

VULNERABILIDAD SOCIAL Y ECONÓMICA ANTE UNA DECLARATORIA DE INVALIDEZ DERIVADA DE UN EVENTO LABORAL

Nataly Agudelo Aldana.

RESUMEN

Los accidentes de trabajo y enfermedades laborales pueden convertirse en declaratorias de invalidez si la pérdida de capacidad laboral supera el 50 por ciento. Estas declaratorias cuenta con cobertura dentro del Sistema General de Riesgos Laborales de Colombia, por medio de prestaciones económicas y asistenciales, aun así la condición de discapacidad puede generar repercusiones en la vida de las personas, en la familia y en la sociedad que no necesariamente alcanzan a ser cubiertas por el sistema de la seguridad social, generando condiciones de riesgo que incrementan su vulnerabilidad. Con el fin de identificar el comportamiento de variables sociales y económicas en trabajadores objeto de reconocimiento prestacional de mesada pensional, por la declaratoria de invalidez derivada de un evento laboral accidente de trabajo o enfermedad laboral, se realizó un estudio descriptivo mediante la revisión del sistema de información de una Administradora de Riesgos Laborales, perteneciente al Sistema de Seguridad Social colombiano, con el fin de analizar la vulnerabilidad social, económica y elaborar una matriz de riesgos individuales para categorizar a las personas por nivel de intervención. El estudio permite determinar, la alta frecuencia de las variables que determinan la multidimensionalidad de la pobreza: bajos ingresos, vivienda no propia, bajo nivel de educación, necesidad de cuidador, e índice de hacinamiento, a las que se les unen variables relacionadas con el tipo de discapacidad, la temprana edad de aparición de esta nueva condición de salud, al igual que la ruptura de la relación con la empresa con el trabajador o la trabajadora con la cual

estaba vinculado al momento de presentarse la declaratoria de invalidez, tales descriptores son reconocidos en la bibliografía consultada sobre el tema como agravantes de la vulnerabilidad y de la exclusión que surgen ante una condición de discapacidad. El estudio, determina la necesidad de realizar intervenciones interinstitucionales, al igual que alianzas público privadas, para abordar la problemática de la invalidez por encima de las prestaciones estipuladas en la norma para la seguridad social. También se plantea una propuesta de ajustes a los instrumentos utilizados por el sistema para la recolección de la información con la inclusión de variables sobre el cuidador como actor importante en el proceso de recuperación del nivel de salud individual y social de las personas inválidas, no contemplados en el método de seguimiento.

PALABRAS CLAVE: Invalidez, Riesgos laborales, Contexto económico, Contexto social, Vulnerabilidad, Discapacidad

INTRODUCCIÓN

La Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y de la salud (CIF), determina que el concepto de discapacidad ha sido definido desde varios modelos como: *“un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Entendiendo por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad, factores personales y ambientales.”*¹

El **modelo médico** la define como restricción o ausencia de la capacidad para realizar actividades dentro de lo considerado normal para una persona, ya sea por una enfermedad, o por su condición de salud. El **modelo social** la considera un problema de origen social, que busca la integración persona-sociedad. Sin embargo, como la discapacidad es un

¹ Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, CIF, 2001

concepto que está en constante evolución, el *modelo Bio – psicosocial* mezcló las dos perspectivas descritas anteriormente determinando entonces , que es necesario ver ser humano en tres aspectos: biológico, psicológico y social, con limitaciones para las actividades y restricciones en la participación que pueden ser por causa o por consecuencia de la condición de salud (Organización Mundial de la Salud, 2001) (Collado, Situación Mundial de la Discapacidad, 2013).

Según cifras de la Organización mundial de la salud (OMS) en el año 2011, más del 15% de la población mundial presenta alguna discapacidad. La prevalencia en mujeres es más alta que en hombres y oscila entre el 11,8% países desarrollados y el 18% en países en desarrollo, (Organización Mundial de la Salud, 2011). Según cifras del DANE en Colombia cerca de 3 millones de personas tienen algún tipo de discapacidad (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2005).

Según la ley 776 de 2002 la discapacidad dentro del Sistema de Riesgos Laborales se reconoce desde el momento en que el trabajador cursa por Incapacidad Temporal, pasa a Incapacidad Permanente parcial y luego se configura como Invalidez, estableciendo las prestaciones económicas que incluyen subsidio por incapacidad, indemnización, pensión de invalidez, pensión de sobrevivientes y auxilio funerario.

La invalidez puede abordarse desde diferentes contextos, y presentar impactos relevantes en cada uno de ellos como:

LA INVALIDEZ DESDE EL CONTEXTO SOCIAL

Está descrito en la literatura cómo las personas con discapacidad, y una de sus formas la invalidez, son vulnerables en entornos sociales en los cuales las posibilidades de accesibilidad, adaptación, ajustes razonables, participación son limitados. Así mismo,

enfatisa que de acuerdo al tipo de invalidez pueden requerir un nivel mayor de asistencia en salud, experimentan mayores afecciones secundarias como infecciones, osteoporosis y dolor crónico, presencia de comorbilidades relacionadas con la edad, e incremento de comportamientos nocivos, incluso muerte prematura por inadecuada alimentación e inactividad física (Gómez & Cuervo, 2007). Existen otras barreras como la exclusión social, que afecta negativamente aspectos del desarrollo humano, visto como privación social, privación política y privación económica (Burgos, Sanhueza, & Vargas, 2011). De igual forma, se puede presentar exclusión efectiva, por falta de inclusión en los programas de rehabilitación integral para poblaciones alejadas, difícil acceso a comunicaciones y tecnologías, deficiencias en el transporte público, barreras educativas y laborales. (Hernández & Cruz, 2006).

INVALIDEZ Y EL CONTEXTO ECONÓMICO

Se conoce que las personas con algún grado de invalidez en edad de trabajar registran tasas de empleo menores, aunque existen leyes que prohíben la discriminación para disminuir este flagelo (Ruíz, 2002). De la misma manera, suelen tener ingresos inferiores debido a que laboran con salarios por debajo de los normales, situación que se relaciona con la dificultad que representa para las organizaciones medir la productividad de esta población que se ve afectada por el del tipo de deficiencia, el ambiente de trabajo y las tareas que exige el puesto, derivando en una tasa de ocupación inferior. (Samaniego, 2006) La encuesta de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la ocupación de las personas con invalidez del 2005, informó datos de baja ocupación en países como Sudáfrica (30%) y Japón (38%), y ocupación alta en países como Suiza (81%) y Malawi (92%), estableciendo que las personas con algún tipo de invalidez laboran principalmente en el sector informal (Organización Internacional del Trabajo, 2006).

En Colombia la situación de las personas con invalidez se asemeja al contexto mundial, son vulnerables en términos laborales, teniendo más probabilidad de estar en condición de desempleo, o generar menor remuneración. De la población con invalidez, el 52.3% se encuentra en edad productiva (18 – 60 años), pero solo el 15.5% se encuentra realizando algún tipo de trabajo (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2012) y cerca del 84% reciben una retribución menor a un salario mínimo (Ministerio del Trabajo, 2012). La baja participación en el mercado laboral de las personas inválidas constituyen una de las razones importantes por las cuales la invalidez puede conducir a la pobreza (Gómez, Aristizábal, & Morales, 2015). Otro aspecto que impacta de forma negativa la economía tiene que ver con el cuidado de estas personas que ha sido asumido generalmente por familiares quienes han tenido que renunciar total o parcialmente a desarrollar actividades laborales retribuidas para ejercer esta nueva labor (Jiménez, 2011).

ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES COMO GENERADORES DE INVALIDEZ

Los accidentes de trabajo (suceso repentino) y enfermedades laborales generadas como resultado de la exposición a factores de riesgo presentes en la actividad laboral, son generadores también de invalidez. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ocurren 270 millones de accidentes por año y 160 millones de enfermedades no mortales (Organización Internacional del Trabajo OIT, 2005), estableciendo un fenómeno que genera repercusiones económicas, tanto en los trabajadores y sus familias, así como en las empresas. Estos procesos de invalidez cuentan con prestaciones asistenciales y económicas que obligan a las Aseguradoras de Riesgos Laborales (ARL) a acompañar a la persona en asistencia médica, y prestaciones económicas como el pago de la pensión de invalidez que oscila entre el 60% y 75% del ingreso base de liquidación, cuando la pérdida de la

capacidad laboral (PCL) supera el 50% (Ley 776 de 2002). Las tasas de accidentalidad en el trabajo del país demuestra un descenso producto del esfuerzo de las aseguradoras de riesgos y el gobierno colombiano, pero los casos de invalidez continúan en aumento. Según el Ministerio de Trabajo, en 2013 se pagaron 503 pensiones de invalidez, 177 más que en el año 2012 (Ministerio del Trabajo, 2013), lo que demuestra una creciente tendencia de la problemática, y pérdida de recurso humano en edad productiva, que genera un alto costo para la sociedad, y por ende, acrecentando el riesgo de pobreza.

LA POBLACIÓN MUNDIAL ESTÁ ENVEJECIENDO

Según la OMS “El mundo está envejeciendo a gran velocidad, las personas de 60 años o más simbolizan el 11% de la población mundial y se estima que para el año 2050, esta cifra aumentará hasta el 22%” (Fondo de población de las Naciones Unidas, 2015). Lo preocupante es la reducción de la tasa de natalidad mientras que la esperanza de vida sigue en aumento, generando un acrecentamiento de la población en edades laborales y de adultos mayores. A nivel mundial los países más desarrollados (Japón y Suiza) se encuentran en los primeros puestos de envejecimiento. América Latina contribuye con el 7.3% de la población adulta del mundo (Fondo de Población de Naciones Unidas, 2015), siendo esto proporcional a las mejoras y avances en salud pública, y al mejoramiento general del nivel de vida. El envejecimiento de la población puede generar problemáticas económicas, ya que los países deben provisionar recursos suficientes para asegurar las pensiones, ya sea por edad o por invalidez (que oscilan entre un 0,7% y un 2,6% del PIB en países en desarrollo), y la atención en salud, asumiendo que más del 46% de las personas mayores de 60 años en el mundo padecen algún tipo de discapacidad o invalidez.

En Colombia al igual que América Latina, desde mediados del siglo XX el bono demográfico no se ha estado cumpliendo (relación entre menores de 15 y mayores de 60) (

Ministerio de Salud y Protección Social , 2013), reduciendo el número de personas en edad productiva y duplicando el número de mayores y personas en estado invalidez, trazando nuevos retos para el manejo económico y social de la población (Martínez, 2013).

El envejecimiento, como se explicó anteriormente conlleva a desmejorar del nivel de salud y por tanto es un factor que puede incrementar el número de casos de invalidez.

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR LAS CONSECUENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS DE LA INVALIDEZ

Intervenir la invalidez se ha convertido en un objetivo de desarrollo para los países, debido a que puede aumentar el riesgo de pobreza, y a su vez la pobreza puede acrecentar el riesgo de invalidez (Pinilla, 2015). Esta es una de las razones por la cual se definió el índice de pobreza multidimensional, asumiendo que no solo puede estar definido por ingresos económicos, sino también a este concepto se debe integrar el estado de salud, esperanza de vida, educación y bienestar; siendo una oportunidad para poner en práctica de los objetivos de desarrollo sostenible y asegurando la cobertura de las necesidades básicas, los derechos sociales y económicos (Correa, 2009).

En Colombia se han implementado políticas y estrategias para disminuir los riesgos de las personas con invalidez mediante tres modelos, que se describen a continuación: **1)** Desde 1994 se está desarrollando la rehabilitación basada en la comunidad (RBC), que acopla el trabajo del estado, las personas con invalidez, la familia, la comunidad y las organizaciones, con iniciativas incluyentes para fortalecer el tejido social (Ministerio de Salud, 2014), **2)** La política pública nacional de discapacidad que determina su implementación mediante las diferentes entidades territoriales, la sociedad civil y la ciudadanía como parte del Plan Nacional de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario” (Consejo Nacional de Política Económica y Social, 2004); **3)** El manual de procedimientos

para la rehabilitación y la reincorporación ocupacional que forma parte del plan de rehabilitación de los trabajadores con invalidez, afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP) brindando actividades terapéuticas y de capacitación (Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

LEGISLACIÓN EN COLOMBIA PARA LA INVALIDEZ

En Colombia, desde 1991 en la Constitución Política se propone la protección de las personas sin importar su condición física, económica o mental (art 13), estrategias de rehabilitación, prevención e integración social (art 47) y la ubicación laboral de las personas que estén en edad de trabajar acorde a sus condiciones de salud (art 54).

Desde el 2005 se viene hablando de la Ley contra la discriminación por invalidez promoviendo la igualdad para las personas, estableciendo estrategias, y evaluando la repercusión que tendrían dichas políticas y actividades (Tullo, 2005).

En el campo laboral se han establecido algunas normas para promover la salud y las prestaciones económicas a los trabajadores por medio de un Sistema de Riesgos Laborales que se encuentran consignadas en el Decreto Ley 1295 de 1994, la Ley 776 del año 2002 entre otras. Con la Ley 1562 de 2012 se modificó dicho sistema garantizando que los trabajadores independientes puedan acceder a la seguridad social, se definieron conceptos como el accidente de trabajo y la enfermedad laboral. Por su parte, el Ministerio de Trabajo por medio del Decreto 1507 del 2014 dio origen al manual único para la pérdida de capacidad laboral y ocupacional.

En materia de empleo, la misma cartera ministerial ha implementado la ley 1429 de 2010, con beneficios tributarios y legales, a las empresas y organizaciones que ofrezcan oportunidades laborales a personas con invalidez física, auditiva, mental, intelectual y visual.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo con el fin de analizar los datos de variables socioeconómicas establecidas en el sistema de información que soporta los procesos de gestión del seguimiento de casos de una de las administradoras de riesgos del país (Sampieri, 2003).

