

Prevención y manejo de la discapacidad para trabajar: un campo de estudios necesario para abordar los retos del sistema colombiano de riesgos laborales

Work Disability Prevention: an area of study needed to address the Colombian system challenges in occupational risks

Diana E. Cuervo-Díaz y Marisol Moreno-Angarita

Recibido 10 mayo 2016 / Enviado para modificación 27 noviembre 2016 / Aceptado 14 mayo 2017

RESUMEN

El artículo de revisión temática busca mostrar la importancia que tiene estudiar, introducir e implementar en Colombia el campo Work Disability Prevention, traducido al español como Prevención y Manejo de la Discapacidad para Trabajar, derivado de una investigación doctoral. La revisión se estructura a partir del diálogo entre la revisión de literatura, los hallazgos del análisis del Sistema Colombiano de riesgos Laborales, y los datos de la situación actual de los trabajadores en materia de salud en Colombia, lo cual plantea una serie de interrogantes que estructuran el desarrollo de este artículo. El análisis se realiza desde los factores determinantes de la discapacidad para trabajar, su definición y los retos que esto impone a los diferentes actores dentro del Sistema General de Seguridad Social, implicados en el proceso de prevención, atención, rehabilitación, compensación y retorno al trabajo.

Palabras Clave: Medicina del trabajo; salud ocupacional; servicios de salud de los trabajadores (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

This paper aims to address the importance of study, introduce and implement the issue of prevention and management of work disability in Colombia. Text structure responses to questions ranging from the current situation of workers and their health in Colombia, from the importance of studying this subject; the approach of the determinants of work disability; its definition, to the challenges settled for different actors in the Sistema Nacional de Seguridad Social involved in the process of prevention, care, rehabilitation, compensation, and return home.

Key Words: Occupational medicine, occupational health, occupational health services (*source: MeSH, NLM*).

En los últimos quince años, ha emergido un nuevo campo de estudio derivado del creciente interés de la comunidad académica mundial por investigar la discapacidad para trabajar, es decir, 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. A nivel mundial, se ha optado por enfoques transdisciplinarios de estudio debido a que este es un problema que no solo tiene implicaciones médicas y, por lo tanto, no debe abordarse solamente desde la rehabilitación, sino que se deben contemplar otros aspectos que inciden en el fenómeno (1).

DC: MD. Especialista en Administración de Salud Ocupacional y Derecho de Seguridad Social. Ph. D. Salud Pública. Médica principal de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez - Colombia. Profesora de cátedra de la Facultad de Derecho de la Universidad Javeriana. Bogotá. Miembro del grupo investigación Discapacidad, Políticas y Justicia Social. Bogotá, Colombia.

decuervod@unal.edu.co

MM: Fdga. Ph. D. Salud Pública. Profesora titular del Departamento del Comunicación Humana, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Director del grupo de investigación "Discapacidad, Políticas y Justicia Social". Bogotá, Colombia.

mmorenoa@unal.edu.co

El surgimiento de este campo, denominado Prevención y manejo de la discapacidad para trabajar, implica el reconocimiento de la necesidad de estudiar los diversos factores de orden social, político, económico, legal, cultural y de salud pública, que se correlacionan al momento de ocurrir algún evento de salud en el trabajo. Al respecto, es posible decir que en Colombia, este campo de estudios aún no ha sido reconocido y mucho menos desarrollado (2), ya que si bien existe un número importante de evidencias respecto a los procedimientos a seguir una vez que sucede el accidente o la enfermedad laboral, el trabajador no siempre sigue una ruta que lo conduzca a poder retornar al trabajo, sino que, por el contrario, entra en diversos recorridos que lo llevan a un lugar sin salida. Algunos de estos recorridos emergen de manera intencional, mientras que otros son resultado de la improvisación, el desconocimiento en los procesos, la falta de comunicación entre los actores involucrados (3) o la existencia de vacíos a nivel normativo (4).

