

Efectividad de los enfoques de rehabilitación según pérdida de capacidad laboral en Santiago de Cali, Colombia

Effectiveness of rehabilitation approaches according to loss of earning capacity in Santiago de Cali, Colombia

Gely Audrey Cantor-Barona ^{1,a*}, Gustavo Bergonzoli ^{1,b*}

Filiación y grado académico

¹ Universidad del Valle, Cali, Colombia.

^a Mg. en Salud Ocupacional.

^b Mg. en Salud Pública.

 **ORCID iD de Gely Cantor-Barona**

<http://orcid.org/0000-0002-4688-4732>

 **ORCID iD de Gustavo Bergonzoli**

<https://orcid.org/0000-0001-9608-5587>

Fuentes de financiamiento

Ninguna.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido: 03-03-2020

Arbitrado por pares

Aceptado: 03-05-2020

Citar como

Cantor-Barona GA, Bergonzoli G. Efectividad de los enfoques de rehabilitación según pérdida de capacidad laboral en Santiago de Cali, Colombia. *Rev Peru Cienc Salud.* 2020;2(2): 70-4. doi: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2020.2.2.122>

Correspondencia

Gely Cantor-Barona

Telf.: 57 3175726517

Email: cantorgely@outlook.com

Gustavo Bergonzoli

Telf.: 57 3108339568

Email: gus.bergonzoli@gmail.com

RESUMEN

Objetivo. Determinar el enfoque de rehabilitación más efectivo para la reincorporación laboral según el porcentaje de pérdida de capacidad laboral. Para esto utilizó una fuente de información secundaria (base de datos de la compañía de seguros Positiva) y se aplicaron análisis univariados, bivariados y Kaplan-Meier, a los 75 registros que cumplían con los criterios de inclusión. **Resultados.** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo transcurrido entre “la ocurrencia del evento e inicio de la rehabilitación”; ni en entre “el inicio de la rehabilitación y egreso de la rehabilitación”; ni entre “el egreso de la rehabilitación y alta para la reincorporación laboral” en los enfoques físico, ocupacional e integral. **Conclusión.** Los hallazgos sugieren eliminar los retrasos administrativos y legislar que el trabajo de los rehabilitadores se ejecute de manera conjunta con los encargados de intervenir o adaptar el puesto de trabajo.

Palabras clave: *retorno laboral, pérdida de capacidad laboral, salud ocupacional, análisis de supervivencia (Fuente: DeCS - BIREME).*

ABSTRACT

Objective. To determine the most effective rehabilitation approach for returning to work according to the percentage of loss of earning capacity. **Methods.** It used a secondary information source (insurance company database named Positiva) and univariate, bivariate and Kaplan-Meier analyzes were applied to the 75 records that met the inclusion criteria. **Results.** They showed that there are no statistically significant differences between the time elapsed between “the occurrence of the event and the start of rehabilitation”; nor in between “the beginning of rehabilitation and the end of rehabilitation”; nor between “the end of rehabilitation and the discharge for return to work” in the physical, occupational and comprehensive approaches. **Conclusion.** This research suggests eliminating administrative delays and to legislate that the work of rehabilitators be carried out jointly with those in charge of intervening or adapting a job position.

Keywords: *patient ischarge, return to work, records, physical examination medicine, names (Source: MeSH-NLM).*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación aborda el tema de la reincorporación laboral en la ciudad de Santiago de Cali, definida por el Ministerio de Protección Social como el retorno del trabajador a sus roles ocupacionales en iguales condiciones de desempeño. Normas como la Ley 776/2002, Ley 1346 / 2009 y Ley 1618 / 2013, promueven la inclusión de los trabajadores que han presentado alguna pérdida de su capacidad laboral a través de diferentes tipos de reincorporación; como el reintegro laboral sin modificaciones, el reintegro laboral con modificaciones, la reubicación laboral temporal, la reubicación laboral permanente y la reconversión de mano de obra. La reincorporación laboral cuenta con un proceso previo llamado rehabilitación, la cual ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como el conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación que tienen por objetivo recuperar funciones en el trabajador para que continúe desempeñándose laboralmente.