“los estudios cuantitativos plantean relaciones entre variables con la finalidad de arribar a proposiciones precisas y hacer recomendaciones específicas.”²

El alcance es correlacional ya que busca identificar la relación y asociación entre las declaratorias de invalidez con las condiciones personales, conformación del grupo familiar, contexto social y económico en un momento determinado del tiempo, siendo para este estudio los años 2015 y 2016.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La información de los eventos de invalidez con asignación de mesada pensional en los años 2015 y 2016, contenida en el sistema de información de una Administradora de Riesgos Laborales perteneciente al Sistema de Riesgos Laborales del país. La base de datos de la cual se obtuvo la información guarda los criterios normativos de la confidencialidad de la historia clínica y de consentimiento informado, al utilizar como fuente de información un archivo previamente depurado ante todo lo concerniente a la identificación de persona y no exponer información alguna de la identificación de datos que personalizarán los sujetos hombres o mujeres objeto de análisis, utilizando para la protección de información y la reserva de la historia clínica un sistema de codificación numérico que identificó el grupo de variables de cada caso.

² Sampieri, H. R, *Metodología de la investigación*. 2003.

DETERMINACIÓN DE LA MUESTRA

Para identificar la muestra probabilística se fijó como unidad de análisis los 37 eventos con declaratoria de invalidez a los cuales se les había asignado mesada pensional al momento de iniciar el estudio. Para el cálculo de la muestra se utilizó la Calculadora de la Universidad Nacional del Nordeste. (Universidad Nacional del Nordeste, 2016)

Tamaño de la población: 37 trabajadores

Error máximo aceptable: 5%

Porcentaje estimado de la muestra: 50%

Nivel de confianza: 99%

Muestra para el estudio: 36 trabajadores

Se seleccionó sistemáticamente a los participantes, teniendo en cuenta lo siguiente:

K = un intervalo de selección sistemática, N = la población y n = la muestra.

$$K = \frac{N}{n} = \frac{37}{36} = 1.02$$

El intervalo fue aplicado al listado muestra construido con la base de datos de las 37 personas con declaratorias de invalidez 2015 – 2016. Sin embargo, debido a que el tamaño de la muestra era muy cercano a la población, se decidió ingresar toda la población como muestra para el estudio.

CARACTERIZACIÓN DEL CONTEXTO PERSONAL, CONFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR, ECONÓMICO Y SOCIAL

Con el fin de aportar en la interpretación de la información, se revisaron las principales variables sobre características personales conformación del grupo familiar, económico y social, así:

En el **contexto personal** se revisaron nueve variables para determinar las características en cuanto al sexo, edad, tipo de invalidez, causa del siniestro, estado civil, nivel de escolaridad, número de hijos, actividades de la vida diaria en las que necesita ayuda y la necesidad de asistencia para socializar.

Para el contexto de **conformación del grupo familiar** se estudiaron seis variables: número de personas en el hogar, número de cuartos, modificación de la mecánica familiar luego del proceso de invalidez, necesidad de un cuidador, edad del cuidador y actividades que realizaba el cuidador anteriormente.

Se estudiaron diez variables en el **contexto económico**: zona en la que viven, estrato, tipo de vivienda, características de la vivienda, servicios públicos, quién realiza aportes económicos en el hogar, ingresos mensuales, cambios económicos en el hogar, necesidad de compartir ingresos con otra familia y vínculo con la empresa para la que trabajaba.

Contexto social: Se tuvieron en cuenta once variables como la dedicación actual, actividades en el tiempo libre, grupos de apoyo, practicar deporte, actividades que realizaba anteriormente, inconvenientes para hacer parte de los diferentes ambientes, situaciones que generan limitaciones, apoyo del gobierno, servicios y asistencia en salud, apoyo de la Administradora de Riesgos Laborales y conocimiento del proceso de invalidez.

DETERMINACIÓN DE LA VULNERABILIDAD DE EXCLUSIÓN SOCIAL DE LOS TRABAJADORES

Para determinar la vulnerabilidad³ de exclusión social teniendo en cuenta dos aspectos sociales y económicos, se tuvieron en cuenta siete variables: porcentaje de pérdida de capacidad laboral (%PCL), personas a cargo, vivienda, escolaridad, cuidador, ingresos e índice de hacinamiento*⁴.

Se puntuaron las variables con 1 para la respuesta detonante y 0 para la respuesta protectora, la suma de las variables generó la puntuación.

VARIABLES		
		VALOR
PCL	< 66%	0
	> 66%	1
Personas a cargo	Si	1
	No	0
Vivienda	Alquilada - Cedida	1
	Propia	0
Escolaridad	Secundaria e inferior a secundaria	1
	Técnico/ Tecnólogo	0
Cuidador	Si	1
	No	0
Ingresos	Entre 1 y 2 SMLV	1
	Entre 2 Y 4 SMLV	0
*Índice de hacinamiento	Hacinamiento	1
	Sin hacinamiento	0

³ “Capacidad disminuida de una persona o un grupo de personas para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos de un peligro natural o causado por la actividad humana, y para recuperarse de los mismos. casi siempre se asocia con la pobreza, pero también son vulnerables las personas que viven en aislamiento, inseguridad e indefensión ante riesgos, traumas o presiones. El grado de vulnerabilidad depende de factores físicos, económicos, sociales y políticos” (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja , 2017).

⁴ Para el Índice de hacinamiento se tomaron como referencia los siguientes indicadores: hasta 2.4 sin hacinamiento; de 2.5 a 4.9 hacinamiento medio y más de 5.0 hacinamiento crítico. (Ministerio de Desarrollo Social, 2013)

$$\text{Ihacinamiento} = \frac{\text{Número de personas que duermen en la vivienda}}{\text{Número de habitaciones en la vivienda}}$$

La puntuación obtenida se dividió en tres rangos para generar una calificación por semáforo.

PUNTUACIÓN	
>5	Alto
3 a 4	medio
0 a 2	bajo

DESARROLLO DE LA MATRIZ DE RIESGO INDIVIDUAL

Para efectuar la matriz se tuvo en cuenta:

1. La proyección de años de vida con invalidez para las personas del estudio que fue semaforizada y dividida en tres rangos: Baja: < 12 a 25 años, Media: de 26 a 39 años y alta: de 40 a 53 años. Este cálculo no se hizo de manera actuarial, ni con las características de sobrevivencia según la patología, se realizó un cálculo aritmético simple teniendo en cuenta la esperanza de vida para la población colombiana según el DANE.
2. La vulnerabilidad de exclusión social de los trabajadores desarrollada en el punto anterior, ítem al que se le proporcionó más peso dentro de la calificación.

Los rangos fueron valorados de la siguiente manera:

<u>Proyección de años</u>	<u>Valor</u>	<u>Vulnerabilidad</u>	<u>Valor</u>
Alta	3	Alta	4
Media	2	Media	2
Baja	1	Baja	1

El nivel de riesgo individual Se determinó siguiendo la fórmula:

$$\text{Nivel de riesgo} = \text{Proyección de años} \times \text{Vulnerabilidad}$$

Los resultados fueron relacionados según el semáforo para identificar el nivel de riesgo correspondiente.

Resultado	Nivel de riesgo
4 – 12	Alto
3-4	Tolerable
1-2	Aceptable

La información obtenida se recolectó en una matriz 3 X 3, consignado cada dato con el número correspondiente a la codificación en la base de datos, Ejemplo: P01 (primera persona en la base de datos).