Con este ensayo, entonces, se pretende mostrar por qué es necesario repensar, revisar y estudiar la problemática anteriormente descrita, desde una perspectiva basada en la evidencia que reporta la literatura internacional sobre este tipo de asuntos (5-8). Estos esfuerzos se agrupan a nivel internacional bajo el nombre de Work Prevention Disability, en español Prevención y manejo de la discapacidad para trabajar, el cual se presenta como un campo que debe ser considerado en nuestro país, con el fin de mejorar los resultados en salud pública. Ahora bien, ¿por qué es tan atractivo este campo de estudio y análisis para el contexto colombiano? Entre muchas otras razones, este campo es muy importante porque permite analizar la problemática desde una visión amplia, holística y dinámica, ya que se concibe como una «respuesta social organizada» (9), en la cual la dimensión laboral se observa verdaderamente desde una experiencia de bienestar e impacto positivo sobre la salud del trabajador.

¿Qué está pasando cuando los colombianos se enferman, en relación con la posibilidad que tienen de mantenerse en el trabajo o retornar después de una incapacidad laboral?

Debido a factores como la exposición a riesgos propios de la actividad laboral desempeñada, la edad, el género, el nivel de responsabilidad dentro de la empresa o a otros factores extra laborales, los trabajadores formales pueden presentar diferentes grados de afectación en su estado de salud. Estos abarcan desde dolencias menores, que generan incapacidades laborales cortas, hasta incapacidades

prolongadas de 500 o más días, lo cual conduce a replantearse las estrategias para intervenir esta problemática.

Al indagar por la existencia de estadísticas o estudios en Colombia 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, o que se refieran a las barreras o facilitadores que le permiten a los pacientes recuperar la habilidad para el trabajo, se encuentra que el país carece de este tipo de información (10). Esto evidencia que el Sistema General de Seguridad Social, y en general el país, no está respondiendo de manera adecuada para garantizar el derecho al trabajo de los ciudadanos y una correcta orientación ocupacional posterior a sufrir una contingencia de salud.

Al respecto, cuando se indagó en las entidades gubernamentales o en Fasecolda no se encontró ningún tipo de estadísticas referentes al número de personas con incapacidad laboral prolongada causada por enfermedad o accidente de origen común, que hicieron reclamaciones para obtener una pensión por invalidez y que, finalmente, no cumplieron con los requisitos legales de causación, pero que continúan sin la posibilidad de retornar a su trabajo habitual u a otro con modificaciones. Por ello, se acudió a las estadísticas de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez para el periodo comprendido entre enero de 2012 y agosto de 2014, en las cuales se refleja que, en el país, existe un número importante de personas con discapacidad para trabajar, es decir, que no han podido retornar o mantenerse en su trabajo.

Al analizar los casos remitidos por las administradoras de fondos de pensiones, a fin de calificar la pérdida de capacidad laboral cuando existe incapacidad temporal prolongada y dar cumplimiento al Artículo 142 de la Ley 100 de 1993, modificado por la Ley 19 de 2012¹, se encuentra que solo un 22 % de los trabajadores cumple los criterios técnicos para acceder a una pensión por invalidez. Un 78 %, si bien tiene una condición de discapacidad para trabajar, no accede a ningún tipo de beneficio económico como compensación, ni cuenta con apoyo en materia de reincorporación o retorno al trabajo, ya que este tipo de beneficios no se encuentran contemplados dentro del sistema de pensiones colombiano (11).

Existe un creciente número de personas con discapacidad adquirida cuando se encontraban vinculadas a la fuerza laboral (4). Los diferentes actores involucrados han manifestado insatisfacción debido al deficiente manejo del sistema frente a las necesidades de quienes adquieren la disca-

1. Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación expedido por la entidad promotora de salud, la administradora de fondos de pensiones postergará el trámite de calificación de invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la entidad promotora de salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la administradora de fondos de pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

pacidad para trabajar y al poco acompañamiento que existe, tanto para el trabajador como para el empleador, puesto que, en Colombia, no existe un abordaje desde la salud pública que permita prevenir la discapacidad laboral (2,3,10).

Si bien los trabajadores pueden acceder a obtener servicios médico-asistenciales encaminados a la atención de su enfermedad, no cuentan con la posibilidad de ser orientados y tratados de una manera holística, en la cual intervengan todos y cada uno de los factores (personales, contexto laboral, equipo de salud y marco jurídico - asegurador) que determinan la viabilidad para su regreso y sostenimiento laboral de una manera productiva, después de presentar una contingencia de salud (12). A la fecha, no se conoce una respuesta organizada, estructurada, ni de trabajo colaborativo que permita la interacción adecuada de los distintos actores, encaminada a resolver las necesidades específicas de los trabajadores en el marco de un enfoque de manejo y prevención de la discapacidad para trabajar (13).