En la ciudad de Santiago de Cali, la mayoría de los programas de rehabilitación se enmarcan en los enfoques físico, ocupacional e integral. El enfoque físico busca recuperar la función perdida utilizando como base la biomecánica, fisiología, antropometría y neuropsicología. El enfoque ocupacional, por su parte, favorece la ubicación de la persona en una actividad productiva acorde a sus intereses, expectativas y capacidades. Finalmente, el enfoque integral incluye la rehabilitación funcional, social y profesional. El objetivo de esta investigación fue determinar cuál era el enfoque de rehabilitación más efectivo para la reincorporación laboral según el porcentaje de pérdida de capacidad laboral en la ciudad de Santiago de Cali, en el periodo 2015.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de supervivencia (actuarial) con fuente de información secundaria, que utilizó el tiempo transcurrido hasta la ocurrencia de un evento como variable dependiente. La investigación se realizó en la ciudad de Santiago de Cali, utilizando la base de datos de la Compañía de Seguros Positiva con información de las personas calificadas con incapacidad permanente parcial de origen laboral en el periodo de 2015. La población universo correspondió a las personas calificadas con incapacidad permanente parcial de origen laboral que participaron de un proceso de rehabilitación, en el periodo de 2015, en la ciudad de Cali.

Los criterios a considerar para la inclusión de participantes en el estudio fueron: trabajadores

activos, entre 18 y 60 años de edad, calificados con incapacidad permanente parcial de origen laboral que hayan participado de un proceso de rehabilitación. Trabajadores calificados con incapacidad permanente parcial de origen laboral que se hayan reincorporado laboralmente en el periodo de 2015. Por otro lado, los criterios de exclusión que se consideraron fueron: personas en edad no productiva, calificadas con incapacidad permanente parcial de origen común; personas calificadas con incapacidad permanente parcial de origen laboral que no hayan participado en un proceso de rehabilitación. Una vez aplicada la fórmula para la estimación del tamaño de la muestra, se encontró que se requerían 73 trabajadores con incapacidad permanente parcial, cifra que se aproximó a 80 para aumentar el poder de la muestra. Los criterios utilizados para la estimación del tamaño de la muestra fueron: prevalencia del 5 %, nivel de confianza del 95 % ($Z = 1,96$), error permisible del 5 % y un N de 12 659 trabajadores diagnosticados con incapacidad permanente parcial en el año 2012.

El análisis de los datos se realizó mediante el análisis univariado (examinar la distribución de la frecuencia de las variables y detectar valores atípicos o extremos). Además se realizó análisis de cada una de las variables. Así, mientras que para las cualitativas se estimaron proporciones con su respectivo IC al 95 %, en el caso de las variables cuantitativas se hizo uso de las medidas de tendencia central y dispersión según correspondía. Durante el análisis bivariado, mediante el empleo del análisis de varianza (ANOVA) para las variables medidas en escala de razón en los tres enfoques, se relacionó cada una de las variables independientes con la variable dependiente, para lo cual se usó la prueba estadística que más se adecuara a la escala de medición utilizada en cada variable, considerando además la cantidad de registros (porcentaje de respuestas válidas). Finalmente se efectuó un análisis de sobrevivencia, el estimador de Kaplan-Meier y el modelo proporcional de Cox, para identificar los factores predictivos, evaluando el supuesto básico de este modelo que consiste en la presencia de proporcionalidad en el riesgo a lo largo de la experiencia o estudio.

RESULTADOS

De los 15 652 trabajadores adscritos a la compañía de seguros Positiva de la ciudad de Cali que registraban incapacidad permanente parcial en el periodo entre 2013 y 2015, se extrajo una muestra de 80 trabajadores que cumplían con los criterios de inclusión y en cinco casos no fue posible realizar el análisis debido a que sus registros no estaban completamente diligenciados. El

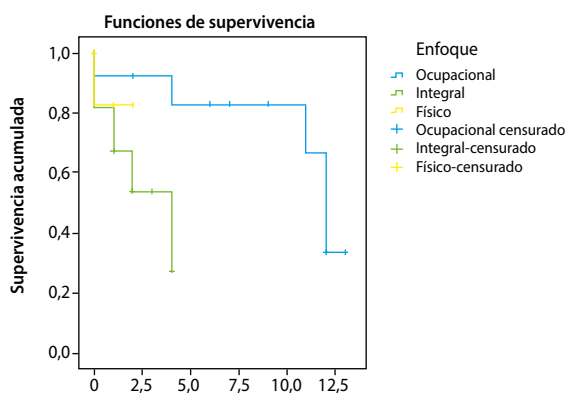


Figura 1. Tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y el inicio de la rehabilitación. Cali, Colombia 2014-2015