PROYECCION DE AÑOS		VULNERABILIDAD		
		BAJO 1	MEDIO 2	ALTO 4
ALTO	3		P01	
MEDIO	2			
BAJO	1			

RESULTADOS

Luego de analizar la información obtenida de la base de datos de personas con declaratoria de invalidez entre el 2015 – 2016 se obtienen los siguientes resultados:

CONTEXTO PERSONAL:

De acuerdo con la distribución por sexo, el 91.9% de personas con declaratoria de invalidez son hombres. La información es confrontada con la caracterización de accidentalidad del 2015 - 2016 que indica que la población con mayor accidentalidad es la masculina con un 70.04%, en comparación con la población femenina con un 25.9% en ese periodo de tiempo.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN EN FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR GÉNERO DE CADA VARIABLE DESCRITAS EN EL CONTEXTO PERSONAL EN EL PERIODO 2015 - 2016

VARIABLE	# INDIVIDUOS	% INDIVIDUOS	# INDIVIDUOS POR SEXO				
			H	% H	M	% M	
Rango de edad (años)	< 20	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	21 – 30	9	24.3	8	23.5	1	33.3
	31 – 40	9	24.3	9	26.5	0	0.0
	41 – 50	7	18.9	6	17.6	1	33.3
	51 – 60	11	29.7	10	29.4	1	33.3
	> 60	1	2.7	1	2.9	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Tipo de invalidez	Calificación integral	1	2.7	1	2.9	0	0.0
	Cognitiva	3	8.1	3	8.8	0	0.0
	Física	25	67.6	23	67.6	2	66.7
	Física - Cognitiva	5	13.5	5	14.7	0	0.0
	Órganos de los sentidos	2	5.4	2	5.9	0	0.0
	Multimorbilidad	1	2.7	0	0.0	1	33.3
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Estado civil	Soltero (a)	7	18.9	6	17.6	1	33.3
	Casado (a) /Unión libre	30	81.1	28	82.4	2	66.7
	Separado (a) /Divorciado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Viudo (a)	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
	Nivel de escolaridad	Primaria	13	35.1	13	38.2	0
secundaria incompleta		7	18.9	7	20.6	0	0.0
Secundaria		12	32.4	10	29.4	2	66.7
Técnico/tecnólogo		4	10.8	3	8.8	1	33.3
Universitario		0	0.0	0	0.0	0	0.0
Ninguno		1	2.7	1	2.9	0	0.0
TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0	
Número de hijos	0	6	16.2	5	14.7	1	33.3
	1	11	29.7	10	29.4	1	33.3
	2	10	27.0	9	26.5	1	33.3
	3	8	21.6	8	23.5	0	0.0
	4 o más	2	5.4	2	5.9	0	0.0
TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0	
Hijos a cargo	Si	19	51.4	19	55.9	0	0.0
	No	18	48.6	15	44.1	3	100.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Ayuda para socializar	Si	8	21.6	8	23.5	0	0.0
	No	29	78.4	26	76.5	3	100.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0

El 75.7% de la población estudiada tiene más de 30 años, el 24.3% se encuentran entre 21 – 30 años, el promedio de edad se encuentra en 40.89 años. De otra parte la invalidez de tipo física ocupa el primer lugar con el 67.5% seguido de la invalidez de tipo cognitiva y física con el 13.51%, mientras que el 5.41% presentan alteraciones de los órganos de los sentidos. La principal causa de las declaratorias de invalidez se debe a accidentes de trabajo con el 94.59%. El 81.1% son casados o viven en unión libre, siendo este un factor protector ya que cuentan con grupo de apoyo para sobrellevar las condiciones actuales, el 18.9% restantes viven actualmente con su familia primaria.

El 54.1% se encuentran por debajo de la secundaria completa, el 32.4% cursó secundaria completa, y solo el 10.8% realizó estudios como técnicos / tecnólogos, el 2.7% no tuvo ningún tipo de educación y ninguno llegó a cursar estudios universitarios. El 29.7% solo tienen un hijo, seguido del 27% con dos hijos, de esta población el 51.4% tiene hijos a cargo (menores de 18 años que requieren asistencia económica). El 21.6% necesita ayuda para socializar ya sea por sus cambios de estado de ánimo, o por las limitaciones que presenta luego de la invalidez.

Como se puede observar en la Figura 1, el 59.46% de la población necesitan ayuda para la ducha, seguido del 37.84% que requiere ayuda para la movilidad, el 35.14% para alimentarse, el 32.43% necesita asistencia para vestirse, datos que se relacionan directamente con el tipo de invalidez predominante.

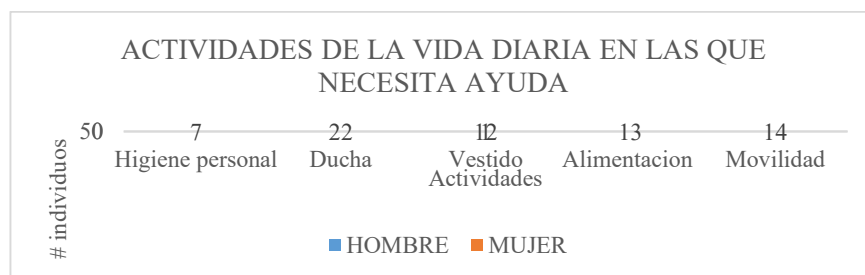


Figura 1. Distribución en frecuencia absoluta según actividades de la vida diaria en las que se necesita ayuda.

CONTEXTO CONFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN EN FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR GÉNERO DE CADA VARIABLE DESCRITAS EN EL CONTEXTO DEL GRUPO FAMILIAR EN EL PERIODO 2015 - 2016

VARIABLE	# INDIVIDUOS	%	# INDIVIDUOS POR SEXO				
			H	% H	M	% M	
Cuántas personas viven con usted	2	5	13.5	5	14.7	0	0.0
	3	12	32.4	10	29.4	2	66.7
	4	12	32.4	11	32.4	1	33.3
	5 o más	8	21.6	8	23.5	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
# Cuartos en el hogar	2	17	45.9	17	50.0	0	0.0
	3	16	43.2	14	41.2	2	66.7
	4	3	8.1	2	5.9	1	33.3
	5 o más	1	2.7	1	2.9	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Modificación de la mecánica familiar	Si	33	89.2	30	88.2	3	100.0
	No	4	10.8	4	11.8	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Requiere cuidador	Si	15	40.5	15	44.1	0	0.0
	No	22	59.5	19	55.9	3	100.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
La persona que cuida de usted es:	Menor de edad	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Mayor de edad	12	80.0	12	80.0	0	0.0
	Adulto mayor	3	20.0	3	20.0	0	0.0
	TOTAL	15	100.0	15	100.0	0	0.0
Qué actividades realizaba anteriormente el cuidador	Trabajo pago	8	53.3	8	53.3	0	0.0
	labores sociales	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ninguno	7	46.7	7	46.7	0	0.0
	TOTAL	15	100.0	15	100.0	0	0.0

En la tabla 2 se pueden observar los resultados obtenidos en el contexto conformación del grupo familiar, el 32.4% refiere que comparten su hogar con 3 o 4 personas, seguidos del 21.26% que viven con 5 o más personas. El 45.9% especifica que su hogar tiene dos cuartos y el 43.24% tres cuarto, datos que serán analizados para definir el índice de hacinamiento.