Esto obedece, en parte, a que el Sistema General de Seguridad Social en Colombia está estructurado con base en el aseguramiento (14), partiendo de un modelo en el cual la atención se ha dividido de acuerdo con la causa de la enfermedad y se cuenta con un enfoque en el cual prima el modelo médico orientado hacia la curación de la enfermedad (3,15). Bajo el actual esquema, por tanto, es muy poca la atención que se le ha dado a la prevención de la enfermedad, ya que, si bien se han hecho avances en cuanto a la prevención primaria, entendida como los esfuerzos para evitar la aparición de la enfermedad, poco o nada se ha implementado en materia de prevención secundaria. Lo cual implica el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad para impedir el aumento de la morbilidad, y tampoco en materia de prevención terciaria, definida como los esfuerzos, a través de la rehabilitación, para evitar los impactos negativos de la discapacidad (3,16). Estos aspectos, estructuralmente hablando, son elementos fundamentales para el análisis de lo que está sucediendo actualmente en Colombia.

¿De qué hablamos cuando hablamos de discapacidad para trabajar?

Para ampliar la definición y ejemplificar este punto, se presentan los siguientes casos:

Primer caso

Una mujer de 30 años, quien desde los cuatro años sufre de paraplejía secundaria a causa de un tumor medular, requiere uso de silla de ruedas. Culminó sus estudios universitarios hasta el grado de maestría y se encuentra vinculada como consultora en tecnología en una empresa multinacional: «Si bien esa mujer tiene dificultades para desplazarse en

su vecindario y dentro de la Universidad donde dicta clase, no sucede lo mismo en su empresa, puesto que allí hay un diseño universal. En este caso no existiría incapacidad temporal. A pesar de que la paciente presenta una deficiencia (lesión en la médula) que le dificulta la movilización hacia su sitio de trabajo, esta no le impide desempeñarse de manera exitosa. Ahora bien, si se analiza el caso con mayor profundidad, es posible que existan derechos que no se le están respetando a esta mujer –como el de la movilidad–. En cambio, se está tratando su discapacidad de manera genérica, como lo describe la CIF-OMS».

Segundo caso

Un paciente de 30 años, que sufre un accidente de tránsito mientras conduce su moto el fin de semana, sufre una fractura compleja de tibia y peroné. Él se desempeña como oficial de construcción. La entidad promotora de salud a la que está afiliado realiza el manejo del caso y le otorga una incapacidad inicial por 90 días. Posteriormente, evoluciona con dolor crónico y es remitido a manejo del dolor, donde se prorroga la incapacidad por otros 100 días. El médico laboral valora el caso y considera que se debe prorrogar la incapacidad por 30 días más hasta que el paciente sea evaluado por el fondo de pensiones. Por su parte, el médico tratante conceptúa que no es factible que el paciente retorne a su trabajo en construcción y, por ello, lo incapacita de manera indefinida hasta que se defina su situación ante el fondo de pensiones. Finalmente, el paciente es calificado con un 30 % de pérdida de capacidad laboral y completa en total 1 000 días de incapacidad emitida por el médico laboral.

En este caso, se superponen varios conceptos. En primera instancia, se encuentra la incapacidad temporal inicial, denominada por distintos autores como «*short term disability*», «*work incapacity*» o «*sickness absence*», la cual, para el caso que nos ocupa, correspondería a los 90 días iniciales. Al respecto, en Colombia no existe ninguna regulación expresa que especifique por cuántos días se considera una incapacidad como «corta». En segunda instancia, se encuentra la incapacidad prolongada que puede o no conllevar a una pensión por invalidez, en inglés denominada «*permanent work disability*» (*permanent work incapacity*) (17), cuya definición legal puede variar de un país a otro. Para el presente caso, y en el contexto colombiano, se da cuando el trabajador cumple 180 días de incapacidad. Finalmente, en el caso de este paciente, la mayor afectación se da en cuanto a la participación en el ámbito laboral, configurándose una discapacidad para trabajar (no retorna o se mantiene en su trabajo).

