

Características de los trabajadores con orden de reintegro al trabajo

Ana Carolina Benítez Arboleda

Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Ocupacional
Santiago de Cali
2019

Características de los trabajadores con orden de reintegro reintegro al trabajo

Ana Carolina Benítez Arboleda

Trabajo para optar por el título de Maestría en Salud Ocupacional

Asesor
Jorge Irne Lozada Montenegro. MD.
Magister en Salud Ocupacional.

Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Maestría en Salud Ocupacional
Santiago de Cali
2019

CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	.
LISTA DE FIGURAS	.
RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN:	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
3. ESTADO DEL ARTE	2
4. MARCO TEÓRICO	5
5. ASPECTOS LEGALES	9
6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	11
7. JUSTIFICACIÓN	11
8. OBJETIVO	12
8.1. Objetivo General	12
8.2. Objetivos Específicos:	12
9. METODOLOGÍA	12
10. VARIABLES	13
Tabla 1 Lista de Variables	13
11. PLAN DE ANÁLISIS	14
12. RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN	14
13. RESULTADOS	15
13.1. ANÁLISIS UNIVARIADO DE LAS VARIABLES	15
VARIABLES CUANTITATIVAS	15
Figura 1. Histograma de la Edad	16
Figura 2 Histograma días incapacidad previos al reintegro	16
VARIABLES CUALITATIVAS	17
Tabla 3 Tabla de frecuencias de características de los trabajadores	17
Tabla 4 Frecuencias de agrupaciones de edad, estado civil y tipo de diagnóstico.	19
Tabla 5 Variable respuesta	20
13.2. ANÁLISIS BIVARIADO	20
Tabla 6 Contingencia de características personales.	20
14. DISCUSIÓN	21
Análisis univariado:	21

Análisis bivariado	22
15. CONCLUSIONES	23
16. RECOMENDACIONES	23
17. DEBILIDAD DEL ESTUDIO	23
18. BIBLIOGRAFÍA	24

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 LISTA DE VARIABLES	13
TABLA 2 ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE VARIABLES CUANTITATIVAS	15
TABLA 3 TABLA DE FRECUENCIAS DE CARACTERÍSTICAS DE LOS TRABAJADORES.....	17
TABLA 4 FRECUENCIAS DE AGRUPACIONES DE EDAD, ESTADO CIVIL Y TIPO DE DIAGNÓSTICO.	19
TABLA 5 VARIABLE RESPUESTA.....	20
TABLA 6 CONTINGENCIA DE CARACTERÍSTICAS PERSONALES.....	20

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	13
FIGURA 2	14

RESUMEN

Se realiza descripción de las características de una población de 240 trabajadores afiliados a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud, del régimen contributivo en Cali-Colombia, durante los años 2016 a 2017, con orden de reintegro y luego definir si existen diferencias con respecto al éxito o no del reintegro.

Metodología: Se hace análisis de base de datos de seguimiento de Entidad Administradora de Plan de Beneficios a los trabajadores cotizantes, a quienes se les realizó seguimiento por incapacidad prolongada.

Resultados: Se encuentra que, de la población estudiada, correspondiente a 240 trabajadores cotizantes, 33,8 % eran mujeres y 66,3 % hombres; 76,9% correspondía a cotizantes dependientes y 20,4 % independientes; el 62,9 % de las personas devengaban un salario mínimo y el 37,1 % más de un salario mínimo. El 68,8% de los diagnósticos motivo de incapacidad correspondía a eventos traumáticos y patologías osteomusculares. Se encontró que a menor edad mayor probabilidad de reintegros exitosos, no hay diferencias significativas con respecto al género, a nivel salarial ganar un salario mínimo se asocia con un reintegro exitoso al trabajo, además entre menos días de incapacidad previos a la orden de reintegro existe mayor posibilidad de retornar con éxito al trabajo.

1. INTRODUCCIÓN:

El objetivo principal posterior a un evento de salud, sea accidental o por enfermedad, que obliga a una persona a estar incapacitada, es retornar a las actividades de la vida diaria, incluyendo a su entorno laboral, para continuar con la rehabilitación e integración a la labor habitual. Al definirse la finalización del tiempo de reposo, dentro de las actividades programadas por las empresas para el reintegro al trabajo se busca que la persona tenga un desempeño eficiente y pueda realizar su labor con confort, sin exponerse ni exponer su entorno a riesgos asociados a la condición clínica posterior a la rehabilitación, es decir, teniendo en cuenta la capacidad laboral residual.

No hay estudios a nivel nacional que describan las características de la población incapacitada por eventos de origen general y tampoco sobre el comportamiento de esta una vez se define por los profesionales tratantes que debe retornar a el entorno laboral.

Son muchos los implicados dentro del proceso de reintegro al trabajo, y deben actuar de forma articulada buscando la rehabilitación del trabajador, para todos es importante conocer si es posible definir acciones adicionales en el seguimiento para identificar factores pronósticos en cada caso particular y en actuar sobre aquellos modificables en caso de existir. Como un primer acercamiento al estudio de este fenómeno, en el presente estudio se describen las características de los trabajadores que presentaron incapacidad de más de 30 días, afiliados a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud durante los años 2016 al 2017 y explorar si algunas de ellas se asocian a un reintegro exitoso.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La incapacidad temporal se genera ante la imposibilidad del trabajador de realizar su trabajo habitual debido a una enfermedad o lesión. En España se han realizado descripciones donde se evidencia un predominio de incapacidades por enfermedades o accidentes de origen común (1). En Colombia la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, realizada por el Ministerio de trabajo en el 2013, reportó que un 84,9% de las causas de incapacidad correspondían a enfermedades o accidentes de origen común, mientras que el 1,4% a enfermedades o accidentes laborales (2).

La mayoría de trabajadores posterior a una incapacidad temporal, independiente del origen, van a retornar al trabajo; en algunos casos esto no ocurre por diferentes situaciones, como son la terminación del contrato laboral, que la persona se encuentre en estado de invalidez, se pensione, emigre o fallezca.

Los trabajadores, que por diferentes causas, requieren continuar incapacitados por periodos prolongados, disminuyen la probabilidad de retorno al trabajo, aumenta la exclusión del mercado laboral y la mortalidad. Se han descrito factores pronósticos que influyen en la prolongación de la incapacidad o en el retorno al trabajo, los cuales pueden ser del individuo, socioeconómicos y laborales (3).

Es obligación de las empresas en Colombia, una vez el trabajador ha terminado los tratamientos médicos y logrado la rehabilitación funcional, reintegrarle al trabajo, ubicándolo en el mismo puesto que ocupaba antes de la incapacidad o en uno acorde con su estado de salud. Los empresarios manifiestan dificultades en este proceso (4), al igual que los trabajadores expresan no sentir acompañamiento por la empresa en el proceso de reintegro (5).

A pesar las dificultades manifestadas por los actores del proceso, en Colombia se ha estudiado poco este fenómeno, no hay información estadística sobre la población incapacitada prolongadamente ni de lo que sucede en lo que respecta al reintegro de esta población. Debido probablemente a que no se ha dimensionado la importancia de la articulación de los involucrados y los costos sociales y económicos que se evitarían si se identificaran e intervinieran factores modificables, o si existiera mayor comunicación entre los interesados para articular el proceso.

3. ESTADO DEL ARTE

Se relacionan de forma cronológica los siguientes estudios sobre reintegro al trabajo en trabajadores incapacitados prolongadamente.

Royo-Bordonada, M.A. (1999) (1) Realiza una descripción de las características sociodemográficas de 600 trabajadores incapacitados durante 1995 en la población del Área de Inspección de Alcalá de Henares, identificó el régimen de la Seguridad Social, diagnóstico que justificó la incapacidad y el modelo de atención primaria; encontrando que los factores que más influyen en la duración de la incapacidad son la edad y el régimen de seguridad social. Concluyen que al mejorar el acceso al sistema de salud se podría favorecer el retorno al trabajo.