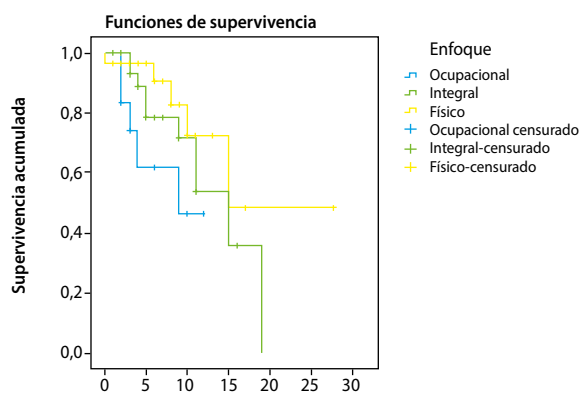


Figura 2. Tiempo transcurrido entre el inicio de la rehabilitación y el cierre de la rehabilitación. Cali, Colombia 2014-2015

presente estudio se realizó con 75 trabajadores calificados con incapacidad permanente parcial leve (55 casos), moderada (13 casos) y severa (7 casos); asimismo se utilizaron 20 variables que brindan información socio-laboral (5), del proceso de rehabilitación (9) y de la ocurrencia del evento (6).

La hipótesis nula planteada en esta investigación es que de acuerdo al porcentaje de pérdida de capacidad laboral y el enfoque de rehabilitación aplicado los tiempos requeridos para la reincorporación laboral serían sensiblemente iguales. Después de ajustar los casos según el porcentaje de pérdida de capacidad laboral y el enfoque de rehabilitación (ocupacional, integral y físico), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre “ocurrencia evento” e “ingreso a la rehabilitación” (ver figura 1), “ingreso a la rehabilitación” y “cierre de la rehabilitación” (ver figura 2) y “Cierre de la rehabilitación” y “reincorporación laboral” (ver figura 3).

Los resultados obtenidos indican que el tiempo entre la ocurrencia del evento y la reincorporación laboral no varía entre los enfoques de rehabilitación ocupacional, integral y físico. El tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y el inicio de la rehabilitación (Retardo #1) fue

respectivamente de 10,5 semanas (enfoque ocupacional), 2,5 semanas (enfoque integral) y 16 semanas (enfoque físico) con un $p = 0,087$. Por su parte, entre el inicio y el cierre de la rehabilitación (Retardo #2) transcurrieron 8,0 semanas (enfoque ocupacional), 12,9 semanas (enfoque integral) y 19,1 semanas (enfoque físico), con un $p = 0,096$. El tiempo necesario para la reincorporación laboral (Retardo #3) no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los enfoques de rehabilitación, $p = 0,183$.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que el tiempo entre la ocurrencia del evento y la reincorporación laboral no varía entre los enfoques de rehabilitación ocupacional, integral y físico. El tiempo transcurrido entre la ocurrencia del evento y el inicio de la rehabilitación (Retardo #1) fue respectivamente de 10,5 semanas (enfoque ocupacional), 2,5 semanas (enfoque integral) y 16 semanas (enfoque físico), con un $p = 0,087$. A su vez, entre el inicio y el cierre de la rehabilitación (Retardo #2) transcurrieron 8,0 semanas (enfoque ocupacional), 12,9 semanas (enfoque integral) y 19,1 semanas (enfoque físico), con un $p = 0,096$. El tiempo necesario para la reincorporación laboral (Retardo #3) no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los enfoques de rehabilitación, con un $p = 0,183$.

Los resultados de la caracterización sociodemográfica guardan relación con lo que sostienen Fernández, Tapia, Meneses, Miranda y López ⁽¹⁾, quienes señalan que el 44 % de los diagnósticos corresponden a desórdenes musculoesqueléticos en trabajadores de sexo masculino ⁽²⁾. Los participantes en dicho estudio tenían una edad promedio de 43 años, el 44 % no especificó el nivel de escolaridad, seguido por un 17 % que se graduó de secundaria. El diagnóstico principal fue esguince (44 %), seguido por los desórdenes articulares (28 %). Estos autores expresan que el tiempo transcurrido entre la

