


Valoración del desempeño ocupacional: factor integrador en la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

Assessment of occupational performance: An integrating factor of the loss of work and occupational capacity

Ingrid Ayrin Luna Novoa¹ ; Olga Beatriz Guzmán Suárez¹ ;
Karol Guerrero-Villabón¹ ; Jaime Moreno-Chaparro¹ 

Forma de citar: Luna-Novoa IA, Guzmán-Suárez OB, Guerrero-Villabón K, Moreno-Chaparro J. Valoración del desempeño ocupacional: factor integrador en la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional. Salud UIS. 2021; e21035. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21035> 

Resumen

Introducción: el desempeño ocupacional (DO) como concepto integrador permite la valoración holística de la persona e identifica el potencial para el retorno a la actividad productiva a través del concepto ocupacional, como insumo para la valoración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (PCLO), esto permite una calificación objetiva de los aspectos que constituyen el *Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional* (MUCPCLO). **Métodos:** estudio transversal analítico con aplicación de una escala de evaluación del DO a una muestra de trabajadores seleccionados a conveniencia, con alteraciones en funciones o estructuras corporales, participación o restricción a nivel ocupacional. Se realizaron comparaciones analíticas con el estándar de calificación del MUCPCLO y se identificaron factores diferenciales e integradores. **Resultados:** la muestra estuvo integrada por seis sujetos, cuatro presentaron un accidente de trabajo y dos, enfermedades laborales. En cuanto a la evaluación del desempeño, se evidenció que el 66% presentó dependencia leve en actividades específicas; producto de ello, se logró realizar un análisis diferencial con énfasis en la calificación del MUCPCLO. Se reconocen factores específicos en el proceso como la objetividad de la valoración del DO, los múltiples aportes del concepto de DO y las posibilidades de articulación con el manual MUCPCLO. **Conclusiones:** la valoración previa del DO y el concepto integral del terapeuta ocupacional se constituyen como un eje fundamental que aporta al proceso de la valoración PCLO.

Palabras clave: Evaluación en Salud; Evaluación de Capacidad de Trabajo; Terapia Ocupacional; Rehabilitación; Salud Laboral; Medicina del Trabajo; Riesgos Laborales.

1. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Ingrid Luna Novoa. Dirección: Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Carrera 30 45-82, Ciudad Universitaria. Teléfono: +607 (1) 316 5000 Ext. 15092. Correo electrónico: ialunan@unal.edu.co

Abstract

Introduction: Occupational performance (OP) as an integrating concept allows the holistic assessment of the person and identifies the potential for the return to productive activity through the occupational concept as an input for the assessment of the loss of work and occupational capacity (LWOC), allowing an objective qualification of the aspects that constitute the *Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad Laboral y Ocupacional* (MUCPCLO, Spanish acronym for Manual for the qualification of the loss of labor and occupational capacity). **Methods:** A cross-sectional study was conducted with application of an OP evaluation scale to a sample of conveniently selected workers with alterations in body functions or structures, participation, or restriction at the occupational level. Analytical comparisons were made with the MUCPCLO scoring standard, and differential and integrating factors were identified. **Results:** Six subjects made up the sample, four had an occupational accident and two occupational diseases. In performance evaluation, 66% of the sample presented slight dependence on specific activities that lead to a differential analysis with emphasis on the MUCPCLO score. Specific factors were recognized, such as, objectivity of the assessment of occupational performance, multiple contributions of the concept of occupational performance, and possibilities of articulation with the manual. **Conclusions:** The prior assessment of occupational performance and the integral concept of the occupational therapist are constituted as a fundamental axis that contributes to the process of the assessment of the LWOC.

Keywords: Health Evaluation; Work Capacity Evaluation; Occupational Therapy; Rehabilitation; Occupational Health; Occupational Medicine; Occupational Risks.

Introducción

El desempeño ocupacional (DO) hace referencia a un estado dinámico e integrativo donde la persona está inmersa en un conjunto de actividades y procesos que la hace capaz de participar en su ocupación, la incluye como agente cambiante, tiene en cuenta su contexto o medio ambiente y, finalmente, entiende la potencialidad para dar significado, salud, bienestar y calidad de vida¹⁻⁴. A partir del DO, se pueden evidenciar las relaciones entre las dimensiones humanas: cognitiva e intelectual, emocional, espiritual y física. Esto posibilita, especialmente, el desarrollo de roles sociales y la participación en actividades básicas tal como cepillarse los dientes, actividades instrumentales como hacer compras, hasta algunas más avanzadas como el trabajo y los roles que se asumen^{3,4}.