F.J. González-Barcalaa, C. Cadarso-Suárezb, L. Valdés-Cuadradoa, M.E. Lado-Lemac, R. Bugarín-Gonzálezd, C. Vilariño-Pomboe y X. Hervada-Vidalc (2006) (6) Describen de forma retrospectiva 1.513 episodios de incapacidad temporal durante un período de 3 años. Encuentran que los diagnósticos más frecuentes por los cuales se generó la incapacidad fueron los del sistema osteoarticular, las lesiones y envenenamientos y las enfermedades respiratorias. Además, que se reduce la probabilidad de volver al trabajo con el incremento de la edad, de acuerdo al régimen de seguridad social y en los diagnósticos de enfermedades mentales y del aparato circulatorio.

St-Arnaud L, Bourbonnais R, Saint-Jean M, y Rheume J, (2007) (7) Hacen la descripción de un grupo de empleados en el sector público en Quebec, que estuvieron incapacitados por más de tres semanas debido a problemas de salud mental (N = 3828) a quienes se siguió hasta el retorno a sus trabajos. Encuentran que se reintegraron en mayor porcentajes las mujeres y quienes vivían con su cónyuge o tenían hijos, describen también asociación con la edad encontrando que a mayor edad menos probabilidad de retornar. En cuanto a la causa de la ausencia del trabajo encontraron diferencias significativas entre quienes se incapacitaron por causas personales con quienes se ausentaron del trabajo por factores relacionados con el trabajo como sobrecarga de trabajo, no reconocimiento de esfuerzos, conflictos con supervisores y evaluación negativos en el trabajo. También observaron menor probabilidad de retornar al trabajo si existían episodios previos de incapacidad y con incapacidades prolongadas.

Maite Sampere Valero (2011) (3) tesis doctoral en la que se realiza seguimiento prospectivo de una cohorte de 788 trabajadores de una Mutua en España, en las provincias de Barcelona y Madrid, de 22.626 empresas distintas afiliadas a la mutua, quienes presentaron incapacidad temporal de contingencia común, de más de 15 días de duración buscando cuáles factores del entorno laboral intervienen en la duración de la incapacidad, consideran que las empresas juegan un papel facilitador en el retorno al trabajo y que la percepción positiva del trabajador sobre el episodio de incapacidad y sus expectativas de retornar al trabajo se asocian a una menor duración de la misma.

Patricia Arias Moreno, Reynaldo Carvajal y Ángela M Cruz (2012) (8), en un estudio descriptivo, retrospectivo con trabajadores del sector agroindustrial del Valle del Cauca para evaluar el ausentismo en trabajadores con reintegro laboral, entre enero del 2010 a diciembre del 2011, encontró que la edad de la población se encontraba entre 18 y 61 años, con una media de 44,7 años, la mayoría de los trabajadores eran hombres 93%. Concluyó que la edad, la antigüedad laboral, el ausentismo remunerado y ausentismo remunerado por causas médicas, son factores asociados a mayor ausentismo en trabajadores con reintegro laboral.

Carlos Catalina Romero, Paloma Martínez Muñoz, Luis Quevedo Aguado, Montserrat Ruiz, Moraga Carlos Fernández, Labandera Eva Calvo, Bonacho Romero (2013) (9) realizaron un estudio de prospectivo de una cohorte de 1161 trabajadores con un episodio de incapacidad temporal de origen común por trastorno de ansiedad, de una población de la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Se evaluó la duración de la incapacidad y las principales variables demográficas, laborales y clínicas potencialmente relacionadas con ésta. Encontrando que la duración mediana de la incapacidad en los trastornos de ansiedad fue de 83 días. Además que tener más de 35 años, un menor nivel de estudios (primarios, secundarios o titulación media frente a titulación superior), la existencia de comorbilidad y las situaciones de desempleo que

sobrevienen durante la baja, se asociaron de forma significativa con incrementos en la duración de la incapacidad y encontrarse separado o divorciado se relacionó con una reincorporación laboral más precoz.

Villaplana García, María (2014) (10) realiza seguimiento de los procesos de incapacidad de más de 15 días de duración, por contingencia común que se presentaron entre el 2005 al 2010 en una mutua española, estudio descriptivo retrospectivo del total de trabajadores incapacitados por contingencia común en las 65.540 empresas, el 86.9% de los casos retornaron al trabajo por mejoría y curación, con una duración mediana de 32 días. Un 14.0% de los trabajadores se reintegraron durante la primera semana de inicio de la gestión por parte de la mutua, observando un efecto en la demora de seguimiento de casos por la mutua sobre la duración de la incapacidad, por lo que concluyen que mejorando los sistemas de registro de la información y la comunicación mejoraría la gestión del caso.

Villaplana García M, Sáez Navarro C, Meseguer de Pedro M, García-Izquierdo M. (2015) (11) Realizan un estudio descriptivo retrospectivo de 598.988 procesos de incapacidad temporal una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales durante el periodo de 2005 a 2010. Encontrando una duración media de incapacidad de 32 días y relación significativas con la edad, género, nacionalidad, antigüedad en la empresa; salario, tipo de contrato; sector, actividad, y tamaño empresa y región. Y una mayor duración de las bajas en los trabajadores de grandes empresas, mujeres, con nacionalidad española y que trabajan en actividades agrarias, sanitarias, administración y hostelería. Se observó además un efecto considerable de la edad sobre la duración de la incapacidad posterior a los 44 años.

Cuervo Díaz, Diana (2016) (5) realiza un estudio de diseño mixto, donde en la primera fase cuantitativa describe las características de los trabajadores colombianos que fueron calificados por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez para definir la pérdida de capacidad laboral por enfermedad y accidente laboral durante los años 2007-2014, encuentra que, de los 22.655 casos con evento laboral, 13.890 presentaban incapacidad permanente parcial. En otras dos fases cualitativas realiza una revisión documental referente al tipo de modelo de reintegro laboral que predomina en las Leyes del sistema de riesgos laborales concluyen que en este modelo predomina la compensación económica y no hay coordinación entre los actores involucrados. Y entrevistas a estos quienes manifestaron inadecuada información sobre el proceso desde las aseguradoras a las empresas y a los trabajadores, y consideraron importante un cambio de política con tendencia a facilitar el retorno al trabajo de forma efectiva.

Yadira Guerrero Rúales, Mina Larrahondo Ana Yire (2016) (12) Hacen una descripción del proceso de reincorporación laboral con base en al manual de procedimientos en trabajadores de un ingenio del Valle del Cauca del 2012 A 2015 encontrando que el 46% de la población presentó accidente laboral con más de 100 días de incapacidad, predominando el reintegro laboral con modificaciones y reubicación en un 90%. Solo le realizaron prueba de trabajo al 38%, de los cuales el 65% no presento nueva incapacidad por la misma enfermedad después del reintegro.

Manuel Vaquero, Álvarez Esther Álvarez, Theurerb Manuel, Romero Saldañac (2018) (13) presentan un estudio descriptivo, de 1016 trabajadores con incapacidad por contingencia común.

Encontrando que en un 17,1% de los procesos encontraron relación con ambiente de trabajo inadecuado. Las actividades sanitaria y de hostelería presentan asociación significativa con las condiciones de trabajo como causa de la baja laboral. Con respecto al diagnóstico, los trastornos ansiosos depresivos y las lumbalgias los asocian a condiciones de trabajo. Los factores que relacionan baja laboral y ambiente de trabajo son: lugar de residencia, nivel de estudios medios/superiores, contrato fijo, empresas grandes y puesto de trabajo evaluado.