El 89.1% presentaron modificaciones de la mecánica familiar tanto por causas económicas como sociales luego de la declaratoria de invalidez.

15 Personas cuentan con cuidador (40.54% del total) debido a la pérdida de capacidad laboral que presentan. De estos cuidadores, el 80% son menores de 60 años y el 20% restantes son mayores de 60 años, no se obtuvieron registros de personas cuidadas por menores de edad. El 53.3% de los cuidadores antes de realizar esta labor se desempeñaban como trabajadores con un salario estipulado y el 46.6% indicaron no realizar ninguna actividad anteriormente.

CONTEXTO ECONÓMICO

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN EN FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR GÉNERO DE CADA VARIABLE DESCRITAS EN EL CONTEXTO ECONÓMICO EN EL PERIODO 2015 – 2016

VARIABLE	# INDIVIDUOS	% INDIVIDUOS	# INDIVIDUOS POR SEXO				
			H	% H	M	% M	
Zona en la que vive	Rural	8	21.6	8	23.5	0	0.0
	Urbana	29	78.4	26	76.5	3	100.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Estrato socioeconómico	1	14	37.8	14	41.2	0	0.0
	2	14	37.8	13	38.2	1	33.3
	3	8	21.6	6	17.6	2	66.7
	4	1	2.7	1	2.9	0	0.0
	5 o 6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Vive en:	Casa	24	64.9	22	64.7	2	66.7
	Apartamento	13	35.1	12	35.3	1	33.3
	Cuarto en casa	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Vivienda improvisada	0	0.0	0	0.0	0	0.0

	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
La vivienda es:	Propia	14	37.8	12	35.3	2	66.7
	Alquilada/ Arrendada	21	56.8	20	58.8	1	33.3
	Gratuita o cedida	2	5.4	2	5.9	0	0.0
	Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Aporte de ingresos en el hogar	Solo lo que Usted recibe de la pensión	30	81.1	30	88.2	0	0.0
	Lo que recibe más lo de otras personas que viven en su hogar	6	16.2	3	8.8	3	100.0
	Cuenta con algún negocio adicional, alquiler o renta de bienes	1	2.7	1	2.9	0	0.0
	ayuda de familiares desde otro país	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Ingresos mensuales en salarios mínimos legales vigentes (SMLV)	Entre 1 y 2	28	75.7	26	76.5	2	66.7
	Entre 2 y 4	9	24.3	8	23.5	1	33.3
	Entre 4 y 6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Más de 6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Cambios económicos en el hogar	Sí	33	89.2	30	88.2	3	100.0
	No	4	10.8	4	11.8	0	0.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Debe compartir los ingresos con otra familia	Sí	5	13.5	4	11.8	1	33.3
	No	32	86.5	30	88.2	2	66.7
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	3	100.0
Vínculo con la empresa para la que trabajaba	Sí	3	8.1	3	8.8	9	300.0
	No	34	91.9	31	91.2	3	100.0
	TOTAL	37	100.0	34	100.0	12	400.0

En la tabla 3 se evidencia que el 78.4% de la población vive actualmente en zona urbana, teniendo más posibilidades de acceso a los diferentes servicios (salud, recreación, educación y transporte público). El 37.84% viven en estrato 1 y 2, seguido del 21.6% en estrato 3 y una persona vive en estrato 4 (2.7%).

Ninguna de las personas vive en cuartos alquilados en casa o en viviendas improvisadas, el 64.8% viven en casas y el 35.1% en apartamentos. El 56.76% deben pagar un alquiler por hogares, mientras que el 37.8% viven en casa propia, siendo este un factor protector para la familia. El 5.41% restantes viven en casas cedidas por un familiar. El 100% de los

hogares cuentan con acueducto y alcantarillado, el 97.3% con el servicio de electricidad y el 94.6% con servicio de recolección de basuras.

El 81.1% de los ingresos económicos de las personas llegan al hogar a través del pago de la pensión por invalidez, el 16.2% reciben ingresos de otras personas que viven en el hogar y el 2.7% cuentan ingresos adicionales como rentas o alquiler de bienes.

Del pago de la pensión de invalidez el 75.68% reciben entre 1 y 2 SMLV, seguidos del 24.32% que reciben entre 2 y 4 SMVL, ninguno refiere ingresos superiores a los 4 SMVL. De estos, el 13.51% debe compartir los ingresos con otras personas principalmente sus padres, hijos que viven en otros hogares o nietos.

Luego de la declaratoria de invalidez y posterior liquidación económica del trabajador, solo el 8.11% indica recibir llamadas o asiste a la empresa para informar a sus compañeros su estado de salud actual, el 91.89% restante no posee ningún vínculo con la empresa.

CONTEXTO SOCIAL

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN EN FRECUENCIA ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR GÉNERO DE CADA VARIABLE DESCRITAS EN EL CONTEXTO SOCIAL EN EL PERIODO 2015 – 2016

VARIABLE	# INDIVIDUOS	% INDIVIDUOS	# INDIVIDUOS POR SEXO				
			H	% H	M	% M	
A qué se dedica actualmente	En casa	29	78.4	28	82.4	1	33.3
	Estudia	3	8.1	3	8.8	0	0.0
	Trabaja	3	8.1	2	5.9	1	33.3
	Estudia / Trabaja	1	2.7	0	0.0	1	33.3
	Otra	1	2.7	1	2.9	0	0.0
TOTAL	37	100	34	100	3	100	
Cuenta con amigos o asiste a grupos comunitarios	Sí	23	62.2	22	64.7	1	33.3
	No	14	37.8	12	35.3	2	66.7
	TOTAL	37	100	34	100	3	100
Practica algún deporte	Sí	8	21.6	7	20.6	1	33.3
	No	29	78.4	27	79.4	2	66.7
	TOTAL	37	100.0	34	100	3	100
Ha dejado de realizar	Sí	33	89.2	31	91.2	2	66.7

alguna actividad	No	4	10.8	3	8.8	1	33.3
	TOTAL	37	100	34	100	3	100
Inconvenientes para hacer parte de los diferentes ambientes	Sí	16	43.2	15	44.1	1	33.3
	No	21	56.8	19	55.9	2	66.7
	TOTAL	37	100	34	100	3	100
Ha recibido apoyo del gobierno	Sí	1	2.7	1	2.9	0	0.0
	No	36	97.3	33	97.1	3	100.0
	TOTAL	37	100	34	100	3	100
Cuenta con servicios de salud y asiste a ellos	Sí	37	100.0	34	100.0	3	100.0
	No	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	TOTAL	37	100	34	100	3	100
Tiene conocimiento del proceso de invalidez	Sí	7	18.9	6	17.6	1	33.3
	No	30	81.1	28	82.4	2	66.7
	TOTAL	37	100	34	100	3	100

En la tabla 4 se puede observar que el 78.84% de las personas permanecen en casa; el 8.1% están trabajando y en igual proporción estudiando, el 2.7% trabaja y estudia, el 2.7% restante realiza otra actividad en este caso hace parte de la liga de ajedrez.