La valoración del DO se entiende como el proceso que permite establecer conceptos claros y conclusiones que dan lugar a un diagnóstico ocupacional referente al estado de las capacidades, habilidades y dificultades ocupacionales de una persona luego de que su funcionamiento o desempeño se vea afectado por algún motivo⁵. También es ampliamente conocida como la toma sistemática de información con la cual, y con base en la ocupación, se logra una interpretación integral, verídica y contextualizada de una persona⁶. Esta forma de valoración e interpretación del ser humano, y especialmente del trabajador, confluye en el entendimiento del quehacer, el sentido o motivación

para trabajar y las relaciones que desde las dimensiones del ser se vinculan con una actividad que le da significado^{4,5,7}. Diferentes modelos conceptuales en la valoración del desempeño han sido establecidos a nivel global, de los que, para propósitos de este estudio, se destacan la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)⁸ y, desde el campo de la Terapia Ocupacional, el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO)⁹.

En Colombia, los dos modelos mencionados anteriormente son base para la construcción de diferentes baremos de calificación, en este caso del *Manual único para la calificación de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional* (MUCPCLO), expedido por el Decreto 1507 de 2014¹⁰. Así pues, el artículo 4 menciona la necesidad de comprender la CIF, y en el anexo técnico, título preliminar, el principio de integralidad hace referencia al MOHO, incluidos los componentes de volición (motivación), habituación y capacidad de ejecución¹⁰.

Este manual, sin lugar a duda, marcó un hito en el proceso de valoración de la capacidad humana; se considera uno de los avances más importantes en la comprensión y valoración de forma integral e interdisciplinaria, establece la interrelación con los sectores de la seguridad social en Colombia y vincula los aportes que desde la academia construyen procesos equitativos a favor del bienestar social^{10,11}.

Por medio del MUCPCLO, el Estado, la sociedad y los actores interesados han intentado valorar objetivamente las funciones y estructuras corporales, actividades y principalmente los modos de participación, orientado a una práctica más integrativa (incluye todas las dimensiones del ser humano) en la correcta evaluación del título II, el cual incluye la “Valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales”¹⁰. Este abordaje específico inició con la participación de terapeutas ocupacionales en el diseño del manual (pilotaje y establecimiento) y, posteriormente, en el decreto vigente y en la mayoría de los cursos-diplomados de formación en el país. Igualmente, es importante resaltar que la Ley 949 de 2005 “Por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de Terapia Ocupacional en Colombia”, en su artículo 3.º, numeral 4, faculta a estos profesionales para la participación en análisis de puestos de trabajo, procesos de calificación de invalidez y atención de la discapacidad, enmarcados en programas de salud y seguridad en el trabajo¹².

Tales participaciones de terapeutas ocupacionales permitieron el entendimiento de conceptos como la ocupación, el ciclo vital, el rol ocupacional y las actividades integralmente definidas en el MOHO y otras bases teóricas de la Terapia Ocupacional^{2,9}. Sin embargo, el desconocimiento de diferentes actores gubernamentales y sociales sobre las valoraciones ocupacionales como insumo desde la rehabilitación para la calificación de PCLO ha influido en la aparición de diversas interpretaciones en la aplicación del MUCPCLO, lo que origina con frecuencia controversias con este título, su valoración inicial y el concepto final¹³⁻¹⁵.

Por lo anterior, es objetivo del presente estudio analizar y proponer la valoración del DO desde la Terapia Ocupacional como aspecto integrador en el proceso de calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

Métodos

Contexto del estudio

La valoración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional (PCLO), específicamente para el título II, implica la evaluación de la capacidad de ejecución, dependencia y la consideración de uso de dispositivos o tecnologías de asistencia. Se realiza junto al capítulo I, cuando se alcanza la mejoría médica máxima (MMM), se termina el proceso de rehabilitación integral y, en todo caso, antes de cumplir los 540 días calendario de ocurrido el accidente o diagnosticada la enfermedad¹⁰.

En este sentido, el quehacer del terapeuta ocupacional juega un papel fundamental tanto en los procesos de rehabilitación integral contemplados en el *Manual de rehabilitación y reincorporación de los trabajadores al sistema general de riesgos profesionales*¹⁶ como en la calificación de la PCLO, puesto que finalizada la rehabilitación, se emite un concepto ocupacional basado en la evaluación del DO, que será insumo posterior para la calificación de PCLO con énfasis en el título II, por ser equivalente a lo solicitado en esta parte del proceso y dar sustento para una evaluación objetiva.

Es importante tener en cuenta que en la calificación de PCLO dos normativas facultan al terapeuta ocupacional como profesional que aporta en este proceso, específicamente, la Ley 949 de 2005 anteriormente mencionada¹² y el Decreto 1352 de 2013 en su artículo 10, numeral 15, donde se expresa que se debe “Garantizar que la valoración del paciente por parte del médico ponente deberá realizarse individualmente o en forma conjunta con el terapeuta físico u ocupacional o el psicólogo, quienes harán la valoración del rol laboral, rol ocupacional y otras áreas ocupacionales”¹⁷.

Este estudio se encuentra ubicado en la fase final de la calificación de PCLO del título II, puesto que responde a la necesidad de realizar evaluaciones de Terapia Ocupacional antes de la calificación de PCLO, dado que los tiempos y funciones de los calificadores no son realizar las evaluaciones, sino basarse en los conceptos previos, que en el deber ser se otorgarían a partir de los procesos de rehabilitación integral. Haciendo la similitud con la calificación de una enfermedad cardiovascular, el médico calificador requiere de un concepto a partir de un ecocardiograma, como prueba reina para conceptuar sobre la deficiencia o daño corporal, así, el terapeuta ocupacional y/o el profesional que evalúe el título II requiere conocer el DO de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales, el esparcimiento y el trabajo o estudio.