4. MARCO TEÓRICO

El Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales colombiano (14), tercera edición (2010), define reintegro como la actividad en la que se concreta la estrategia de retorno laboral en una actividad productiva en la misma empresa, en condiciones de desempeño eficiente, seguridad y confort, esta definición es la que se emplea en este trabajo.

Es importante tener en cuenta las siguientes definiciones para el entendimiento del trabajo:

Reintegro al Trabajo: Es la actividad en la que se concreta la estrategia de retorno laboral en una actividad productiva en la misma empresa, en condiciones de desempeño eficiente, seguridad y confort (26).

Reintegro Exitoso: Actualmente, no hay descrita una definición para clasificar el reintegro como exitoso, el Decreto 1333 del 27 de julio del 2018 en el capítulo II numeral 2.2.3.2.3. Define prórroga de incapacidad como la que se expide posterior a la inicial, debido a la misma enfermedad o lesión o por otra que tenga relación, así se trate de diferente código CIE (Clasificación internacional de enfermedades), siempre que no haya interrupción mayor a 30 días calendario. De acuerdo a lo anterior y para efectos del presente trabajo se define exitoso si después de ser declarado el estado de Mejoría Médica Máxima y se realice el reintegro, no se generen prórrogas de incapacidad.

Incapacidad prolongada: Por otro lado, en Colombia no se ha estandarizado ni se menciona en la normatividad el número de días de incapacidad mínimos para clasificar el evento como incapacidad de larga duración o prolongada. La Fundación Española para la ciencia y la tecnología resume que la mayoría de los países europeos clasifican la incapacidad de corta duración hasta 7 días, media hasta 42 días y larga duración mayor de 42 días. El estudio Whitehall II de la Universidad de Reino Unido clasifica la incapacidad de larga duración mayor a 7 días, Bourbonnais lo define como mayor a 5 días y Moncada mayor a 10 días (11). Para efectos del presente estudio se define como incapacidad prolongada aquellos casos a partir de 30 días continuos, teniendo la definición de prórroga previamente nombrada y definida en el decreto 1333 del 27 de julio del 2018 y porque en el día 30 de incapacidad la EAPB definió como fecha de ingreso al paciente en un modelo de seguimiento en el área técnica de medicina laboral.

Incapacidad: La circular 011 de 1999 define la incapacidad como todo el tiempo en que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual. La Ley 776 del 2002 en su artículo 2o. define incapacidad temporal así: “Se entiende por

incapacidad temporal, aquella que según el cuadro agudo de la enfermedad o lesión que presente el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado. La incapacidad temporal se sustenta con un certificado expedido en forma autónoma por un profesional de la salud (médico u odontólogo), en un acto que debe estar registrado en la historia clínica del paciente por el profesional tratante.

Eficiencia: Alteración en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Puede consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto de la norma estadísticamente establecida (26).

Incapacidad Permanente Parcial (IPP): Es la disminución definitiva, igual o superior al cinco por ciento (5%) e inferior al cincuenta por ciento (50%) de la capacidad laboral u ocupacional de una persona, como consecuencia de un accidente o de una enfermedad de cualquier origen¹.

Invalidez: Es la pérdida de la capacidad laboral u ocupacional igual o superior al cincuenta por ciento (50%) (26).

Mejoría Médica Máxima: Punto en el cual la condición patológica se estabiliza sustancialmente y es poco probable que cambie, ya sea para mejorar o empeorar, en el próximo año, con o sin tratamiento. Son sinónimos de este término: pérdida comprobable, pérdidas fija y estable, cura máxima, grado máximo de mejoría médica, máximo grado de salud, curación máxima, máxima rehabilitación médica, estabilidad médica máxima, estabilidad médica, resultados médicos finales, médicamente estable, médicamente estacionario, permanente y estacionario, no se puede ofrecer más tratamiento o se da por terminado el tratamiento. Incluye los tratamientos médicos, quirúrgicos y de rehabilitación integral que se encuentren disponibles para las personas y que sean pertinentes según la condición de salud (26).

Rehabilitación: conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador, su entorno, que le permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida (14).

Rehabilitación funcional: Proceso terapéutico que busca recuperar la función perdida, usando los principios de la biomecánica, fisiología, antropometría aplicada y neuropsicología, a través de los servicios de rehabilitación (14).

Rehabilitación profesional: Proceso por el cual una persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o una discapacidad que afecte su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la integración social y laboral. Busca su ubicación o reubicación en una actividad productiva que se adapte a sus intereses, expectativas y capacidades (14).

La enfermedad laboral en Colombia está definida en el artículo 4 de la ley 1562 de 2012. Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de Salud Ocupacional donde enuncia: Es enfermedad laboral la contraída como resultado de la

exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar. El Gobierno Nacional, determinará, en forma periódica, las enfermedades que se consideran como laborales y en los casos en que una enfermedad no figure en la tabla de enfermedades laborales, pero se demuestre la relación de causalidad con los factores de riesgo ocupacional será reconocida como enfermedad laboral.

Accidente de trabajo. Es accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o contratante durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores o contratistas desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

Enfermedad general: De acuerdo al artículo 12 del decreto 1295 de 1994 “Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen profesional, se consideran de origen común.”

Trabajo habitual: Aquel oficio o labor que desempeña la persona con su capacidad laboral, entrenamiento y/o formación técnica o profesional, recibiendo una remuneración (26).

En la literatura se describen los siguientes modelos de retorno al trabajo (5)

Modelo Biomédico:

Se considera que la enfermedad se origina a nivel biológico, por lo que los síntomas se relacionan directamente a la patología física, el tratamiento se basa en el descubrimiento de un agente causal, el cual debe ser manejado para lograr la cura. Se da prioridad al tratamiento físico como cirugía, fisioterapia y terapia ocupacional.

Modelo Psicosocial

En este modelo se considera que la causa del dolor es binaria, es decir debido a factores psiquiátricos o debido a factores orgánicos. Este modelo ha cambiado en el tiempo y en la actualidad los factores psicosociales desempeñan un papel importante en la discapacidad y la disposición al retorno al trabajo. Por lo que recomiendan evaluar aspectos como la motivación, el autocontrol y las percepciones como preparación para lograr el retorno al trabajo.

Modelo Forense

Conocido como el modelo del asegurador, se busca priorizar las lesiones físicas para compensar, busca detectar personas deshonestas, con ganancias secundarias relacionadas con la manifestación de sus síntomas, divide los pacientes en dos categorías los “honestos” a quienes se les brinda amplia gama de tratamientos y los que “fingen la enfermedad”, que son sometidos a múltiples pruebas pudiendo causar ineficiencias en el servicio.

Modelo Económico

En este modelo se contempla incentivos económicos en el retorno al trabajo, ya que analiza aspectos como la repercusión económica que tienen los cambios de esquemas de contratación o los efectos de la discriminación a los trabajadores. Existe un gran interés en controlar los períodos de incapacidad temporal, debido a que se considera como predictor de discapacidad.

Modelo Ecológico

Este modelo plantea que el reintegro se relaciona con múltiples actores como son el empleador, profesionales de la salud, el sistema de seguridad social y la familia. Recomiendan la intervención temprana para evitar prolongación de incapacidad y de esta forma disminuir riesgo de pérdida del empleo del trabajador y favorecer la prevención de la discapacidad para trabajar. Contempla el contexto socio-político del lugar de trabajo y de la legislación de cada país.

Modelo Biopsicosocial

Este modelo considera al trabajador como participante activo del proceso, responsable del resultado, independientemente del diagnóstico, debido a que la respuesta a la lesión es multidimensional, el pronóstico médico de la condición de salud no predice el grado de discapacidad, se considera a la persona como un todo y por lo tanto el modelo se centra en la autorresponsabilidad y la autogestión de los trabajadores.