En los últimos tres meses, el 43.24% han realizado visitas ocasionales a sus amigos y familiares, seguido del 32.43% que refieren visitar parques cercanos a sus casas, zoológicos o sitios de juegos, en menor proporción con el 18.92% asisten a cine o teatros, y el 8.11% asiste a cursos o talleres. (Ver figura 2.).

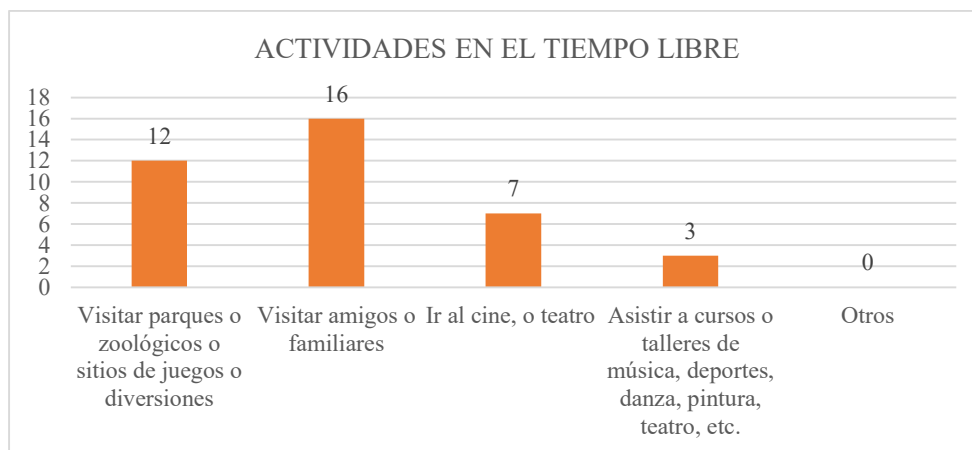


Figura 2. Actividades en el tiempo libre

El 62.16% cuentan con redes de apoyos como amigos o grupos comunitarios los cuales son considerados como un factor protector. El 21.62% practican ocasionalmente algún deporte como jugar futbol, ajedrez, baloncesto, montar bicicleta, realizar caminatas y asistir al gimnasio. El 78.38% restante no realiza deporte en la actualidad.

De las 37 personas, el 89.19% ha dejado de realizar actividades deportivas y sociales luego del proceso de invalidez.

Los limitantes que más se presentan son la falta de empleos con un 75.68%, seguido de la falta de estudios y limitaciones físicas con el 62.16%. El 56.76% refiere que las familias o cuidadores pretenden que permanezcan en el hogar la mayoría de tiempo, el 40.54% han sentido discriminación por parte de familiares y de la sociedad luego de la declaratoria de invalidez, y en igual proporción han sentido falta de accesos a los servicios por las barreras que estos lugares presentan.

En la tabla 4 se evidencia que solo una persona (el 2.7%) ha recibido apoyo del gobierno y este ha sido por desplazamiento debido a grupos al margen de la ley.

La totalidad de las personas cuentan con servicios de salud. De estos, el 72.9% continua consultando y el 27.02% no ha recibido ninguna atención luego de la declaratoria de invalidez. De igual manera, el 100 por ciento ha recibido prestaciones económicas por parte de la administradora de riesgos por el pago de la pensión de invalidez y el 81.08% han recibido prestaciones asistenciales.

De las 37 personas, solo el 18.92% tienen conocimiento del proceso de invalidez y el 81.08% restante argumenta no conocer las prestaciones a las que tiene derecho ni las

actividades que puede realizar luego de la declaratoria. Según estos resultados se debe considerar capacitar a las personas y familiares para cerrar las brechas existentes.

ÍNDICE DE HACINAMIENTO

Siguiendo la fórmula del índice de hacinamiento solo dos personas correspondientes al 5.40% se encuentran en hacinamiento medio y el 94.59% restantes viven en condiciones normales. (Ver figura 3.)

		No. De Habitaciones							
		2	ihacinam.	3	ihacinam.	4	ihacinam.	5	ihacinam.
No. personas	2	5	1	0	0.7	0	0.5	0	0.4
	3	7	1.5	4	1.0	1	0.75	0	0.6
	4	3	2	8	1.3	0	1	1	0.8
	5	2	2.5	4	1.7	2	1.25		1

$$\text{Ihacinamiento} = \frac{\text{Número de personas que duermen en la vivienda}}{\text{Número de habitaciones en la vivienda}}$$

Figura 3. Número de personas en el hogar - número de cuartos

VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS CON DECLARATORIA DE INVALIDEZ

Luego de la declaratoria de invalidez y el pago de la misma, el 83.78% de las personas están catalogados en vulnerabilidad media y alta para los que se deben establecer planes estratégicos de intervención, en tanto que el 16.21% está en vulnerabilidad baja. En la Figura 4 se puede revisar el nivel de vulnerabilidad por cada caso y en la Figura 5 la distribución en frecuencia absoluta para cada nivel de vulnerabilidad (alto, medio o bajo previamente definidos).

VULNERABILIDAD								
	PCL > 66%	Personas a cargo	Escolaridad	Vivenda	Indice de hacinamiento	Cuidador	Ingresos	TOTAL
1	1	0	1	0	0	1	1	4
2	1	0	1	0	0	1	1	4
3	0	0	1	0	0	0	1	2
4	0	0	0	1	0	0	1	2
5	0	1	1	1	0	0	1	4
6	0	0	1	0	0	0	1	2
7	1	1	1	0	0	1	1	5
8	0	0	0	0	0	0	0	0
9	0	1	1	1	0	0	1	4
10	0	1	1	1	0	0	0	3
11	1	0	1	0	0	1	0	3
12	1	1	1	0	0	1	1	5
13	1	0	1	0	0	0	0	2
14	0	1	1	1	0	1	1	5
15	1	1	1	1	0	1	1	6
16	1	1	1	0	0	0	0	3
17	0	1	1	1	0	0	1	4
18	0	0	1	1	0	0	1	3
19	0	1	1	0	0	1	1	4
20	1	1	0	1	0	0	1	4
21	0	0	1	1	0	0	0	2
22	0	1	1	1	0	1	1	5
23	1	1	1	1	0	1	0	5
24	0	0	1	0	0	0	1	2
25	0	1	1	1	0	0	1	4
26	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	1	1	1	1	0	1	5
28	1	0	1	1	0	0	1	4
29	0	0	1	1	0	1	1	4
30	1	1	1	1	0	1	1	6
31	0	1	1	1	0	0	0	3
32	0	0	1	1	0	0	1	3
33	1	1	1	1	0	1	1	6
34	0	1	1	1	1	0	1	5
35	1	0	1	1	0	1	1	5
36	1	1	1	1	0	1	1	6
37	1	1	1	0	0	0	1	4

Figura 4. Cruce de variables vulnerabilidad.