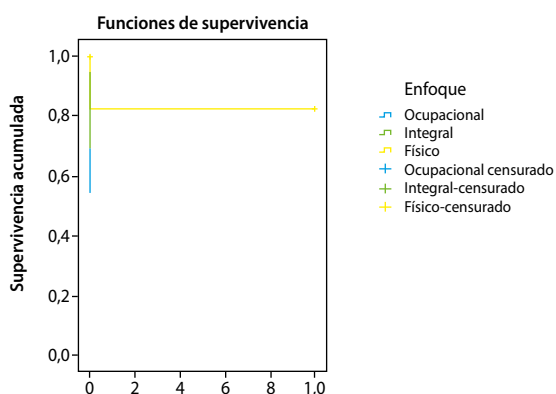


Figura 3. Tiempo transcurrido entre el cierre de la rehabilitación y la reincorporación laboral. Cali, Colombia 2014-2015

ocurrencia del accidente y el ingreso al programa de rehabilitación fue 29 días mayor al especificado en la legislación. Este incumplimiento a la normatividad se evidencia en el presente estudio donde se concluye que, para iniciar el proceso de rehabilitación por el enfoque ocupacional, integral o físico, se requiere como mínimo de 5 semanas.

Fernández *et al.*⁽¹⁾, mencionan que el 82,7 % de los participantes presentó un grado de discapacidad medio. El 53 % de los participantes realizaba actividades no Calificadas y el 43,9 % trabajaba en el sector industria al momento del accidente. La presente investigación mostró que entre las actividades económicas que más accidentes de trabajo reportaron están la manufactura (24 %), la fabricación (23 %) y las comunicaciones (23 %); siendo el trabajo no cualificado la ocupación con mayor cantidad de casos (43 %). Los mismos autores destacaron que el 59,5 % de los casos cuentan con una calificación previa de pérdida de capacidad laboral, situándose en las categorías calificadas y altamente calificadas. Este estudio no abordó este aspecto y la información que se conoció respecto a la categoría de la pérdida de capacidad laboral es exclusiva del episodio evaluado. Para esta investigación, la pérdida de capacidad laboral permanente parcial fue subdividida en tres grupos: 74 % de casos leves, 17 % medios y 9 % severos.

En la categoría clínica se ha encontrado que “son muchos los factores que influyen en el proceso de integración de las personas con discapacidad a la sociedad, pero tal vez uno de los más significativos son las barreras que estas personas encuentran diariamente... las barreras actitudinales”⁽³⁾. Los procesos de rehabilitación se orientan, según los diagnósticos clínicos, para esguince/deformación y trastorno de la articulación, utilizándose el enfoque de rehabilitación basada en el lugar de trabajo; mientras que las fracturas y la sintomatología en cuello y espalda reciben manejo para el dolor complejo y las laceraciones, contusiones y daños en el nervio son tratadas mediante rehabilitación funcional⁽⁴⁾.

Al comparar el resultado obtenido con lo descrito en el Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y la Reincorporación Ocupacional (2010) se observa una inobservancia, ya que en el documento se sugiere que el inicio de la rehabilitación sea en un tiempo no mayor a 15 días después de la contingencia. Pero, en lo que no concuerda el estudio de los autores referidos con el presente, es que el 29 % de los participantes en el estudio tiene una pérdida de la capacidad laboral debido a una comorbilidad, el 6 % no requirió intervención y el 19 % accedió a tratamientos alternativos con quiroprácticos.

Los resultados sociodemográficos de esta investigación reflejan lo consignado en la Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo (2013) ya que los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia son movimientos repetitivos, posturas mantenidas, posturas forzadas y manipulación o levantamiento de pesos⁽⁵⁾. De acuerdo al Informe General se reportaron 12 759 casos de incapacidad permanente parcial; esto indica que las campañas de salud y seguridad en el trabajo han incrementado sustancialmente la cultura de reportar los accidentes acontecidos en cada una de las empresas, lo que posteriormente se refleja en las estadísticas nacionales. Las actividades económicas con nivel de riesgo I (47,1 %) son las mayormente afiliadas al Sistema General de Riesgos Laborales, mientras que las catalogadas con nivel de riesgo V (5,0 %) son las que menos afiliación tienen.

Respecto a la estimación del tiempo transcurrido desde la ocurrencia del evento hasta la reincorporación laboral, según los enfoques de rehabilitación ocupacional, integral y físico, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los resultados de la prueba de significancia para cada uno de los tiempos medidos fueron 0,087 (T1); 0,096 (Tiempo 2) y 0,183 (T3). El tiempo transcurrido entre el inicio de la rehabilitación y el cierre de la misma es igual en los enfoques ocupacional, integral y físico. Durante este periodo, de acuerdo al Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y la Reincorporación Ocupacional (2010), se realizan las actividades de diagnóstico, pronóstico funcional y ocupacional, propuesta de rehabilitación, intervención por alguno de los enfoques y evaluación final. Este estudio arrojó, en este sentido, que cursar estas actividades se tarda entre 10 y 21 semanas.