Cuando miramos la definición de la Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad de la OMS

(18), se observa que aquí aplica lo que muchos autores han criticado de este modelo: teniendo en cuenta que la discapacidad es un proceso dinámico, no se muestra cuáles interacciones son relevantes para el mantenimiento de la habilidad (enablement) para trabajar, sino que los conceptos se enfocan más en el funcionamiento individual y en el estado patológico del paciente, con todas las consecuencias de funcionamiento y no funcionamiento que esto conlleva, dejando por fuera el rol y la responsabilidad de los actores sociales que están detrás del paciente-cliente y el proveedor, y que desempeñan un papel fundamental al momento de propiciar u obstaculizar la participación del paciente en el ámbito laboral (19)

¿En qué consiste el nuevo paradigma de prevención y manejo de la discapacidad para trabajar?

Para poder responder a esta pregunta, primero es necesario aclarar la definición de discapacidad para trabajar (DT), la cual depende del contexto en el que se esté dando: clínico, asegurador o académico; del propósito para el cual se va a utilizar: compensar, clasificar o cuantificar; del enfoque epistemológico escogido: positivista, constructivista o teoría crítica; y, por último, de la manera en la que conciba el concepto de trabajo: como un derecho, un deber o un privilegio (20). A continuación, se detalla cada uno de estos aspectos. En los campos clínico y asegurador, muy a menudo, prima una visión biomédica, en la cual lo más importante es la lesión del paciente (impairment) y los tiempos de recuperación, con el fin de determinar los aspectos médicos y jurídicos que permitan compensarlo. Sin embargo, en los últimos años, ha existido un creciente interés por hacer un abordaje holístico a partir de un modelo ecológico en el cual, si bien la discapacidad se considera un fenómeno individual que depende de la experiencia personal, se desarrolla en un contexto ambiental y social que no puede ser desconocido (21).

Al respecto existen muchas definiciones, que en su mayoría involucran un modelo relacional en el que existen múltiples dimensiones, las cuales interactúan entre sí e influyen la posibilidad de una persona para trabajar (22). Desde esta perspectiva, la DT se concibe como un proceso dinámico y su definición depende del énfasis que cada investigador otorgue a cada dimensión en cada uno de los niveles: individual (23), organizacional (24) o societario (25).

Sin embargo, para efectos de este artículo, se adopta la siguiente definición de DT, planteada por Loisel y colaboradores: es la «situación cuando un trabajador no permanece o retorna al trabajo, posterior a una lesión o enfermedad. Se presenta cuando un trabajador por razones físicas, psicológicas, sociales, administrativas o culturales

no regresa al trabajo después del accidente o la enfermedad; existen varios determinantes que influyen que el trabajador permanezca fuera o retorne al trabajo» (25).

De acuerdo con esto, las razones que conllevan a que el trabajador no logre mantener su empleo están determinadas no solo por factores individuales, sino también por factores externos. Estos abarcan desde el equipo de salud que brinda la atención al paciente, su familia y sitio de trabajo, hasta las reglas de aseguramiento, las políticas públicas de salud y los modelos económicos de cada país (9,32). Es en este sentido que el campo de la prevención y manejo de la discapacidad para trabajar cobra gran importancia, ya que permitiría dar cuenta de cómo se debe gestionar, manejar y resolver las distintas situaciones relacionadas con algún caso específico, en todos los niveles de la interacción.

Adicionalmente, un gran aporte de este campo lo encontramos a nivel explicativo, ya que permite correlacionar los principales determinantes de la discapacidad para trabajar, a nivel individual y a nivel organizacional:

Nivel individual:

En este nivel se incluyen las condiciones y atributos relacionados con el trabajador, no solo desde el aspecto meramente clínico, como lo es el tipo de enfermedad que padece o su severidad, sino que también se incluyen aspectos como la edad; el sexo; la raza; los factores psicosociales individuales como las actitudes, creencias, expectativas y temores; el nivel educativo; el apoyo financiero dado por el acceso a un salario u otra ayuda económica, entre otros (26).