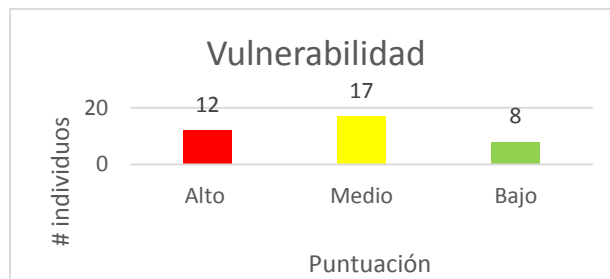


Figura 5. Vulnerabilidad de exclusión social.

PROYECCIÓN DE AÑOS EN ESTADO DE INVALIDEZ

En Colombia la esperanza de vida para ambos géneros es de 73.78 años (DANE, departamento administrativo nacional de estadística, 2009), teniendo en cuenta estos datos y las edades actuales de las personas, se determinó la proyección de años de vida con invalidez, siendo 12.78 años la mínima proyección de años de vida con invalidez y 52.78

años la máxima. En promedio se revela una proyección de vida de 33.37 años, siendo estos datos preocupantes ya que el 72.97% de la población se encuentra en nivel medio y alto de vulnerabilidad. (Ver Figura 6).

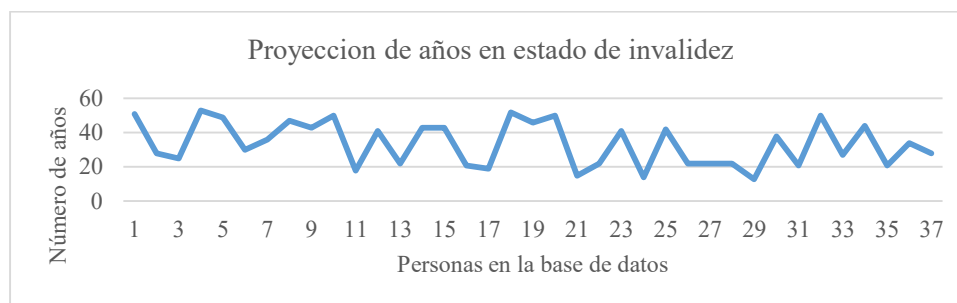


Figura 6. Proyección de años en estado de invalidez.

MATRIZ DE RIESGOS INDIVIDUAL DESPUÉS DE UNA DECLARATORIA DE INVALIDEZ DERIVADA DEL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES SEGÚN EL GRADO DE POTENCIALIDAD DE EXCLUSIÓN EN EL TIEMPO DE SOBREVIVENCIA DE ACUERDO CON LOS NIVELES DE VULNERABILIDAD

Se realizó una matriz para determinar el nivel de riesgo de las personas con declaratoria de invalidez, cruzando la proyección de años de vida y la vulnerabilidad, obteniendo 19 personas en nivel de riesgo alto, seguido de 12 en nivel aceptable y 7 en nivel moderado. Esta herramienta permite tener un acercamiento con las personas ubicadas en los riesgos de alta prioridad, generar acciones que puedan mitigar las consecuencias, tanto personales como familiares y monitorearlos en el tiempo. (Ver Figura 7 y 8). La lectura se debe hacer de la siguiente manera ejemplo: P01 (primera persona en la base de datos).

PROYECCION DE AÑOS		VULNERABILIDAD			Numero persona por nivel de intervención	
		BAJO	MEDIO	ALTO		
		1	2	4	Alto	
ALTO	3	P05,P08	P01,P04,P09,P10, P18,P19,P20, P25,P32	P12, P14,P15,P23,P34	Tolerable	18
MEDIO	2	P06,P13	P02,P37	P07,P30,P33,P36	Aceptable	7
BAJO	1	P03,P11,P21, P24, P26	P16,P17,P28,P29,P31	P22,P27,P35	Total	12
						37

Figura 7. Potencialidad de exclusión en el tiempo de sobrevida de acuerdo a los niveles de vulnerabilidad.

PROYECCION DE AÑOS		VULNERABILIDAD			Numero persona por nivel de intervención	
		BAJO	MEDIO	ALTO		
		1	2	4	Alto	
ALTO	3	P05,P08	P01,P04,P09,P10, P18,P19,P20, P25,P32	P12, P14,P15,P23,P34	Tolerable	18
MEDIO	2	P13	P02, P06,P37	P07,P30,P33,P36	Aceptable	8
BAJO	1	P03,P11,P21, P24, P26	P16,P17,P28,P29,P31	P22,P27,P35	Total	11
						37

Figura 8. Potencialidad de exclusión en el tiempo de sobrevida de acuerdo a los niveles de vulnerabilidad teniendo en cuenta la variable género⁵.

Posteriormente se determinó el nivel de prioridad de intervención que se presenta a continuación

NIVELES DE INTERVENCIÓN		
4 - 12	Alto	Alta prioridad: riesgo de exclusión. Se requieren de acciones a corto plazo
3-4	Tolerable	Prioridad moderada, se requiere de acciones a mediano plazo. Seguimiento periódico (mínimo dos veces en el año).
1-2	Aceptable	Baja prioridad; no son necesarias acciones adicionales. Requiere de monitoreo anual.

⁵ El género femenino ha estado relacionado en algunos estudios con condiciones de vulnerabilidad frente a la multidimensionalidad de la pobreza, razón por cual se adelantó un estudio paralelo de la variable de genero para vulnerabilidad no encontrándose muchos, cambios posiblemente por la baja participación de las mujeres en el número total de eventos analizados.

Las condiciones generales de los hogares se encuentran dentro de los rangos normales, cuentan con servicios públicos y solo el 5.40% están en hacinamiento medio. Por otro lado, es importante resaltar que tiene factores protectores como una familia que les ayuda a sobrellevar las consecuencias de su patología.

La economía se ve alterada por los bajos ingresos que oscilan entre 1 y 2 salarios mínimos legales vigentes, relacionados con pago de la pensión de invalidez. A este hecho se suma el pago de arriendo y los hijos menores de 18 años a cargo, datos que son comparables con la investigación de Samaniengo en el 2006 y los datos del Ministerio de Trabajo del 2012 donde se evidencian las limitaciones económicas que se presentan las personas con invalidez.

Los cambios en el contexto social son notorios, las personas dejaron de realizar actividades lúdicas y deportivas. El 78.84% de ellas permanecen en casa debido al desconocimiento que tienen del proceso de invalidez. El 37.84% no cuenta con redes de apoyo siendo este un factor predisponente para depresión, la falta de empleos, estudio y las limitaciones físicas, junto con las limitaciones para socializar que algunos presentan, aumentan las barreras y se derivan en exclusión social como lo explica Burgos, Sanhueza, & Vargas en su investigación.