Se considera el modelo ecológico el más completo y cercano al ideal, por el que se debe trabajar para que los entes interesados realicen actividades coordinadas y de comunicación entre todos.

Se han descrito también factores pronósticos que se asocian a la prolongación de la incapacidad y a su vez favorecen o demoran el reintegro al trabajo (3). Como son el diagnóstico que genera la incapacidad, encontrando en mayor frecuencia enfermedades osteomusculares, psiquiátricas y neoplasias asociadas a incapacidades prolongadas, así misma presencia de problemas de salud previos, episodios de incapacidad anteriores. Las características del individuo a nivel sociodemográfico como edad, sexo; las expectativas, creencias y actitud del trabajador frente a la incapacidad, la autopercepción del estado de salud, la capacidad para trabajar y las expectativas del trabajador se han mostrado como importantes factores predictivos de probabilidad de reintegro al trabajo.

A nivel del entorno laboral se describen las exigencias ergonómicas y psicosociales, las condiciones de trabajo y empleo, las características de la empresa, los factores psicosociales laborales como son las exigencias o demandas psicológicas, el control sobre el contenido del trabajo, el apoyo social en el trabajo y las recompensas del trabajo que incluyen el salario, la estima y la inseguridad sobre el futuro.

El sistema de salud (tiempo de autorizaciones y realización de tratamientos), la normatividad de cada país sobre el tiempo que dura la prestación, el valor que recibe, que entidad gestiona la prestación entre otros también determinan si se prolonga o no el tiempo de reintegro al trabajo.

A nivel laboral, las políticas y prácticas de la empresa, en gestión de reintegro al trabajo, se recomiendan estén orientadas a facilitar el reintegro al trabajo rápido y seguro, utilizando comunicación con el trabajador y la gestión individual del caso.

Son responsables del proceso de reintegro, la empresa, las instituciones prestadoras de servicios, profesionales de la salud tratante, la entidad administradora del plan de beneficios (EAPB), las administradoras de riesgos laborales (ARL) y el trabajador, todos deben actuar articulados, en el proceso de rehabilitación y seguimiento, para garantizar reintegros exitosos. La empresa debe tener identificados los casos que requieren proceso de rehabilitación integral y quienes no, realizar seguimiento de los casos, identificar si requiere de asesoramiento por parte de la ARL. Los médicos y profesionales tratantes deben definir plan de tratamiento y rehabilitación y si existe necesidad de reposo como parte del mismo, o si el trabajador puede reintegrarse con recomendaciones de cuidado desde el punto de vista clínico.

Las EAPB deben identificar casos para seguimiento, garantizar la atención oportuna de los trabajadores buscando un proceso de rehabilitación fluido, sin demoras de tipo administrativo y servir de puente para la entrega de casos desde las IPS hasta las empresas. Las ARL deben capacitar a las empresas y apoyarles en el proceso de rehabilitación integral, seguimiento y reintegro de los trabajadores. De igual manera, el trabajador debe realizar los tratamientos y terapias recomendados en el plan de rehabilitación y participar de forma activa en el reintegro al trabajo.

El reintegro al trabajo es un proceso influenciado por una amplia variedad de factores y que depende de la interacción de todos los interesados para que se realice de la mejor forma tanto para el trabajador como para el empleador.

5. ASPECTOS LEGALES

En Colombia desde 1979 con la Ley 9 (16) en artículo 125 se determina como parte de la medicina preventiva la responsabilidad del empleador para que, mediante programas de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de los trabajadores, se proteja al trabajador y además se haga una correcta ubicación del trabajador en una ocupación adaptada a su constitución fisiológica y psicológica.

En 1988 se publica la Ley 82 (17). 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 del Trabajo en su 69a. reunión, Ginebra, 1983".

En el artículo 10 de la Resolución 1016 (18) del 1989, ordena que “los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo, tiene como finalidad principal la promoción, prevención y control de la salud del trabajador, protegiéndolo de los factores ocupacionales; ubicándolo en un sitio de trabajo acorde con sus condiciones psico-fisiológicas y manteniéndolo en aptitud de producción de trabajo” luego lista las principales actividades de los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo y en el numeral 14 indica “Coordinar y facilitar la rehabilitación y reubicación de las personas con incapacidad temporal y permanente parcial”.

La ley 100 (19) de 1993, por la cual se organiza el Sistema General de Seguridad Social del país, en el numeral 3 del Artículo 153, ordena que: “El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información, y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el Artículo 162, respecto del plan obligatorio de salud.

En el Decreto-Ley 1295 (20) de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos, y en sus artículos 5, 6, 19, 21 y 22 hace referencia las prestaciones asistenciales y a los servicios de salud a que tiene derecho el afiliado, lo cual incluye la rehabilitación integral, además de las obligaciones de los empleadores y trabajadores.

La Ley 361 de 1997, ley nacional de discapacidad (21), en el Artículo 18, se menciona que: “Toda persona con limitación que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiera sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar sus óptimos niveles de funcionamiento psíquico, físico, fisiológico, ocupacional y social, para estos efectos el Gobierno nacional a través de los Ministerios de Trabajo, Salud y Educación Nacional, establecerá los mecanismos necesarios para que los limitados cuenten con los programas y servicios de rehabilitación integral, en términos de readaptación funcional, rehabilitación profesional y para que en general cuenten con los instrumentos que le permitan autorrealizarse, cambiar la calidad de sus vidas, así como a intervenir en su ambiente inmediato y en la sociedad”. Y en su artículo 26 ordenan que “En ningún caso la limitación de una persona, podrá ser motivo para obstaculizar una vinculación laboral, a menos que dicha limitación sea claramente demostrada como incompatible e insuperable en el cargo que se va a desempeñar. Así mismo, ninguna persona limitada podrá ser despedida o su contrato terminado por razón de su limitación, salvo que medie autorización de la oficina de trabajo”.

El decreto 2463 (22) de 2001, en su artículo 7 (derogado por el 1352 del 2013) clasifica los grados de severidad de la limitación “Limitación moderada, aquella en la cual la persona tenga entre el 15% y el 25% de pérdida de la capacidad laboral; limitación severa aquella que sea mayor al 25% pero inferior al 50% de pérdida de la capacidad laboral y limitación profunda, cuando la pérdida de la capacidad laboral sea igual o mayor al 50%”.

En el 2002, la Ley 776 (23) dicta normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales y define 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.

La Circular Informativa 230042 (24) de la dirección general de riesgos profesionales en el 2008, indica en el numeral 4, en cuanto a reubicación y rehabilitación del trabajador incapacitado temporalmente, que el empleador independientemente del origen, deberá ubicar al trabajador en el cargo que desempeña o le deberá proporcionar un trabajo compatible con las capacidades y aptitudes, para lo cual deberá efectuar los movimientos de personal que sean necesarios. Además, listan que el alcance de los procesos de rehabilitación son 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, debiendo alcanzar estándares de seguridad, confort y productividad de la empresa.

En el 2012 se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional con la Ley 1562 (25), esta ordena que las ARL (Aseguradoras de Riesgos Profesionales) deben desarrollar programas, campañas, crear o implementar mecanismos y acciones para prevenir los daños secundarios y secuelas en caso de incapacidad permanente parcial e invalidez, para lograr la rehabilitación integral, procesos de readaptación y reubicación laboral.

6. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias en las características de los trabajadores de una Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud, del régimen contributivo en Cali-Colombia con orden de reintegro al trabajo exitoso y no exitoso durante los años 2016 a 2017?

