

Inspección Médica

Necesidad de políticas de retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada, en materia de seguridad social

Return to Work Policies after Long-Term Incapacity for Work Needed, in Terms of Social Security

Araceli López-Guillén García¹, José Manuel Vicente Pardo²

1. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia. España. Cátedra de Medicina Evaluadora y Pericial UCAM.
2. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gipuzkoa. España. Cátedra de Medicina Evaluadora y Pericial UCAM.

Recibido: 30-11-2018

Aceptado: 15-12-2018

Correspondencia

Araceli López-Guillén García

Correo electrónico: araceli.lgg@gmail.com

José Manuel Vicente Pardo

Correo electrónico: josemanuvice@gmail.com

Resumen

Las incapacidades prolongadas suponen un alejamiento prolongado del trabajo y más allá de la importante repercusión económica tanto para el sistema productivo, las empresas, el sistema de protección social y sanitaria y los costes para el trabajador, suponen una dificultad intrínseca al retorno saludable, eficaz y permanente. Es decir, precisan del establecimiento de políticas de retorno al trabajo, que posibiliten el que el trabajo no sea causa de enfermedad, tanto en su génesis como en las recaídas, que el trabajo se realice en condiciones saludables y que tras bajas prolongadas su retorno sea estable y continuado en el tiempo. La incapacidad prolongada es una merma en la calidad de vida de los trabajadores, supone un riesgo de convertirse en permanente y de perder el trabajo. Un sistema de protección social como es el sistema de seguridad social precisa de políticas que fomenten el retorno al trabajo, y más en este colectivo que ha sufrido un largo proceso incapacitante, adquiriendo una nueva situación de riesgo por la enfermedad para el trabajo y por el trabajo por la enfermedad padecida y comportando un mayor riesgo de un retorno no saludable ni duradero.

Material y método: se revisaron hasta noviembre de 2018 las siguientes bases de datos bibliográficas: SciELO, PUBMED, y otras fuentes que se reseñan en bibliografía.

Objetivo: reseñar la necesidad de establecer políticas de retorno de los trabajadores tras incapacidad laboral, para la gestión integral e integradora de la prestación, y la mejora de la salud laboral con criterios no solo de protección económica sino preventiva laboral

Conclusiones: Las políticas de retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada, en materia de seguridad social, exigen la mejora de los sistemas de registro, la elaboración de un Mapa de Incapacidad en



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

España, efectuar cambios para mejorar la toma de decisiones, facilitar la comunicación de información médico laboral entre el ámbito asistencial, el prestacional y el laboral, mejorar la relación empresa, trabajador, y el sistema de protección, facilitar el alta parcial, posibilitar la situación de baja y alta para distintas exigencias laborales, procurar la conciliación laboral y la vida personal, implementar la flexibilidad horaria, disponer de pleno conocimiento concreto de los requerimientos del trabajo por parte del ámbito asistencial y prestacional, mediante el uso de Ficha Ocupacional, evitar la controversia entre no apto y alta o no incapacidad, garantizar la bioseguridad laboral, propiciar un entorno laboral saludable, velar por el mayor rigor en la determinación de la causalidad del trabajo como fuente de enfermedad, implementar programas específicos de retorno por procesos musculoesqueléticos, trastornos psiquiátricos menores y un plan estratégico en los trabajadores con cáncer. Son necesarios cambios en el paradigma de la gestión que incorpore criterios preventivos y valore la incapacidad laboral (“el no retorno al trabajo”) como indicador de gestión sanitaria e indicador de salud laboral. Se necesitan cambios en la norma que hagan posible todo lo anterior.

Med Segur Trab (Internet). 2018;64(253):379-401

Palabras clave: Seguridad social, políticas de retorno laboral, retorno laboral, incapacidad Laboral, evaluación de la capacidad de trabajo, riesgo laboral.

Abstract

Long-term incapacities mean a prolonged work absence, and beyond the significant economic repercussion for the productive system, the companies, the social and health protection system and the costs for the worker, they mean an intrinsic difficulty to the healthy, effective and permanent return. That is, the establishment of return-to-work policies for preventing work-related illness, both in its genesis and in its relapses is required; to manage a health condition situation at work and to make worker's return stable and continued in time after extended periods of sick leave. Long-term disability implies not only a deterioration in the worker's quality of life but a risk of becoming permanently disabled and a risk of losing employment. A social protection system such as the social security system requires policies that encourage the return to work, especially in this group that has suffered a long disabling process, acquiring a new disease risk situation due to work and for the work due to the disease developed. It implies a higher risk of not having a healthy nor lasting return.

Material and method: The following bibliographic databases were reviewed until November 2018: SciELO, PUBMED, and other sources reviewed in bibliography.

Objective: To emphasize the need for establishing policies for the return of workers after incapacity for work, for the integral and integrative management of the service and the improvement of occupational health with economic protection criteria and preventive occupational protection criteria.