Diseño

Estudio de tipo transversal analítico donde se aplica un instrumento de evaluación basado en el DO y, posteriormente, se realiza un análisis comparativo con los resultados de calificación del capítulo 3 “Calificación de otras áreas ocupacionales” del título II del MUCPCLO¹⁰.

Participantes

Los trabajadores de la muestra fueron incluidos a partir de una convocatoria en el marco de los convenios docencia-servicio entre la Universidad Nacional de

Colombia y una administradora de riesgos laborales (ARL) en Colombia; estos cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Pertenencia al sector formal de trabajo y vinculación a una ARL.
- Presentar alguna alteración en diversas estructuras o funciones corporales, limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad laboral (AT-EL).

Instrumentos

Dentro de los instrumentos, se aplicó la escala de evaluación ocupacional postulada por Paganizzi¹⁸ y adaptada para el contexto colombiano previamente¹⁹, en la cual se identifica una convergencia de conceptos a partir de la CIF⁸ y el *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional*⁶; esta proporciona una valoración amplia del DO en cuanto a las áreas de 1) aprendizaje y aplicación del conocimiento, 2) comunicación y sociales, 3) movilidad, 4) cuidado personal y vida doméstica¹⁸. Previa a la aplicación, se cuenta con validación de contenido a partir del concepto de docentes e investigadores expertos en el área de salud laboral y Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Colombia y, consecuentemente, la aplicación de una prueba piloto.

Como resultado de la calificación y complementario al proceso, se emitió un concepto ocupacional, el cual se articula como eje para el posterior análisis con los instrumentos de calificación contemplados en el capítulo 3 “Calificación de otras áreas ocupacionales” del MUCPCLO¹⁰.

En cuanto a los procesos de evaluación, el área de autonomía personal y tecnología del Laboratorio de la Ocupación Humana, ubicado en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, fue el espacio elegido para la aplicación del instrumento, dado que allí se cuenta con espacios específicos de simulación del hogar, trabajo y con tecnología para

el análisis de las AVD y demás áreas ocupacionales. Los sujetos seleccionados para el estudio aceptaron su participación a través del diligenciamiento y firma del consentimiento informado, en el cual se les comunicó sobre los procesos de evaluación, resultados e implicaciones. El presente estudio se enmarcó en el respeto a los principios éticos contemplados en la Declaración de Helsinki²⁰ y siguió los reglamentos de la Resolución 8430 de 1994 para investigación científica en salud; se identificó un riesgo mínimo²¹.

Resultados

Dentro de la convocatoria abierta para conformar la muestra de este estudio y en estricto seguimiento de los criterios de inclusión, la población participante estuvo finalmente conformada por seis sujetos. Las características generales se detallan en la **Tabla 1**. Tras contar con la especificidad del caso AT-EL, se buscó ahondar en la condición de salud, con base en el diagnóstico actual del participante a través de su historia clínica; se identificó alteración en estructuras o funciones corporales (los detalles se encuentran en la **Figura 1**).

Tabla 1. Características generales de los participantes.

Variable	Población (n= 6)
Sexo	
Femenino	50 %
Masculino	50 %
Edad	
Media	38.8
Rango	25-50
Sector productivo	
Servicios	2
Industrial	2
Administrativo	1
Financiero	1
Evento laboral	
Accidente	66,6 %
Enfermedad	33,3 %

Fuente: elaborado por autores con base en los datos del estudio.

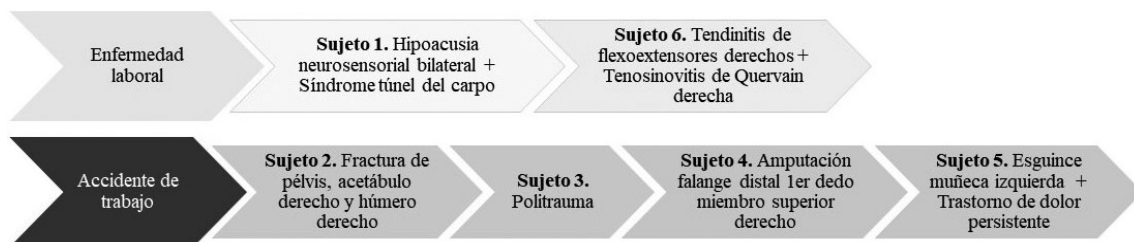


Figura 1. Condiciones específicas del caso AT-EL.

Fuente: elaborado por autores con base en los datos del estudio.