7. JUSTIFICACIÓN

Los programas de retorno al trabajo recomiendan de la integración y comunicación de los diferentes sectores y actores como son el trabajador, sus familias, las empresas, los sistemas de seguridad y salud en el trabajo, los jueces, sindicatos, las aseguradoras, los médicos tratantes y los equipos de rehabilitación.

Actualmente se han descrito factores pronóstico asociados a la prolongación de la incapacidad o reintegro al trabajo; los cuales son a nivel del individuo: el diagnóstico, la severidad, los antecedentes patológicos, episodios previos de incapacidad, así como las expectativas, creencias y actitud del trabajador frente a la incapacidad y la enfermedad. En cuanto a los factores socioeconómicos se refiere al tipo de políticas sociales, legales, la normatividad que rige el reconocimiento de prestaciones económica y las características del sistema de salud; y los factores laborales son las condiciones de trabajo, las características de la empresa y si cuentan o no con programas o estrategias de reincorporación al trabajo (3).

El reintegro temprano al trabajo se considera terapéutico pues hace que el trabajador se sienta útil, lo integra para que reciba de nuevo remuneración económica, lo que le permite suplir sus necesidades y evita la afectación del clima laboral. Además, disminuye la probabilidad de requerir nuevos ciclos de incapacidad con el consiguiente aumento de costos al sistema de salud y disminución en la productividad de las empresas.

Se es consciente de la complejidad que implica el proceso de reintegro de un trabajador, debido a que depende de la coordinación de diferentes actores y como parte de la consulta de seguimiento de trabajadores incapacitados afiliados a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud, se ha observado que los trabajadores manifiestan falta de comunicación entre empleadores, trabajadores y profesionales de salud en el proceso de rehabilitación funcional y profesional.

Se propone por esto un abordaje inicial por medio de la descripción de las características de la población con orden de reintegro al trabajo los cuales fueron exitosos y aquellos que no, como base para identificar factores pronóstico o aspectos que pudieran ser susceptibles de intervención por los actores del proceso, dejando la puerta abierta para realización de otros estudios.

8. OBJETIVO

8.1. Objetivo General

Determinar las características de los trabajadores con orden de reintegro exitoso y no exitoso afiliados a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud del régimen contributivo en Cali-Colombia, durante los años 2016 a 2017.

8.2. Objetivos Específicos:

- Describir las características demográficas de la población de trabajadores afiliados a Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud del régimen contributivo en Cali-Colombia, durante los años 2016 a 2017 que tienen orden de reintegro laboral y que puede ser exitoso o no exitoso.
- Identificar las condiciones asociadas al reintegro al trabajo exitoso y no exitoso.

9. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Corresponde a un estudio descriptivo retrospectivo para caracterizar los trabajadores afiliados a una Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud del régimen contributivo en Cali-Colombia, que presentaron incapacidad durante los años 2016 a 2017 y se reintegraron al trabajo.

Área de estudio

El estudio se realizará en el área de Medicina Laboral de una Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud del régimen contributivo en Cali-Colombia.

Población

Cotizantes afiliados a Entidad Administradora de Plan de Beneficios de Salud del régimen contributivo en Cali-Colombia, incapacitados con orden de reintegro al trabajo durante los años 2016 al 2017, a los que se les realizó seguimiento por el área de medicina laboral.

Criterios de Inclusión

- a. Tener incapacidad acumulada mayor a 30 días
- b. Tener orden de reintegro al trabajo.
- c. Contingencia de origen general.

9.1. Criterios de Exclusión

- a. Fallecimiento del paciente.
- b. Usuarios retirados por la empresa.
- c. Pacientes perdidos del seguimiento por parte de medicina laboral.

10. VARIABLES

Tabla 1 Lista de Variables

Variable	Tipo de Variable	Escala de Valor	Unidad de Medida	Método de recolección
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Reintegro Laboral	Cualitativo	Nominal	Exitoso No exitoso	Base de datos de seguimiento.
COVARIABLES				
Edad	Cuantitativo	Discreta	Años	Base de datos de seguimiento
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a) Unión Libre	Base de datos de seguimiento
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Base de datos de seguimiento
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Secretaria Estibador Docente Otros...	Base de datos de seguimiento
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	Ninguna Primaria Bachiller Técnico Universitario	Base de datos de seguimiento
Tipo de cotizante	Cualitativa	Nominal	Dependiente Independiente	Base de datos de seguimiento
Nivel Salarial	Cualitativa	Ordinal	1 SMMLV Más de 1 SMMLV	Base de datos de seguimiento
Calificación de pérdida de capacidad laboral	Cualitativa	Ordinal	Si No	Base de datos de seguimiento
Diagnóstico Principal	Cualitativa	Nominal	CIE-10 Títulos	Base de datos de seguimiento

Días de incapacidad previos al reintegro	Cuantitativa	Ordinal	Mayores de 30 días.	Base de datos de seguimiento
--	--------------	---------	---------------------	------------------------------

FUENTE DE INFORMACIÓN

La información se obtendrá de una fuente secundaria la cual corresponde a la base de datos de la dependencia Técnica de Medicina del trabajo de una Entidad Administradora de plan de beneficios del suroccidente colombiano, la cual realiza seguimiento de los usuarios cotizantes que presentan incapacidad prolongada.

El modelo de seguimiento de trabajadores incapacitados inicia desde en la EAPB desde el 2016, tiene como objetivo, mediante la intervención de médicos laborales, asegurar las condiciones de reintegro del cotizante, verificar que se realicen actividades de tratamiento clínico, rehabilitación y se alcance el estado de mejoría médica máxima.

Posterior a la aprobación por parte del comité de ética se solicitó a la Entidad Administradora de plan de Beneficios la base de datos, la cual entregaron sin datos de número de documento de identidad, nombre y datos de contacto para garantizar la privacidad de los afiliados. Se realizará filtro de las variables listadas.

11. PLAN DE ANÁLISIS

Se realizó un análisis univariado y bivariado, el primero para describir los aspectos sociodemográficos, a través de frecuencias y porcentajes, y según el tipo de variables se escogerá el tipo de gráfico o cuadro apropiado.

Para el análisis bivariado se realizó tablas de contingencia para exploraciones de factores relacionados con el reintegro laboral. El análisis estadístico se realizará a través del programa Statistical Package for the Social Sciences 2.0 (SPSS) que se encuentra en la Escuela de Salud Pública.

12. RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

En Colombia las investigaciones en salud, están regidas por la Resolución 008430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud, hoy día Ministerio de Salud y Protección Social. según el Título II, Capítulo 1, Artículo 11 donde describen la clasificación de las investigaciones en categorías, se consideró esta investigación con riesgo mínimo, descrita en el literal a. “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se

consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

13. RESULTADOS

Población de la Entidad Administradora de plan de Beneficios

La Entidad Administradora de plan de Beneficios tiene una población total 920.000 en el plan básico de salud, donde el 51% de la población son mujeres y el 49% de la población son hombres. Sobre la distribución de los afiliados se encuentra que el 47,9% de la población se encuentra en la ciudad de Cali, le sigue 13,3% en la ciudad de Pereira, 9,5% en la ciudad de Palmira, seguido por la ciudad de Cartago y Norte del Cauca con 5,3%, Tuluá con 5,1%, Buga 4,2% y 3,2 Buenaventura. El otro 6,2% se reparte entre las otras ciudades.

Base de datos

La base de datos se tomó de las incapacidades que inician en el 2016 y terminan en el 2017 con orden de reintegro por parte de Medicina Laboral, se filtraron los factores de exclusión obteniéndose un total de 240 trabajadores.