Nivel organizacional:

En este nivel se abordan los diferentes mesosistemas en los que está involucrado el trabajador, incluyendo los determinantes relacionados con los profesionales de la salud, con el sitio de trabajo y con el sistema asegurador.

a. Determinantes relacionados con el equipo de salud:

- Tradicionalmente, los profesionales de la salud tienen gran experiencia en diagnosticar y tratar las enfermedades, pero carecen de formación respecto a los factores que conllevan a la discapacidad para trabajar y a la forma de evaluar la capacidad laboral de los pacientes (27).
- La literatura indica que los médicos generales, ocupacionales y los médicos de las aseguradoras no siempre trabajan de manera coordinada. Falta cooperación entre estas tres disciplinas a fin de lograr un reintegro efectivo del trabajador en la fuerza laboral (28).
- La incapacidad temporal prolongada está directamente relacionada con un mal pronóstico de retorno al trabajo y es un indicador que predice el mayor riesgo de presentar discapacidad para trabajar (29).

b. Determinantes relacionados con el sitio de trabajo:

En el sitio de trabajo intervienen varios actores: el trabajador, los supervisores, los profesionales encargados de la salud y la seguridad, las directivas y los empresarios. Cada uno de ellos puede tener un interés particular, ya sea la reducción de costos derivados de la discapacidad, la satisfacción y el bienestar de los trabajadores, el mejoramiento de la productividad y las ganancias, etc. Sin embargo, en el proceso de cumplir cada uno su objetivo, pueden convertirse en un facilitador o en una barrera para el reintegro del trabajador (28,29).

c. Determinantes relacionados con el sistema asegurador

Existen múltiples esquemas de compensación y aseguramiento que van desde lo público hasta esquemas mixtos. Al existir normas y cláusulas sobre coberturas y elegibilidad para obtener beneficios, cada día existe más evidencia de que el conflicto entre los pacientes y las aseguradoras de riesgos se convierte en un factor deletéreo que incluso empeora el pronóstico de los pacientes. Las disputas y la dilación en los tratamientos a menudo causan mayor discapacidad y aumento de la tensión y ansiedad en los trabajadores, ya que existe una relación directa entre la experiencia positiva o negativa en el relacionamiento con el asegurador y la percepción de justicia (25).

Nivel societario:

En este nivel se aborda la dimensión política y legal del tema, la cual incluye el andamiaje normativo que posee cada país para garantizar los derechos y beneficios a sus ciudadanos, como los derechos a la salud, el trabajo, la educación, etc.; una dimensión macroeconómica, como los tratados de libre comercio, la globalización, las formas de contratación y las tasas de desempleo; y por último una dimensión sociodemográfica que incluye las políticas para manejo del envejecimiento, el género o la migración y las concepciones religiosas en relación con el trabajo (25).

Como puede observarse hasta aquí, el campo de la prevención y manejo de la discapacidad para trabajar no solo implica aspectos médicos o relacionados únicamente con los subsistemas de seguridad social, sino que demuestra que la discapacidad laboral debe ser estudiada de una forma holística, en la que se analicen todos los factores anteriormente mencionados, ya que estos determinan el éxito o fracaso del proceso. Este tipo de enfoque, sin duda alguna, sería de gran utilidad para tratar de comprender las dinámicas de lo que está aconteciendo en Colombia en cuanto a este tema y, especialmente, para poder realizar contribuciones encaminadas al mejoramiento del Sistema General de Seguridad Social.

¿Por qué es importante para Colombia, el estudio de la prevención y manejo de la discapacidad para trabajar?

En la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) existe un gran interés por revisar la políticas de discapacidad laboral, por lo cual se ha realizado un análisis de dos esquemas de atención a la discapacidad: el primero se basa en un modelo de beneficios netamente compensatorio en el cual se otorgan pagos por incapacidad temporal (*short sickness absence*) o se pagan pensiones temporales o definitivas (*long term disability insurance*); el segundo se relaciona con un enfoque más activo de empleabilidad y medidas de integración, en la cual se privilegia el retorno al trabajo (6,19).

Cada país define cuál de los dos modelos privilegia de acuerdo con sus condiciones sociopolíticas y su modelo económico. Sin embargo, la mayoría de países han tendido a fortalecer el enfoque de inclusión laboral, como un cambio en el modelo médico individual que se enfoca en la atención de deficiencias, evolucionando hacia un modelo social de discapacidad (29). Asimismo, el tiempo y el mecanismo de transición de la incapacidad temporal a beneficios por discapacidad varía de un país a otro (29), por lo que se demuestra que el asunto es intersectorial, ya que diversos factores y la interacción entre estos inciden en los resultados de los procesos.