Valoración del desempeño ocupacional: factor integrador en la calificación de la pérdida de capacidad laboral y ocupacional

En cuanto a la escala de evaluación ocupacional adaptada, se realizó una descripción detallada de los resultados parciales por ítem y totales a nivel general, el total acumulado y la observación principal de esta escala (Tabla 2). Con base en el proceso evaluativo llevado a cabo, se elaboró un concepto ocupacional integral apoyado en el desempeño como parámetro

para la calificación del capítulo 3 “Calificación de otras áreas ocupacionales” en el MUCPCLO (10) (Tabla 3). Finalmente, se efectuó un análisis comparativo resultante de las Tablas 2 y 3, con el fin de identificar factores diferenciales e integradores del proceso global (Figura 2).

Tabla 2. Resultados del instrumento aplicado.

Sujeto	Puntaje en escala de evaluación ocupacional*						Observaciones
	Aprendizaje y aplicación del conocimiento 84ptos	Comunicación y sociales 20ptos	Movilidad 152ptos	Cuidado personal 88ptos	Vida doméstica 60ptos	Puntaje acumulado	
1	21	9	24	32	9	95	Valoración global: Dependencia moderada
2	0	0	22	4	0	26	Valoración global: Dependencia leve
3	2	2	40	14	24	82	Valoración global: Dependencia leve
4	4	0	30	12	11	57	Valoración global: Dependencia leve
5	9	0	61	37	22	129	Valoración global: Dependencia moderada
6	0	0	33	23	10	66	Valoración global: Dependencia leve

*Puntaje refleja una valoración de dependencia, a mayor puntaje mayor valor de dependencia.

Fuente: elaborado por autores con base en los datos del estudio.

Tabla 3. Tabla de comparación analítica entre resultados principales y valoración del MUCPCLO.

Sujeto	Concepto ocupacional integrador (incluye valoración Tabla 2)	Calificación capítulo 3 “Calificación de otras áreas ocupacionales” en el MUCPCLO											
		Otras Áreas Ocupacionales											
1	Valoración global del 26% que corresponde a un nivel 2 de dependencia (moderada). Se evidenció un grado de dependencia leve para las áreas táctil, auditiva y visual. En el área comunicación y social debido a la hipoacusia, refleja dependencia leve-moderada para respetar turnos, reconocer la perspectiva de otros y mantener un espacio físico aceptable durante un diálogo. Se obtuvo una dependencia leve para la movilidad y transferencias por presentar dolor en el miembro superior derecho. En cuidado personal se evidencia dependencia leve en la participación de actividades de lavarse, cuidado de partes del cuerpo e higiene, pero moderada en vestido junto con la actividad sexual. En vida doméstica, se presentó dependencia moderada en limpieza y quehaceres de la casa.	Aprendizaje y conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	0.2
			0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	0.6
			0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	
		Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	0.4
			0.0	0.0	0.1	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		Autocuidado	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	1.3
	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.0	0.2	0.2	0.0			
Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	0.5		
	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0			
Total Capítulo												3.0	
2	Valoración global de 5% que corresponde a un nivel 1 de dependencia (leve). Área de aprendizaje y conocimiento preservada. En comunicación y social, el trabajador conservaba sus habilidades y alcanzó independencia. En movilidad se encontró un nivel de dependencia leve durante la ejecución de actividades que exijan pronosupinación del antebrazo, cambio de posturas y posiciones con el miembro superior izquierdo. En cuidado personal se obtuvo dependencia leve en participación en la actividad de cuidado de partes del cuerpo, vestido y calzado, además de la actividad sexual en estrecha relación con las lesiones en miembros inferiores. En vida doméstica se conservaron las habilidades y alcanzó independencia.	Aprendizaje y conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	0.4
			0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		Autocuidado	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	0.5
	0.0	0.1	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.1	0.0			
Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	0.0		
	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
Total Capítulo												0.9	