Inicialmente se había planteado determinar las características de los trabajadores con orden de reintegro y dentro de las variables propias del trabajador se plantearon entre otras el nivel educativo, y la ocupación, pero debieron ser omitidas porque el 80% de los casos no tenían esta información, por lo que no se tuvieron en cuenta en la descripción.

13.1. ANÁLISIS UNIVARIADO DE LAS VARIABLES

VARIABLES CUANTITATIVAS

En cuanto a edad se encuentran personas entre 18 y 68 años.

Tabla 2 Estadísticos descriptivos de variables cuantitativas

Variable	Media	Mínimo	Máximo	Z de Kolmogorov-Smirnov
Edad (años)	37(DS13,1)	18	67	p=2,072
Días de incapacidad antes del reintegro.	160,9 (DS 92,3)	31	573	p=2,047

La tabla 2 describe que la media de la edad en años es de 37, con una desviación estándar de 13 años, un mínimo de 18 y máximo de 67. En la variable de días incapacidad previos a la orden de reintegro la media es de 161 días con una desviación estándar de 92 días donde el máximo es de 573 y mínimo de 31.

En ambas variables al graficarse se visualiza una distribución bimodal, se encuentra que al realizar la prueba Kolmogorov-Smirnov, el valor p es mayor a 0,05 y se demuestra que tiene una distribución normal.

Figura 1. Histograma de la Edad

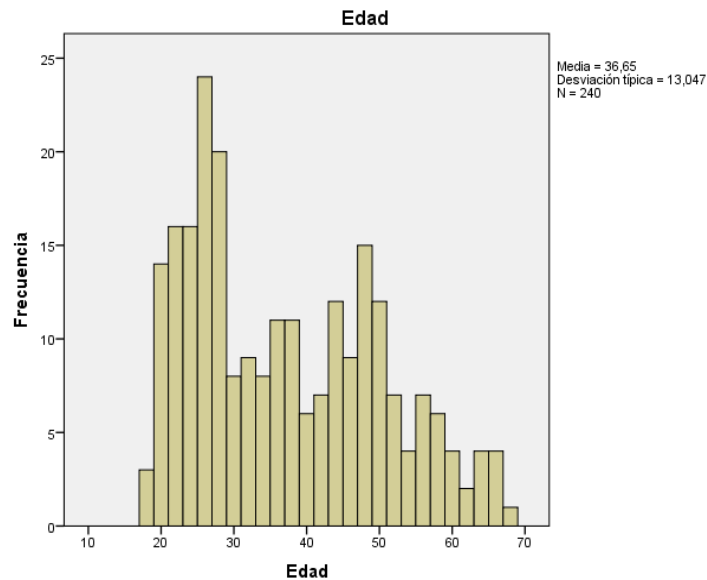
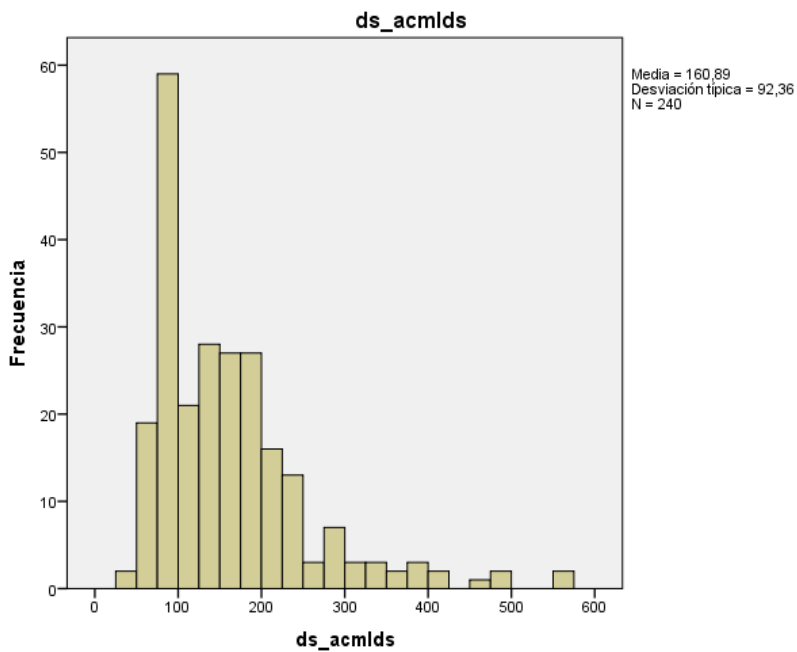


Figura 2 Histograma días incapacidad previos al reintegro



VARIABLES CUALITATIVAS

Tabla 3 Tabla de frecuencias de características de los trabajadores

Variable		Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
Estado Civil	Unión Libre	98	40,8	40,8
	Soltero (a)	76	31,7	72,5
	Casado(a)	54	22,5	95,0
	Divorciado(a)	11	4,6	99,6
	Viudo(a)	1	0,4	100
	Total	240		
Género	Masculino	159	66,3	66,3
	Femenino	81	33,8	100
	Total	240		
Tipo de cotizante	Dependiente	191	76,9	76,9
	Independiente	49	20,4	100
	Total	240		
Nivel Salarial	1 SMMLV	151	62,9	62,9
	> 1 SMMLV	89	37,1	100
	Total	240		
Calificación de pérdida de capacidad laboral	NO	233	97,1	97,1
	SI	7	2,9	100
	Total	240		
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	133	55,4	55,4
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	39	16,3	71,7
	Embarazo, parto y puerperio	17	7,1	78,8
	Neoplasias	15	6,3	85,0
	Enfermedades del sistema circulatorio	14	5,8	90,8
	Enfermedades del ojo y sus anexos	3	1,3	92,1

Clasificación internacional de enfermedades CIE 10	Trastornos mentales y del comportamiento	3	1,3	93,3
	Enfermedades del sistema respiratorio	2	0,8	94,2
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	0,8	95,0
	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2	0,8	95,8
	Enfermedades del sistema nervioso	2	0,8	96,7
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	2	0,8	97,5
	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	1	0,4	97,9
	Enfermedades del aparato digestivo	1	0,4	98,3
	Enfermedades del aparato genitourinario	1	0,4	98,8
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	1	0,4	99,2
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	0,4	99,6

	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	1	0,4	100,0
--	---	---	-----	-------

En la tabla número 3 de frecuencias de características de los trabajadores, se observa en cuanto al estado civil el 40,8 % de las personas se encuentran en unión libre, seguidas por el 31,7 % de las personas que se encuentran solteras, 22,5% son casadas, un 4,6 % de las personas se encuentran divorciadas y 0,4% son viudos.

En la distribución de género se encontró que el 33,8 % de los casos eran mujeres (81) y 66,3% de los casos son hombres (159).

Existe mayor proporción de personas cotizantes dependientes 76,9% frente a los independientes con 20,4%.

En cuanto a nivel salarial, el 62.9 % de las personas devengan un salario mínimo y el 37,1 % más de un salario mínimo.

El 90% de los diagnósticos motivo de incapacidad se encuentra entre eventos traumáticos 55,4%, patologías osteomusculares 16,3%, patologías relacionadas con embarazo, parto y puerperio 7,1%, neoplasias 6,3% y enfermedades del sistema circulatorio 5,8%.

Para poder realizar posteriormente el análisis bivariado se procede a agrupar diferentes variables que se describen en la tabla No 4. El estado civil en categorías con pareja y sin pareja, obteniéndose que el 66,3% de los casos tienen pareja y el 36,7% no tienen pareja estable.

De la misma forma se realiza la agrupación de la edad teniendo en cuenta la media (37 años), en este caso se encontró que el 52,5% de los casos están por debajo de los 37 años y el 47,5% se encuentra por encima de los 37 años de edad.