Las guías de atención integral basadas en la evidencia⁽⁶⁾ definen el tiempo necesario para la rehabilitación de diferentes lesiones; de tal modo que, dejando como precedente que el tiempo de respuesta varía de acuerdo a factores personales y contextuales, el tiempo promedio para cursar este proceso es de ocho semanas. La estimación del tiempo transcurrido entre el cierre de la rehabilitación y la reincorporación laboral no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los enfoques evaluados; la prueba de significancia fue Log Rank = 3,4, gl = 2, pvalue = 0,18. Este resultado es compatible con la labor que se ha desarrollado desde el 2013 en el marco del Plan Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (2013-2017). El objetivo 3,2 de este documento se propone estructurar el sistema rehabilitación integral, readaptación y reincorporación laboral y ocupacional; por lo cual se actualizaron manuales y herramientas, implementaron acciones de difusión y

capacitación, se reglamentaron las acciones planteadas en el Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional, se definieron mecanismos de seguimiento para todos los actores (aseguradoras de riesgos laborales, entidades prestadoras de servicios de salud, empleadores y trabajadores) y se estableció una ruta de seguimiento para los casos reconocidos con origen laboral.

Durante el periodo 2014-2015, el municipio de Santiago de Cali mostró un comportamiento a favor de los lineamientos de acción para prevenir la discapacidad de origen laboral, brindar atención en la rehabilitación y generar condiciones para la reincorporación ocupacional de acuerdo a lo establecido por la Organización Internacional del Trabajo en el Convenio 159 de 1983⁽⁷⁾ sobre la readaptación profesional y el empleo de personas invalidas". Así mismo cumple con los artículos 13, 25, 47, 48, 52, 54, 67, 68 y 70 de la Constitución Política de Colombia (1991) que propenden a la plena integración social y laboral de las personas con discapacidad⁽⁸⁾.

Al no encontrarse una diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo requerido para la reincorporación laboral, según el enfoque de rehabilitación, no se determinaron factores predictores asociados a la efectividad de este proceso. Sin embargo, autores como Céspedes, sugieren que los programas de rehabilitación cuenten con personal profesional, disponibilidad de los recursos, formación continua del personal y promoción de la integración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández S, Tapia L, Meneses MI, Miranda O, López M. Evaluación del proceso de reintegro socio-laboral en personas que han sufrido accidentes del trabajo que fueron atendidas en terapia ocupacional del Hospital del Trabajador Santiago. *Cienc. Trab [Internet]* 2009 Sep; 11(33): 123-129 [consultado 2015 Jun 12] Disponible en <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-538031?lang=es>
2. Gross DP, Zhang J, Steenstra I, Barnsley S, Haws C, Amell T, et al. Development of a computer-based clinical decision support tool for selecting appropriate rehabilitation interventions for injured workers. *J Occup Rehabil [Internet]* 2013; 23(4): 597-609 [consultado 2015 Jun 12] Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23468410>
3. Céspedes GM. La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan [Internet]* 2005; 5(1): 108-113 [consultado 2014 Ago 15] Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/64/133>
4. Colombia. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. Dirección de Censos y Demografía. Información estadística de la discapacidad (Jul. 2004) [Internet] [consultado 01 de mar] Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/inform_estad.pdf
5. Ministerio de la Protección Social. Primera Encuesta Nacional de Condiciones de Salud y Trabajo en el Sistema General de Riesgos Profesionales (I ENCST). Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
6. Ministerio de la Protección Social. Guía de atención integral basada en la evidencia para desórdenes musculoesqueléticos (DME) relacionados con movimientos repetitivos de miembros superiores (síndrome de túnel carpiano, epicondilitis y enfermedad de de quervain) (GATI- DME). Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2006.
7. Organización Internacional del Trabajo. Conferencia General. Convenio 159 de 1983. Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (Jun. 20 1983) [Internet] [consultado 01 e marzo] Disponible en: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C159
8. Colombia. Congreso de Colombia. Consejo Superior de la Judicatura. Constitución Política de 1991. Gaceta Constitucional, 116 (Jul. 20 1991).