Continuación **Tabla 3.**

Sujeto	Concepto ocupacional integrador (incluye valoración Tabla 2)	Calificación capítulo 3 “Calificación de otras áreas ocupacionales” en el MUCPCLO											
3	Valoración global de 22% que corresponde a un nivel 1 de dependencia (leve). Se evidenciaron manifestaciones episódicas de alteración en el área auditiva (nivel neurosensorial) y en el área de comunicación y social. En movilidad se observó dependencia leve en el mantenimiento de posturas y posiciones del cuerpo, moderada para desplazarse en el entorno, por diferentes lugares en su espacio conocido y aun usando equipos de soporte; dependencia moderada en el desplazamiento con uso de transporte como pasajero. En cuidado personal se obtuvo dependencia leve para mantener la salud física y nutricional, además de vestirse y quitarse la ropa; moderada para tareas como seleccionar prendas y asumir comportamientos de autocuidado. En cuanto a la vida doméstica se evidenció dependencia moderada para llevar a cabo tareas domésticas y moderada en la tarea de cuidar de otros.	Otras Áreas Ocupacionales											
		Aprendizaje y conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	0.8
			0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.2	0.1	0.2	0.0	0.0
		Autocuidado	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	0.9
			0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0
		Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	1.1
	0.0	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		
Total Capítulo											2.8		
4	Valoración global de 15% que corresponde a un nivel 1 de dependencia (leve). En aprendizaje y aplicación del conocimiento, se evidenció una dependencia leve para las áreas auditiva, visual y vestibular-propioceptiva; además, moderada para el registro de experiencias de tipo táctil, provocado por alteración de la sensibilidad dada por la amputación del pulpejo del 1er dedo de la mano derecha. En movilidad, se obtuvo dependencia leve para realizar ciertos agarres y moderada para levantar y llevar objetos, realizar pinza tripode y latero-lateral; también severa para agarre cilíndrico y pinza fina. En cuidado personal dependencia leve para la ejecución de tareas que involucraban movimientos de la mano derecha. En vida doméstica se observó dependencia leve para mantenimiento del hogar y moderada para tareas que implicaban movimientos con los miembros superiores.	Otras Áreas Ocupacionales											
		Aprendizaje y conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	0.6
			0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Autocuidado	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	0.8
			0.1	0.1	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	0.8
	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0		
Total Capítulo											2.2		
5	Valoración global de 35% que corresponde a un nivel 2 de dependencia (moderada). En aprendizaje y aplicación del conocimiento se evidenciaron alteraciones episódicas. En comunicación se identificaron habilidades conservadas. En movilidad se registró una dependencia moderada a severa para posturas y posiciones, agarres y ejecución patrones funcionales que exijan movimientos del miembro superior izquierdo. En cuanto a la actividad de autocuidado se identificaron alteraciones moderadas para bañarse y cuidado del cuerpo, además de moderadas para vestirse, desvestirse y ponerse calzado. Se evidenció dependencia moderada en cuidado personal para la actividad sexual relacionada con los trastornos de dolor persistentes. Finalmente, dependencia moderada para actividades instrumentales como preparación de alimentos, quehaceres y limpieza del hogar con el cuidado de otros.	Otras Áreas Ocupacionales											
		Aprendizaje y conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	1.1
			0.3	0.0	0.2	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Autocuidado	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	1.5
			0.2	0.2	0.0	0.3	0.3	0.3	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
		Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	1.0
	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0		
Total Capítulo											3.6		
6	Valoración global de 16% que corresponde a un nivel 1 de dependencia (leve). En movilidad se registró dependencia leve a moderada para la realización de algunos agarres y patrones funcionales, originado por presencia de dolor; además se observó dependencia severa para ejecutar la pinza dígito lateral y dependencia total para llevar a cabo cambio de decúbito lateral derecho. En cuidado personal, presentó dependencia leve a moderada para acicalamiento, vestido, mantenimiento de la salud y participación en la actividad sexual; además se halló dependencia severa para realizar alcances que exigen la ejecución del movimiento de flexión de hombro en el miembro superior derecho. Así mismo, se evidenció dependencia moderada para mantenimiento, cuidado y limpieza del entorno en el hogar.	Otras Áreas Ocupacionales											
		Aprendizaje y conocimiento	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	1.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Comunicación	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	2.9	2.10	0.0
			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Movilidad	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	0.6
			0.2	0.0	0.1	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Autocuidado	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	4.6	4.7	4.8	4.9	4.10	1.0
			0.2	0.2	0.0	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
		Vida doméstica	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	5.6	5.7	5.8	5.9	5.10	0.8
	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0		
Total Capítulo											2.4		

Fuente: elaborado por autores con base en los datos del estudio.

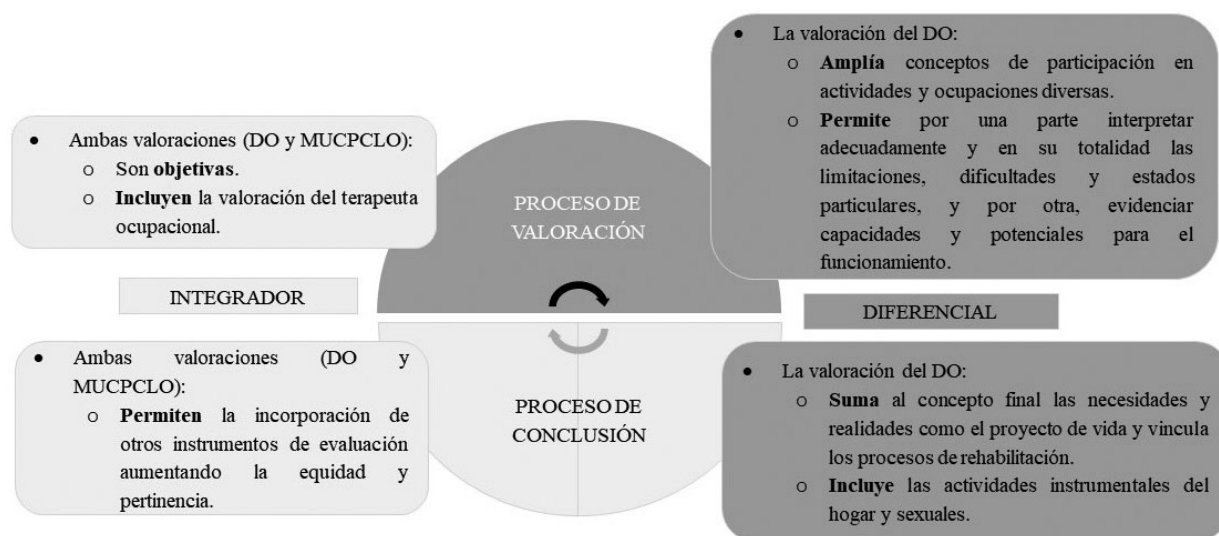


Figura 2. Análisis resultante entre los procesos de valoración del DO y MUCPCLO donde se identifican factores diferenciales e integradores.