Luego de la revisión de la base de datos que actualmente tiene la administradora de riesgos laborales para el seguimiento de los casos de invalidez, se observan varias oportunidades de mejora que llevan a realizar un ajuste del instrumento existente, contemplando nuevas variables sociales y económicas que permitan ahondar en la información para obtener un mayor cruce de variables y alimentar de manera positiva la matriz de riesgos individuales. También, se anexa información que permita tener un panorama de las condiciones de los cuidadores (edad, género, actividad que realizaba anteriormente y parentesco), para capacitarlos en salud mental y brindarles

acompañamiento en su nuevo rol, más cuando han dejado de realizar actividades pagas para ejercer esa nueva actividad sin remuneración.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El estudio adelantado evidencia la importancia del aseguramiento del Sistema de Riesgos Laborales como elemento protector ante una condición de discapacidad, en este caso la declaratoria y reconocimiento prestacional por un estado de invalidez. El pago de la mesada pensional como protección económica que reconoce la Administradora de Riesgos laborales, representa en el 81.1% de los casos analizados el único ingreso familiar. Otro elemento a resaltar de la cobertura de este sistema es la continuidad en el uso de los procesos de atención asistencial en la totalidad de los casos.
- Adicional a la garantías asistenciales y económicas que contempla el sistema de seguridad social en riesgos laborales, las cuales hoy reciben cada una de las personas en condición de invalidez objeto de análisis, se presentan variables sociales y económicas que no hacen parte de esta cobertura de la seguridad social integral relacionadas en estudios de vulnerabilidad y discapacidad con la exclusión social. De las 37 personas del estudio, 31 se encuentran en situación de vulnerabilidad media – alta para exclusión social, situación que requiere de la participación interinstitucional con otros actores sociales, para su abordaje e intervención.
- La realización de una matriz de vulnerabilidad individual como práctica de prevención terciaria en los casos de invalidez para identificar el grado de potencialidad de exclusión en el tiempo de sobrevida de acuerdo con los niveles de

vulnerabilidad puede ser de utilidad para implementar programas preventivos priorizados en el tiempo frente a las variables de vulnerabilidad. Este estudio presenta como resultado de la matriz individual de riesgo 19 personas quedaron catalogadas en nivel de riesgo alto, evidenciando la importancia plantear acciones, seguimientos y conexiones entre la Administradora de Riesgos Laborales, los demás entes del Sistema de Seguridad Social, el gobierno y las empresas, las cuales deben generar intervenciones efectivas para prevenir y mitigar la aparición de nuevos riesgos.

- Por otra parte, es necesario continuar ahondando en nuevos instrumentos con alcance al conocimiento del impacto en los cuidadores y la aplicación de una matriz de riesgos que oriente los principales aspectos a tener en cuenta para determinar las formas de intervención de estos y reconocer las cadenas de cuidado relacionadas con el tema de la invalidez. A la par la realización de estudios retrospectivos que contemplen cual ha sido el comportamiento de las variables sociales y económicas en un periodo mayor de tiempo, dando además continuidad con los nuevos casos que se presenten para determinar los cambios y tener un panorama más holístico de la situación de la invalidez en el país.

BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de Salud y Protección Social . (2013). *ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO. COLOMBIA 1951-2020*. Bogota: Imprenta Nacional de Colombia.

Burgos, P., Sanhueza, G., & Vargas, J. (2011). *OPINIÓN QUE TIENEN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA PERTENECIENTES A LA ASOCIACIÓN COMUNAL DE Y PARA DISCAPACITADOS DE CONCEPCIÓN (ACODIC), RESPECTO A SU PRIMERA EXPERIENCIA LABORAL*. Concepción: Publicaciones Universidad Católica de la santísima Concepción.

Collado, H. (2013). *Situación Mundial de la Discapacidad*. Honduras.

- Collado, H. (2013). *Situación Mundial de la Discapacidad*. Tegucigalpa: Publicaciones Universidad Autónoma de Honduras.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2004). *POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Correa, L. (2009). Panorama de la protección jurisprudencial a los derechos humanos de las personas con discapacidad en Colombia. *Vniversitas*, 115 - 139.
- DANE, Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (15 de Noviembre de 2009). *Proyecciones anuales de población por sexo y edad*. Obtenido de DANE: <http://www.dane.gov.co>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005). *Informacion estadistica de la discapacidad*. Bogotá: Direccion de Difusión, Mercadeo y Cultura.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2012). *Registro para la localizacion y caracterización de personas con Discapacidad*. Bogotá: Direccion de Difusión, Mercadeo y Cultura.
- Dirección General de Riesgos Profesionales. (2010). *el manual de procedimientos para la rehabilitación y la reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos*. Bogotá.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja . (7 de Febreo de 2017). *Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja* . Obtenido de <http://www.ifrc.org/es/>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (27 de Agosto de 2015). *Envejecimiento de la poblacion*. New York: HelpAge International. Obtenido de <http://www.unfpa.org/es/envejecimiento-de-la-poblaci%C3%B3n>.
- Fondo de Población de Naciones Unidas. (2015). *Envejecimiento en el siglo XXI. una celebracion y un desafio*. Londres: HelpAge International.
- Gómez, C., & Cuervo, C. (2007). *Conceptualización de discapacidad : reflexiones para Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina.
- Gómez, L., Aristizába, A., & Morales, L. (2015). Observatorio de Discapacidad de Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.*, 2 - 13.
- Hernández, J., & Cruz, I. (2006). *Exclusion social y discapacidad*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Jiménez, A. (2011). *Estudio sobre el agravio comparativo que origina la discapacidad*. Madrid: Universidad Carlos III de Madrid.
- Martínez, C. (2013). *Descenso de la fecundidad, bono demográfico y crecimiento económico en Colombia. 1990-2010*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

- Ministerio de Desarrollo Social. (2013). *Indice de calidad global de la vivienda*. Santiago : Publicaciones Ministerio de Desarrollo Social.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *POBLACIÓN CON REGISTRO PARA LA LOCALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud. (2014). *LINEAMIENTOS NACIONALES DE REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD - RBC*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Ministerio del Trabajo. (27 de Febrero de 2012). El número de empleados en condición de discapacidad será el criterio para desempatar una licitación pública. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.
- Ministerio del Trabajo. (2013). *Indicadores del Sistema General de Riesgos Laborales*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.
- Organización Internacional del Trabajo. (2006). *Job and work analysis: Guidelines on identifying jobs for persons with disabilities*. Ginebra.
- Organización Internacional del Trabajo OIT. (2005). *La seguridad en cifras*. Ginebra: Publicaciones de la OIT.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud, CIF*. Ginebra: Ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). *Estimaciones de la población mundial*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Malta: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pinilla, M. (2015). Disability and poverty: two related conditions. A review of the literature. *Revista Facultad Medicina*, 113 - 123.
- Ruíz, M. I. (2002). *Trabajo y discapacidad: incidencia de los factores sociales y educativos en Extremadura*. Extremadura: Publicaciones Universidad de Extremadura.
- Samaniego, P. (2006). *Aproximación a la realidad de las personas con Discapacidad en Latinoamérica*. Madrid: Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad.
- Sampieri, H. R. (2003). *Metodología de la investigación*. Mexico D.F: Mc Graw Hill interamericana.
- Tullo, C. (2005). *Disability Discrimination Act 2005*. Irlanda: TSO (The Stationery Office).
- Universidad Nacional del Nordeste. (10 de Octubre de 2016). *Universidad Nacional del Nordeste Facultad de Medicina* . Obtenido de <http://www.med.unne.edu.ar/biblioteca/calculos/calculadora.htm>