Finalmente se agrupó la variable diagnóstica entre patologías osteomusculares y trauma (71,7 %) y las que no lo son (28,3%).

Tabla 4 Frecuencias de agrupaciones de edad, estado civil y tipo de diagnóstico.

Variable		Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
Agrupación estado civil	Pareja estable (Unión libre, casado)	152	66,3	66,3
	Sin pareja estable (Viudo, soltero, separado)	88	36,7	100

Agrupación de Edad	Menor de 37	114	52,5	55
	Mayor de 37	126	47,5	100
Agrupación por tipo de Diagnóstico	Patologías OTS y Traumáticas	172	71,7	71,7
	Patologías No OTM y no Traumáticas	68	28,3	100

Tabla 5 Variable respuesta

Variable		Frecuencia	%	Porcentaje acumulado
Caso	Reintegro exitoso	229	95,4	95,4
	Reintegro no exitoso	11	4,6	100

En la tabla 5 se describe la variable frecuencia, donde se tiene que el 95,4% de los casos fueron reintegros exitosos y el 4,6% de los casos no exitosos.

13.2. ANÁLISIS BIVARIADO

Para poder hacer el análisis bivariado debido a que existen pocos casos de no exitosos se realiza el análisis en variables Dummies.

Tabla 6 Contingencia de características personales.

Variable		Caso		Chi-cuadrado de Pearson
		REINTEGRO EXITOSO	REINTEGRO NO EXITOSO	
Pareja	Pareja estable (Unión libre, casado)	60,4%	2,9%	0,983
	Sin pareja (Viudo, soltero, separado)	35,0%	1,7%	
Agrupación edad	Menor de 36	51,7%	0,8%	0,02
	Mayor de 36	43,8%	3,8%	
Género	Masculino	62,9%	3,3%	0,642
	Femenino	32,5%	1,3%	
Nivel Salarial	1 SMMLV	61,7%	1,3%	0,012
	>1 SMMLV	33,8%	3,3%	
Calificación de Pérdida de capacidad laboral	NO	94,6%	2,5%	0,00
	SI	0,8%	2,1%	
Días agrupados	Menor 160	55,8%	1,3%	0,041

	Mayor 160	39,6%	3,3%	
Tipo de cotizante	Dependiente	75,4%	4,2%	0,340
	Independiente	20,0%	0,4%	
Diagnóstico principal	Patologías OTS y Traumáticas	68,8%	2,9%	0,545
	Patologías No OTM y no Traumáticas	26,7%	1,7%	

En la tabla 6 se encuentra el resumen de las condiciones personales vs el reintegro exitoso y no exitoso y como se observa se encuentra asociación entre edad, el nivel salarial, el tener calificación de pérdida de capacidad laboral y los días de incapacidad previos a la indicación de reintegro ya que cuando se realiza el estadístico de prueba se encuentra que en estas variables se tiene un p con un valor menor a 0,05.

Lo anterior quiere decir que el tener menos edad, devengar un salario mínimo, no tener pérdida de capacidad laboral y menos días de incapacidad están asociados con reintegro laboral exitoso.

14. DISCUSIÓN

Análisis univariado:

En el trabajo se obtuvo que la media de la edad se encuentra en 37 años con una desviación estándar de 13 años, esto está de acuerdo con lo encontrado por Villaplana (2014) donde se tiene una edad media de 38 años, cercano a lo encontrado en este estudio. En un trabajo donde se evaluó el ausentismo en trabajadores realizado por Moreno en Colombia (2012) la edad media fue de 49 años, de la misma forma Guerrero (2016) reportó 12 años más que la media encontrada, esto puede deberse a que la mayoría de la población de estudio es muy joven.

Sobre el estado civil el 40,8% se encuentran en unión libre, seguido de las personas solteras (31,7%), casadas (22,5%) y divorciadas (4,6%) que al dividirlo en las personas que tienen pareja (66,3%) y las que no tienen pareja (33,7%) se obtienen valores semejantes a lo encontrado por Royo (1998) se encontró que el 60,5% tenían pareja. En un estudio colombiano Guerrero (2016) encuentra que tiene que el 81,1% de las personas de casos estudiados tienen pareja lo cual marca una diferencia de 20,6%.

En la variable género se encontró que el 66,3% de la población son hombres por encima del hallazgo de Villaplana (2014) donde se tiene que la distribución del género es casi igual (ya que encontró que el 50,4% eran hombres y el 49,6% eran mujeres). En el estudio de Moreno (2012) indica que el 96,9% de los pacientes con orden de reintegro son hombres, mientras que el 3,1% son mujeres. Esta variable no puede ser comparada con el estudio de Guerrero (2016) porque realiza el estudio en un ingenio donde el 100% de la población estudiada es masculina.

En la variable nivel salarial se obtuvo que el 62,9% de los casos ganan 1 salario mínimo legal vigente, pero en los estudios revisados no se encuentra descripción de esta variable como

determinante para el reintegro exitoso o no, de la misma forma que la variable calificación no ha sido estudiada previamente, encontrándose en la variable calificación se tiene que el 97.1% no se les ha realizado la misma. Al revisar el diagnóstico se encontró que el 55.4% de las personas presentaron eventos traumáticos, seguido de un 16,3% de enfermedades del sistema osteomuscular, en tercer lugar el embarazo con un 7,1% y en cuarto lugar las neoplasias con un 6,3% resumiendo en estos 4 diagnósticos el 85% de los casos, cuando se revisa los estudios realizados por Vaquero (2018) coincide que el diagnóstico que más prevalencia presenta es por enfermedad osteomusculares, así como lo encontrado por Mina (2015) en el Valle del Cauca.

Análisis bivariado

Al iniciar el análisis bivariado se encuentra que la variable pareja no es significativa para reintegro laboral, lo cual coincide con lo encontrado por Álvarez (2018), pero diferente a lo encontrado por Mina (2016) en donde en su estudio descriptivo coloca que debido a que el 81% de las personas se encuentran en pareja puede ser un factor protector (siendo un estudio observacional el autor no relaciona si existe significancia entre la hipótesis y los datos). Respecto a la agrupación de la edad se encontró que es significativo ser mayor de 36 años de edad para que la reincorporación fuese no exitosa resultado que coincide con lo encontrado por Moreno (2012) en la población Colombia y de la misma forma que lo encontrado por Vaquero (2018) donde a mayor edad se encuentra más asociado con el ausentismo laboral. Sobre el género se encontró que no existen diferencias significativas para esta variable de la misma forma como lo encontrado en España donde Romero (2011) donde el género no incrementa la duración de la incapacidad por trastornos de ansiedad; este resultado es igual a lo encontrado por Moreno (2012) cuando se realiza la revisión de los trabajadores con orden de reintegro al trabajo frente a los que no tienen.

En el caso del nivel salarial, en este trabajo se encuentra que este factor es determinante para el reingreso exitoso al trabajo, donde ganar más de un salario mínimo se asocia con un reingreso exitoso al trabajo, esta variable no es estudiada en el trabajo que se realiza a nivel de Colombia por Moreno (2012), al igual que en los estudios españoles donde revisan la clase de contratación que tienen los empleados, pero que no se encuentran asociados a tiempos de ausencia prolongado del trabajo. En la variable calificación se encuentra que existe asociación en la ausencia de la calificación con el retorno exitoso al trabajo, esto puede deberse a que se relaciona con patologías que no desencadenan pérdida de capacidad significativo y que permite al paciente retomar su vida de forma más efectiva; para esta variable no se encuentran estudios para contrastarla. En el tema de días agrupados se encontró diferencia, ya que cuando se revisa entre menos días tengas se tiene mayor posibilidad de regresar con éxito al trabajo, que es congruente con lo encontrado por Moreno (2012) donde encuentra que los días de incapacidad son mayores para la personas con órdenes de reintegro (que se cuenta en días acumulados) y como lo informa Vicente (2016) donde encuentra que uno de los problemas que se encuentra para la reincorporación laboral exitosa es un número alto de días acumulados.