Actualmente, el Sistema General de Seguridad Social en Colombia contempla como beneficio económico la incapacidad temporal y la pensión por invalidez, y solo para los eventos laborales existe la posibilidad de indemnización económica por incapacidad permanente parcial (14). Así que, nos encontramos ante un esquema en el cual se 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 (29).

Al respecto, se evidencia que en el país existe un número creciente de trabajadores con condiciones crónicas de salud, quienes no solo requieren atención y rehabilitación funcional, sino que necesitan y merecen un acompañamiento y manejo organizado y concertado con los actores involucrados en el sistema, el cual les permita retornar y mantener su trabajo en condiciones dignas, productivas y de bienestar (28). De seguir Colombia en este esquema pasivo en el cual no existen condiciones claras sobre quién, cómo y cuándo se hacen las acciones tendientes a la inclusión laboral, se puede ver avocada a un aumento en el desempleo oculto, ya que, de cara a las estadísticas, este fenómeno no es reportado y conducirá eventualmente a aumentar la pobreza y la inequidad en el país (28).

¿Cómo impacta la prevención de la discapacidad para trabajar los indicadores de salud pública?

Una vez aclarado el concepto de DT, se analizan sus implicaciones para la salud pública. De acuerdo con Moncayo (30), los indicadores de salud y los patrones de morbimortalidad se relacionan con la riqueza de cada país y la consecuente distribución equitativa de los recursos entre los diferentes grupos sociales. En este sentido, la salud pública ha pasado de ser un problema médico a ser un problema de política económica.

Específicamente, en el campo de la DT, existen indicadores que van desde los resultados funcionales hasta la medición de costos directos e indirectos causados por el ausentismo, el presentismo (que consiste en la reducción de la productividad en el trabajo debido a condiciones de salud) y la discapacidad temporal o permanente (30). Entre los costos directos se encuentran los servicios de salud, la tasa de reemplazo por incapacidad temporal y los servicios de rehabilitación, así como una serie de indicadores no financieros, entre los que se destacan el número de trabajadores con discapacidad sobre el número total de trabajadores, y la tasa de empleo y desempleo en trabajadores con discapacidad (28).

Por otro lado, si concebimos la salud pública no solo como un tema económico sino como una respuesta organizada de la sociedad en busca de condiciones que garanticen la salud y el bienestar de todos, tal como lo define Gómez (31), la prevención de la discapacidad para trabajar adquiere una relevancia aun mayor, puesto que sus efectos son a largo plazo y no solo comprometen el ámbito laboral, ya que la disminución de la productividad y la pérdida del trabajo causan restricciones en la participación de los individuos en distintos roles sociales, incluyendo el parental, el religioso, el comunitario y el de vida en pareja (22). Ahora bien, es claro que todos estos aspectos pueden comprometer seriamente el desarrollo socioeconómico de una sociedad (32,33) ♦