Fuente: elaborado por autores con base en los datos del estudio.

Discusión

Este estudio presenta los resultados de la aplicación de la escala de evaluación ocupacional —un instrumento de valoración previamente adaptado, postulado por Paganizzi¹⁸, comparado con el instrumento técnico reglamentado para Colombia (capítulo 3 “Calificación de otras áreas ocupacionales” del MUCPCLO¹⁰)— a un grupo de sujetos participantes del estudio. Se identificaron los puntos de encuentro y de diferencia de los dos instrumentos técnicos (**Figura 2**); se resaltan especialmente las potencialidades en el manejo de la valoración de la capacidad humana desde el DO. Este proceso tiene como propósito resaltar la importancia de generar métodos de calificación de PCLO objetivos, que incluyan resultados de análisis que permitan evaluar específicamente el desempeño de la persona bajo un ambiente real o simulado de manera válida, y hacer evidentes las habilidades y capacidades para su participación social en las AVD.

En cuanto a la discusión de los casos de accidente de trabajo y enfermedad laboral, se resalta la importancia de aplicar una evaluación consciente, que tenga en cuenta el diagnóstico (**Figura 1**) con el posible pronóstico ocupacional (**Tabla 2**), basado en el uso de múltiples instrumentos desde una concepción clara de modelos y supuestos teóricos como el MOHO, a partir del cual se plantea un concepto más amplio y contextual del funcionamiento de los trabajadores. Una vez comparados los resultados de las valoraciones, ambas tienen tendencias similares y cumplen con su papel

primordial: la evaluación de capacidades, habilidades y dificultades que se presentan en la interacción del sujeto con la participación en actividades cotidianas, tareas, roles, entre otros.

Las **Tablas 2 y 3** se interrelacionan en las similitudes mencionadas y en la presentación de resultados equiparables de valoración; sin embargo, la evaluación del DO, sumada a las herramientas del terapeuta ocupacional como la historia ocupacional, la observación de la acción-participación y un enfoque centrado en la ocupación, permite obtener información fundamental y develar puntos que complementan el concepto de funcionamiento en actividades específicas de movilidad, autocuidado, vida doméstica y otras como la sexualidad y el cuidado de otros. De las herramientas anteriormente mencionadas, se deriva un conjunto de análisis y factores (**Figura 2**) aplicables al proceso de calificación de la PCLO. Específicamente, el reconocimiento de factores diferenciales a favor del DO ratifica la necesidad de proporcionar una calificación integral y pertinente que amplíe el conocimiento en un caso por evaluar, interprete la totalidad de la condición y situación del sujeto, sume la perspectiva ocupacional y futura de la persona, para finalmente incluir detalles que se enmarquen en la visión holística e integral de la PCLO.

Las pruebas y observaciones utilizadas en la presente investigación permiten mejorar la objetividad global del proceso de valoración, puesto que evalúan el desempeño de la persona en ambientes reales o

simulados y proporcionan información precisa sobre el hacer ocupacional en las actividades que participa el ambiente extralaboral, en donde se contemplan las habilidades/dificultades de la persona, y, finalmente, permite conocer las interacciones contextuales, cotidianas, entre otras.

La experiencia adquirida durante el proceso de evaluación permitió a los investigadores conocer los puntajes dentro de una escala, así como los significados y subjetividades inmersos en la ocupación y asociados al proyecto de vida posterior al evento en el trabajo. Lo anterior refleja la oportunidad para contemplar nuevas formas de abordaje en el proceso de rehabilitación integral como insumo para la calificación de PCLO, así como para futuras investigaciones en el área que vinculen las evaluaciones que complementan la calificación del título II, en lo que respecta al rol laboral y ocupacional.

Las ideas precedentes se tienen en cuenta, ya que aún existen evidencias en donde los profesionales calificadoros se centran específicamente en su campo de estudio y no incluyen las evaluaciones complementarias de Terapia Ocupacional. Como consecuencia de esto, los resultados pueden ser sesgados y dar mayor relevancia a ciertos criterios profesionales en la calificación de PCL, como se ve reflejado en un estudio comparativo entre los puntajes otorgados por médicos y fisioterapeutas en el título segundo del MUCPCLO²². Esto debido a que la calificación no se centra únicamente en las deficiencias ni estrictamente en las áreas ocupacionales relacionadas con la movilidad, puesto que se pueden alterar otras áreas relacionadas con el aprendizaje y conocimiento, comunicación, cuidado personal y vida doméstica, las cuales a su vez afectan la determinación del rol laboral.

