:sst&catid=320&Itemid=856).
19. Wheeler KK, Xiang H, Bishai DM, Shi J, Stallones L, Lu B. Medical expenditures associated with nonfatal occupational injuries among U.S. workers reporting persistent disabilities. *Disabil Health J* [Internet]. 2014 [citado 25 de febrero de 2018];8(3):397–406. DOI: 10.1016/j.dhjo.2014.10.004 Disponible en: [https://ac-els-cdn-com.bdigital.ces.edu.co:2443/S1936657414001873/1-s2.0-S1936657414001873-main.pdf?\\_tid=bfd16708-1a32-11e8-82fb-00000aab0f6c&acdnat=1519566770\\_2a37cec9270db0a4a034973609d17594](https://ac-els-cdn-com.bdigital.ces.edu.co:2443/S1936657414001873/1-s2.0-S1936657414001873-main.pdf?_tid=bfd16708-1a32-11e8-82fb-00000aab0f6c&acdnat=1519566770_2a37cec9270db0a4a034973609d17594).
20. Ty Ramiro RP. Employment of People with Disabilities. En: *Braddom's Rehabilitation Care: A Clinical Handbook* [Internet]. Elsevier; 2017 [citado 25 de febrero de 2018]. p. 34–38.e3. DOI: 10.1016/b978-0-323-47904-2.00006-4 Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780323479042000064>.
21. Correa-Montoya L. Discapacidad en Colombia \* RIGHTS . Overview of its legal. *Vniversitas Bogotá*. 2009;118:115–39. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=82516351005>.
22. McLaren CF, Reville RT, Seabury SA. How effective are employer return to work programs? *Int Rev Law Econ* [Internet]. 2017 [citado 25 de febrero de 2018];52:58–73. DOI: 10.1016/j.irl.2017.08.003 Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0144818817300339>.
23. Gross DP, Park J, Rayani F, Norris CM, Esmail S. Motivational Interviewing Improves Sustainable Return to Work in Injured Workers After Rehabilitation: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2017 [citado 25 de febrero de 2018]; 98(12):2355–63. DOI: 10.1016/j.apmr.2017.06.00 Disponible en: <https://www-sciencedirect-com.bdigital.ces.edu.co:2443/science/article/pii/S0003999317304094>.
24. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, et al. Drivers of poor medical care. *Lancet* [Internet]. 2017;390(10090):178–90. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30947-3. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30947-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30947-3).
25. Hernández M. Neoliberalismo en salud Nozick.pdf. En: *Neoliberalismo en salud desarrollo, supuestos y alternativas*. Bogota, Centro de convenciones Alfonso Lopez Pumarejo, Universidad Nacional de Colombia, abril 4 y 5 de 2002: Presentado en el seminario “la falacia neoliberal, Crítica y alternativas”; 2002. p. 347–61.
26. Stratil J, Rieger MA, Voelter-Mahlknecht S. Optimizing cooperation between general practitioners, occupational health and rehabilitation physicians in Germany: a qualitative study. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2017 [citado 9 de marzo de 2018];90(8):809–21. DOI: 10.1007/s00420-017-1239-6 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28681175>.
27. Schwarze M, Spallek M, Korallus C, Manecke IA, Teumer F, Wrbitzky R, et al. Advantages of the JobReha discharge letter: An instrument for improving the communication interface in occupational rehabilitation. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2013 [citado 9 de marzo de 2018];86(6):699–708. DOI: 10.1007/s00420-012-0805-1 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22890776>.

28. Harbaugh J, Liu H, Nelson C, Hardy S, Cloeren M, Bean M, et al. The Personal Physician's Role in Helping Patients With Medical Conditions Stay at Work or Return to Work. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2017 [citado 19 de marzo de 2018];59(6):e125–31. DOI: 10.1097/jom.0000000000001055. Disponible en: <http://ovidsp.tx.ovid.com.bdigital.ces.edu.co:2048/sp-3.28.0a/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=GGBNFPOHMPDDPEKANCFKCEFBMLCEAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3F%26Complete%2BReference%3DS.sh.22%257c1%257c1%26FORMAT%3DcitationFormatPrint%26FIELDS%3DFORMATI%26S%3DGG>.
29. Edlund C, Dahlgren L. The physician's role in the vocational rehabilitation process. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2002 [citado 9 de marzo de 2018];24(14):727–33. DOI: 10.1080/09638280210124310 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12396658>.
30. Cuesta Moreno OJ. Aportes de la comunicación para la inclusión de personas en condición de discapacidad a la vida urbana. *Chasqui Rev Latinoam Comun* [Internet]. 2017 [citado 19 de marzo de 2018];136(136):323. DOI: 10.16921/chasqui.v0i136.2988 Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.bdigital.ces.edu.co:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=71ba29ba-c529-4a64-8170-15894c97454a%40sessionmgr4008>.