REFERENCIAS

1. Kessel F, Rosenfield PL. Toward transdisciplinary research: historical and contemporary perspectives. *Am J Prev Med* [Internet]. 2008 [acceso: 15 de junio de 2016] 35(2 Suppl):S2.25-34. Disponible en: <https://goo.gl/d9x4pp>.
2. Boada J. del R, Moreno-Angarita M. (2013) Las ARP y el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales: Una aproximación reflexiva. Facultad de Medicina, Maestría en Discapacidad e Inclusión Social. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuentros académicos hacia la construcción de lineamientos de rehabilitación funcional en el marco de la rehabilitación integral en Colombia. Documento de Recopilación y Recomendaciones. Bogotá; 2013.
4. Acero C. Aportes jurídicos para las distinciones de las discapacidades y su efecto en la estabilidad laboral reforzada [tesis de maestría]. Bogotá: Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia; 2013. Disponible en: <https://goo.gl/d6fFJ7>.
5. Brouwers EPM, Tiemens BG, Terluin B, Verhaak PFM. Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28(3): 223–9.
6. OECD. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Canada: Opportunities for Collaboration [Internet]. Norvege: OECD Publishing; 2006. Disponible en: <https://goo.gl/7RqB9a>.
7. van Muijen P, Duijts SF, van der Beek AJ, Anema JR. Prognostic factors of work disability in sick-listed cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2013; 7(4): 582–91.
8. OECD. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Finding across OECD Countries. [Internet]. Norvege: OECD Publishing; 2010. Disponible en: <https://goo.gl/fd55bf>.
9. OECD. Key Trends and Outcomes in Sickness and Disability. En: OECD. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Finding across OECD Countries. Norvege: OECD Publishing; 2010. p. 49–76.
10. Doctorado Interfacultades en Salud Pública. Debate “Hacia una inclusión laboral de las personas con discapacidad”. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
11. Dacosta Herrera A. Constitucionalización del derecho del trabajo: de la protección de los trabajadores discapacitados al fuero de incapacitados. En: Temis PUJ, editor. Realidades y tendencias del derecho en el siglo XXI, Tomo II. Bogotá; 2010.
12. Gutiérrez Strauss AM. Rehabilitación integral y reincorporación: su incidencia en el ausentismo laboral. *Rev Soc Colomb Med del Trab*. 2008; 12(1): 8.
13. Costa-Black KM, Cheng ASK, Li M, Loisel P. The practical application of theory and research for preventing work disability: a new paradigm for occupational rehabilitation services in China? *J Occup Rehabil* [Internet]. 2011 [acceso: 15 de junio de 2016] 21(1). Disponible en: <https://goo.gl/SuK2k1>.
14. Arenas Monsalve G. El derecho colombiano de la seguridad social. Bogotá: Legis; 2011.
15. Loisel P. Developing a new paradigm: Work disability prevention. *ICOH Spec Issue*. 2009; 1–5.
16. Riveros E, Amado LN. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Rev Gerenc Polit Salud*. 2012; 11(23):111–20.
17. Gómez RD, Rolando E. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. *Rev. Fac Nac Salud Pública*. 2004; 22(1): 87–106.
18. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Madrid: OMS; 2001.
19. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil*. 2007; 17(2): 327–52.
20. Lederer V, Loisel P, Rivard M, Champagne F. Exploring the diversity of conceptualizations of work (dis)ability: a scoping review of published definitions. *J Occup Rehabil*. 2014; 24(2): 242–67.
21. Partridge AJ, Karlson EW, Daltroy LH, Lew RA, Wright EA, Fossil AH, et al. Risk factors for early work disability in systemic lupus erythematosus: results from a multicenter study. *Arthritis Rheum*. 1997; 40(12): 2199–206.
22. Seing I, Ståhl C, Nordenfelt L, Bülow P, Ekberg K. Policy and practice of work ability: a negotiation of responsibility in organizing return to work. *J Occup Rehabil*. 2012; 22(4): 553–64.

23. Crimmins EM, Hayward MD. Workplace characteristics and work disability onset for men and women. *Soz Preaventivmed.* 2004; 49(2):122-31.
24. Dellve L, Karlberg C, Allebeck P, Herloff B, Hagberg M. Macro- organizational factors, the incidence of work disability, and work ability among the total workforce of home care workers in Sweden. *Scand J Public Health.* 2006; 34(1): 17–25.
25. Tengland P-A. The concept of work ability. *J Occup Rehabil.* 2011; 21(2): 275–85.
26. Lindberg P. The work ability continuum. *Epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability.* Estocolmo: Karolinska University Press; 2006. Disponible en: <https://goo.gl/ZcHwtk>.
27. Franche RL, Krause N. Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors. *J Occup Rehabil.* 2002; 12(4): 233–56.
28. Brouwer S, Reneman MF, Bültmann U, van der Klink JLL, Groothoff JW. A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *J Occup Rehabil.* 2010; 20(1): 104–12.
29. OECD. *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers.* Canada: Opportunities for Collaboration [Internet]. Norvege: OECD Publishing; 2010.
30. Moncayo A. Nuevas dimensiones de la salud pública. En: Moncayo A, Malagón Londoño G, editores. *Salud Pública: perspectivas.* Segunda Ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 26–44.
31. Gomez RD. La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* 2002; 20(1): 101–16. Disponible en: <https://goo.gl/Et3PX1>.
32. Moreno, M. (2013). Valoración ocupacional de las personas con discapacidad desde el enfoque de las capacidades humanas. *Rev. Salud Pública (Bogotá).* Vol 15 (3).
33. Cardenas Jimenez, Moreno y Álvarez. Estado de los procesos de valoración ocupacional. *Rev. Salud Pública (Bogotá).* 15 (4) 614–624.