Consecuentemente, se evidencian otras posturas más específicas en torno a este tema donde se pone en consideración la necesidad de diferenciar el rol del calificador y otras disciplinas como las interconsultoras, y la existencia de otras situaciones que dejan entrever prácticas poco objetivas basadas en el desconocimiento o en imaginarios que afectan a las personas sujetos de calificación y la calidad de los dictámenes esperados¹³.

Basados en el sustento de la **Figura 2** y en las reflexiones suscitadas a partir de los resultados, los autores del presente estudio identificaron la necesidad de articular el DO al proceso de valoración y establecer evaluaciones acordes con las exigencias del medio,

que contemplen abordajes cotidianos y enfoques desde el modelo biopsicosocial. Finalmente, es necesario generar una calificación de PCLO correcta, independientemente del perfil profesional, puesto que en este punto la idoneidad no radica en la disciplina, sino en el procedimiento y rigurosidad para solicitar, revisar e interpretar la información que deriva de las evaluaciones ocupacionales, que son indispensables para la calificación de PCLO, en este caso del capítulo 3 del título II.

Adicionalmente, se ratifica la necesidad de equipos multidisciplinares para la valoración de la PCLO, que en la actualidad solo se refleja en primera (Junta Regional) y segunda instancia (Junta Nacional) como escenarios competentes para dirimir las controversias originadas con las calificaciones emitidas por las entidades de la seguridad social en primera oportunidad.

En síntesis, es pertinente destacar la experticia de los profesionales en Terapia Ocupacional en su competencia para evaluar las alteraciones del DO provocadas por cualquier tipo de patología o evento que interrumpa la participación social de la persona al desarrollar actividades de autocuidado, juego, esparcimiento y trabajo; las cuales se deben abordar en el proceso de rehabilitación integral como insumo para la calificación de la PCLO. Esta afirmación controvierte entonces otras posiciones y hace el llamado a entender y aplicar correctamente conceptos como la ocupación y la participación en la actividad, otorgar importancia a diferentes instrumentos como la historia ocupacional (la cual hace parte de las evaluaciones de rehabilitación laboral y ocupacional), las pruebas de trabajo, análisis y pronósticos ocupacionales, entre otros^{23,24}.

Finalmente, dentro de las fortalezas y limitaciones se encuentran las siguientes: 1) como fortalezas, este estudio pone en tensión actuales discusiones en el marco de la calificación de la PCLO; dirige las tendencias en el país para tener en cuenta no solo el rol importante y esencial del terapeuta ocupacional para la valoración del título II, sino la evaluación del DO y la ocupación como tal, previa al proceso de calificación desde la primera oportunidad, con el fin de promover calificaciones objetivas y disminuir la cantidad de demandas y fallos en contra de los dictámenes emitidos en instancias de Juntas Regionales, Junta Nacional e inclusive la justicia ordinaria. 2) Como limitaciones, la muestra reducida de los participantes junto con la definida cantidad de estudios en esta área son dificultades que no permiten ahondar en esta discusión; esto puede considerarse como una oportunidad para desarrollar estudios con diseños

ambiciosos, con mayor cantidad de participantes, que, de esta manera, generen debates y reflexiones desde diversas comunidades: civiles, científicas, académicas, entre otras.

Conclusiones

A partir de los casos evaluados se puede concluir que la valoración del DO desde Terapia Ocupacional es un aspecto integrador en el proceso de calificación de la PCLO, en la medida en que estos son transversales a un conjunto de conceptos y de acciones que se enmarcan, al menos para el título II, en la importancia de comprender el contexto, la realidad del sujeto por evaluar, las repercusiones que van más allá de las físicas/funcionales, las cuales trascienden a la ocupación, la participación y el quehacer. Este proceso de entendimiento debe estar mediado necesariamente por conceptos como el DO, la ocupación y la participación significativa; en este estudio se evidencian entonces las similitudes de la evaluación entre instrumentos y sobre todo se resaltan las oportunidades de articulación entre la terapia ocupacional y el MUCPCLO para lograr una valoración justa y equitativa.

Igualmente, se evidencia que el terapeuta ocupacional posee la experticia y facultad para abordar a la persona en la ejecución de actividades cotidianas, teniendo en cuenta las demandas de la actividad, las destrezas de ejecución, las características del individuo, los patrones de ejecución, el contexto, el entorno y las áreas de ocupación, por lo que se resalta su intervención desde las fases que anteceden a la calificación de PCLO.

Es importante que los diferentes organismos gubernamentales e intersectoriales tales como el Ministerio del Trabajo, ARL, Juntas de Calificación, instituciones prestadoras de salud, universidades y empresas tengan en cuenta la humanización que se plantea en la evaluación detallada en estudio permitiendo así que los procesos de calificación de PCLO (los cuales por lo general son estandarizados) consideren el DO de la persona; de allí la relevancia de la evaluación y demás acciones que el terapeuta ocupacional realiza en esta área.