Finalmente, en las variables días tipo de cotizante y diagnóstico no se encontraron diferencias significativas al igual que lo encontrado por Villaplana (2014) donde no se relaciona estas variables con el incremento de la ausencia al trabajo cuantificado por incremento de incapacidad. No se encuentran estas variables explícitas en estudios de retorno al trabajo.

15. CONCLUSIONES

El estudio aporta las características de los trabajadores con retorno exitoso y no exitoso al trabajo donde se encontró que las variables que presentan significancia son una edad avanzada, tener un salario mínimo, tener calificación y tener mayor número de días se asocian al retorno no exitoso al trabajo, lo cual es importante que el médico laboral tenga en cuenta en el momento del ingreso del paciente al seguimiento al área de medicina laboral con el fin de identificar tempranamente casos donde se pueda llegar a tener factores de riesgo de un reintegro laboral no exitoso.

De acuerdo a la experiencia y al estado del arte, se esperaba mayor incidencia de reintegros no exitosos, lo cual puede ser explicado por el modelo de seguimiento instaurado en la EAPB, que pudieran verse reflejados debido a la intervención realizada por la entidad.

En el análisis de las frecuencias de las variables numéricas estudiadas se encontró que se normalizan para las poblaciones que presentan ausencia prolongadas del trabajo, ya que este tipo de población es específica de las áreas de medicina laboral de las EAPB lo que conlleva a características demográficas propias de la población.

16. RECOMENDACIONES

En la práctica de la medicina laboral se debe tener una visión ecológica, porque permite tener en cuenta las condiciones propias del paciente y cómo se relaciona con múltiples actores como son el empleador, profesionales de la salud, el sistema de seguridad social y la familia. En este estudio se realizó un primer acercamiento a este tipo de modelo (ecologista) a través de variables específicas como calificación y diagnóstico a nivel de sistema de salud, estado civil para tratar de realizar un acercamiento a su entorno social y variables propias del individuo y determinar las características de cada uno de los grupos que tiene entorno exitoso y no exitoso, pero se hace necesario realizar un estudio con una población mayor que permita realizar una mayor estratificación en las variables estudiadas para que se pueda tener una mayor claridad en qué tipo de condiciones relevantes se debe realizar énfasis cuando se le indica al trabajador el retorno al trabajo.

17. DEBILIDAD DEL ESTUDIO

Entre las debilidades que se tienen en el estudio se encuentra la ausencia de los factores de riesgos psicosociales que pueden estar siendo determinantes en la caracterización de la población exitosa y no exitosa, adicionalmente la estratificación de las variables estudiada, ya que son pocos los datos exitosos obtenidos.

18. BIBLIOGRAFÍA

1. Royo-Bordonada M. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria* [internet]. (1999, Jan 1), [citado 2019]; 13177-184. Available from: ScienceDirect. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911199713488>.
2. Informe Ejecutivo de la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales de Colombia. 2013.
3. Sampere Valero M. Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común de larga duración. Análisis de los factores pronóstico [Internet]. Universitat Pompeu Fabra, 2011.; 2011 [citado 2018]. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/77904#page=1>
4. Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI). Salud y estabilidad en el empleo: retos jurídicos y económicos para la sostenibilidad de las empresas. Primera edición. Medellín: Editorial Mundo Libro, 2017.
5. Cuervo-Díaz DE, Moreno-Angarita M. Prevención y manejo de la discapacidad para trabajar: un campo de estudios necesario para abordar los retos del sistema colombiano de riesgos laborales. (Spanish). *Revista de Salud Pública* [Internet]. 2017 Jul [citado 2018];19(4):567. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/53092/>
6. González-Barcala FJ, Cadarso-Suárez C, Valdés-Cuadrado L, Lado-Lema ME, Bugarín-González R, Vilariño-Pombo C, et al. Originales: Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Atención Primaria* [Internet]. 2006 Jan 1 [citado 2018];37:431–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706703997>
7. St-Arnaud L, Bourbonnais R, Saint-Jean M, Rhéaume J. Determinants of Return-to-Work among Employees Absent Due to Mental Health Problems. *Relations Industrielles / Industrial Relations* [Internet]. 2007 Fall [citado 2018];62(4):690–713. Available from: <https://www.erudit.org/en/journals/ri/2007-v62-n4-ri1977/016957ar/abstract/>
8. Moreno, P. A., Carvajal, R., & Cruz, Á. M. Ausentismo en trabajadores con reintegro laboral. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, 2(4), 14-18. [Internet]. 2012 [citado 2019] Available from: https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/rc_salud_ocupa/article/view/4845
9. Catalina-Romero C, Martínez-Muñoz P, Quevedo-Aguado L, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera C, Calvo-Bonacho E. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad / Predictors of the duration of non-work-related sick leave due to anxiety disorders. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 2013 [citado 2019];27(1):40–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000100007&lng=en&tlng=en
10. Villaplana García M. Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo* [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 3];(suppl 1):65. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2014000500012&script=sci_arttext&tlng=pt
11. Villaplana García M, Sáez Navarro C, Meseguer de Pedro M, García-Izquierdo M. Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. *Atención Primaria*

- [Internet]. 2015 Feb 1 [citado 2019];47(2):90–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001371>
12. Guerrero Rúales Y, Mina Larrahondo A. Descripción del proceso de reincorporación laboral, con base al manual de procedimientos en trabajadores de un ingenio del Valle del Cauca periodo 2012 a 2015. [Internet]. 2016 [citado 2019]. Available from: https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/9665/Guerrero_Mina_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 13. Vaquero-Álvarez M, Álvarez-Theurer E, Romero Saldaña M. Influencia de las condiciones de trabajo sobre la incapacidad temporal por contingencias comunes. Atención Primaria [Internet]. 2018 Apr 1 [citado 2019];50(4):238–46. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717300628>
 14. Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales 3ª Edición, Bogotá, 2010. [internet]; [citado 2019]; Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/publicaciones/manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
 15. Libro Absentismo e incapacidad laboral.pdf [Internet]. Scribd. [citado 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/348372043/Libro-Absentismo-e-incapacidad-laboral-pdf>
 16. Ley 9 de 1979 (Enero 24). Diario Oficial No. 35308, del 16 de julio de 1979.
 17. Ley 82 de 1988 (Diciembre 23). Diario Oficial 38626 de diciembre 23 de 1988.
 18. Decreto 614 de 1984 (Marzo 14). Diario Oficial 36561 del 14 de marzo de 1984.
 19. Ley 100 de 1993 (Diciembre 23). Diario Oficial Número 41.148 de 23 de diciembre de 1993.
 20. Decreto-Ley 1295 de 1994. Diario Oficial Número 41.405 de 24 de junio de 1994.
 21. Ley 361 de 1997 (Febrero 7) Diario Oficial No. 42.978 de 11 de febrero de 1997.
 22. Decreto 2463 de 2001. Diario Oficial 44.652 del 21 de Noviembre de 2001.
 23. Ley 776 del 2002. Diario Oficial No. 45.037 de 17 de diciembre de 2002.
 24. Circular informativa 230042, Ministerio de Protección social, Dirección General de Riesgos Profesionales, 08 de agosto del 2008.
 25. Ley 1562 de 2012. Diario Oficial No. 48.488 de 11 de julio de 2012.
 26. Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional Decreto 1507 de 2014 [internet]; [citado 2019]; Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/51963/Manual+Unico+de+Calificaciones+Decreto.pdf/7d224908-ef78-1b90-0255-f62a3e409e4c>