Así mismo, cabe resaltar que la participación del terapeuta ocupacional en políticas públicas ha permitido realizar aportes soportados desde los conocimientos propios de área, que han contribuido en la construcción de baremos como el MUCPCLO, que se fundamentan en el estudio de la ocupación y en sus bases teórico-

prácticas que han posibilitado retroalimentar los procesos académicos, investigativos y apoyan el cumplimiento de la misión de proyección social.

Agradecimientos

Al Laboratorio de la Ocupación Humana de la Universidad Nacional de Colombia, a la administradora de riesgos laborales (ARL) y a los sujetos quienes participaron y permitieron la reflexión del presente estudio.

Conflictos de interés

No existen conflictos de interés ni financiación que declarar por parte de los autores.

Referencias

1. Law MC, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian occupational performance measure: COPM. CAOT Publ. ACE; 1998.
2. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther.* 1990; 57(2): 82-87.
3. Law M, Cooper B, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Can J Occup Ther.* 1996; 63(1): 9-23.
4. Polatajko HJ, Mandich A, Martini R. Dynamic performance analysis: A framework for understanding occupational performance. *Am J Occup Ther.* 2000; 54(1): 65-72.
5. Trujillo Rojas MA. Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia. 2000. p. 760.
6. Occupational therapy practice framework: Domain and process—Fourth Edition. *Am J Occup Ther.* 2020; 74(Supplement_2): 7412410010p187. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
7. Senra LA. Una evaluación ocupacional: marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional de la asociación americana de terapia ocupacional: dominio y proceso. *Rev Elect Ter Ocup Galicia, TOG.* 2012; (15): 14.
8. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization; 2001.
9. Kielhofner G. A model of human occupation: Theory and application. Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

10. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1507 de 2014. Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional. Colombia; 2014. <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/51963/Manual+Unico+de+Calificaciones+Decreto.pdf/7d224908-ef78-1b90-0255-f62a3e409e4c>
11. Moreno Angarita M, Rubio SX, Angarita Rodríguez DC. Valoración de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en Colombia: antecedentes, realidades y perspectivas de actualización. Inst Desarro Humano,(Dis) Capacidades, Diversidades; 2011. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/49463?show=full>
12. Colombia. Congreso de la República. Ley 949 de 2005 (marzo 17): Por la cual se dictan normas para el ejercicio de la profesión de terapia ocupacional en Colombia, y se establece el Código de Ética Profesional y el Régimen Disciplinario correspondiente. Diario Oficial 45853. 2005. <https://bit.ly/1BeAbIN>
13. Suárez HR. Caracterización de competencias profesionales necesarias para los médicos calificadoros de la pérdida de la capacidad laboral y ocupacional en Colombia. Rev IUS. 2020; 14(45): 141-160.
14. Solano Suárez RE. Justicia compensatoria y calificación de pérdida de capacidad laboral en Colombia. [Tesis de maestría] Pontificia Universidad Javeriana; 2016. Recuperado de: <https://repositorio.javeriana.edu.co/handle/10554/19453>
15. Boada Mojica JR, Moreno Angarita M. 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. 2013; Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/49462>
16. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud y protección Social. Manual de rehabilitación y reincorporación de los trabajadores al sistema general de riesgos profesionales. Colombia; 2010. [https://www.libertycolombia.com.co/sites/default/files/2019-07/Manual para rehabilitacion 2012.pdf](https://www.libertycolombia.com.co/sites/default/files/2019-07/Manual%20para%20rehabilitacion%202012.pdf)
17. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1352 de 2013. “Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez, y se dictan otras disposiciones.” Decreto 1352 de 2013 Colombia; 2013.
18. Paganizzi L. Terapia ocupacional psicosocial: escenarios clínicos y comunitarios. 1st ed. Polemos, editor. Buenos Aires: Polemos; 2007.
19. Ballén Ávila A del C, Villabón Guerrero KE, Luna Novoa IA, Guzmán-Suárez OB. Importancia de la evaluación de terapia ocupacional para emitir el concepto ocupacional, en el cierre de los casos de rehabilitación integral, como proceso previo a la calificación de la pérdida de capacidad laboral. Universidad Nacional de Colombia; 2012.
20. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. Bull World Health Organ. 2001; 79(4): 373.
21. Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud y protección Social. Resolución número 8430 de 1993 Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Ministerio de salud Bogotá; 1993.
22. Valencia Echeverri C. Comparación de la calificación emitida por médico laboral versus fisioterapeuta aplicando los manuales únicos de calificación de pérdida de capacidad laboral y ocupacional colombianos. Universidad de Antioquia. Universidad de Antioquia; 2019.
23. Arango Soler JM, Correa Moreno YA, Méndez Castillo JA. Retos de la terapia ocupacional en salud pública. Rev Fac Med. 2018; 66(3): 375-383.
24. Guzmán-Suárez OB. Participación de la terapia ocupacional en políticas públicas de salud laboral: un desafío profesional. Rev Fac Med. 2019; 67(4): 515-520.