Conclusions: The policies of returning to work after long-term incapacity for work require, in matters of social security, to improve the registration systems, to prepare an Incapacity or Disability Planning in Spain, to implement changes in order to improve the decision-making process, to facilitate the communication of occupational health information among the healthcare area, the benefit area and the occupational area, to improve the company-worker relationship and the protection system, to facilitate partial discharge, to enable the sick leave and medical discharge situations according with different work requirements, to achieve a balance between work and personal life, to implement flexible schedules, to make use of an Occupational File in order to have full concrete knowledge of the work requirements by the care and benefit area, to avoid the controversy between not fit and medical discharge or no disability, to guarantee occupational biosecurity, to promote environment healthy work, to ensure the greatest rigor in determining the causal of work as a source of disease, to implement specific return to work programs for workers with musculoskeletal disorders and minor psychiatric disorders and to implement a cancer strategy implementation plan for workers with cancer. Changes in the management paradigm that incorporate preventive criteria and assess work disability (“non-return to work”) as an indicator of health management and an indicator of occupational health are needed. Changes in the norm are needed to make all of this possible.

Med Segur Trab (Internet). 2018;64(253):379-401

Keywords: Social Security, return to work policies, return to work, occupational disability, work capacity assessment, occupational risk.

1. INTRODUCCIÓN¹

La incapacidad laboral es una prestación económica de la seguridad social que protege al trabajador, mientras mantuvo la situación incapacitante, por pérdida de la capacidad de ganancia durante la misma.

Las incapacidades laborales largas suponen ante todo elevados costes en “capital humano” y costes en “capital salud” del trabajador, constituyen un problema de salud pública con enormes repercusiones en el sistema económico y de prestaciones del sistema público de salud y de prestaciones de la seguridad social. Entre los riesgos derivados de las incapacidades médicas prolongadas se encuentran el riesgo de pérdida de trabajo, aumento del riesgo de incapacidad permanente, disminución de calidad de vida, riesgos en la salud, deterioro de la vida familiar y de relación, gastos en apoyo a su situación, gastos sanitarios no públicos y una situación de precariedad y conflicto para la vuelta al trabajo no retorno.

Para evitar los problemas a la reincorporación laboral tras larga incapacidad es preciso conocer cuántos factores la causan, así como las circunstancias personales, laborales, sociales y demográficas que la modulan y conocer la evolución de las situaciones incapacitantes tanto temporales como permanentes, y todo ello más allá del gasto económico, sanitario y de prestaciones, para conocer realmente el estado de la salud laboral en cada momento y **poder adoptar políticas preventivas de mejora**.

Abordaremos las políticas de retorno al trabajo tras incapacidad médica laboral prolongada en materia de seguridad social, y analizaremos si existen o no políticas para cuidar el retornar al trabajo tras incapacidades médicas laborales prolongadas y qué políticas debieran de realizarse. Puede considerarse que el retorno laboral se sucede de forma no problemática tras la consideración de “no incapacidad laboral”, entendiéndose se ha puesto fin a la misma por “alta médica”, y por ello un retorno efectivo y saludable al trabajo; pero veremos que la estimación y consecuencia del alta es algo más compleja.

El alta médica pone fin a la prestación económica por incapacidad y obliga a la reincorporación al trabajo (cuando proceda o se mantenga vinculación con la empresa). Es en ese momento cuando surgen los problemas en el retorno al trabajo. Pues puede que aún con alta médica (laboral) se continúe precisando de tratamiento y seguimiento sanitario, es decir no haya alta sanitaria, o puede que a la incorporación al trabajo el trabajador sea declarado no apto, o apto con restricciones o con especiales consideraciones respecto de la aptitud sobrevenida tras el largo proceso de incapacidad, que obliguen a una adaptación del puesto o la consideración de cambio de puesto.

El sistema de prestación económica de la incapacidad en materia de seguridad social, está al amparo competencial del INSS y de las mutuas, pero más allá del carácter prestacional o de gestión de la incapacidad laboral es preciso el abordaje preventivo laboral que dimana de la consideración de la situación de “no incapacidad” o de “alta médica” pues es asimilable a la declaración de situación de “capacidad laboral” o de “aptitud” para el trabajo con la consecuencia determinante de retorno laboral.

Las situaciones controvertidas y las dificultades para un retorno al trabajo, de forma saludable, es decir sin que el trabajo comporte un riesgo para su salud, y eficaz, que se mantenga en el tiempo, obligan a las instituciones a establecer políticas de reinserción laboral o de facilitación del buen retorno al trabajo.

Nos ceñiremos a las políticas institucionales de retorno al trabajo en materia de seguridad social, dejando al margen la responsabilidad empresarial que indudablemente existe, y sin la cual el retorno no sería posible, y abordaremos el retorno tras bajas prolongadas fundamentalmente.

Glosario de siglas y acrónimos:

CCAA Comunidades Autónomas

EVI Equipo de Valoración de Incapacidades

INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
IP	Incapacidad Permanente
IT	Incapacidad Temporal, baja.
LGSS	Ley general de Seguridad Social
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales
MAP	Médico de Atención Primaria
SPS	Servicio Público de Salud

2. RETORNO AL TRABAJO TRAS INCAPACIDAD LABORAL PROLONGADA¹

Como sucede el retorno tras incapacidad laboral prolongada

En materia de seguridad social el retorno al trabajo tras incapacidad se sucede en situaciones de incapacidad temporal tras alta médica por curación o mejoría que permite trabajar, es decir se vuelve a estar capacitado, entendiéndose que mientras duró la baja se estuvo incapacitado para trabajar por dolencias que impedían desarrollar el trabajo. La “Incapacidad Prolongada” es una larga etapa de tránsito o temporal que transcurre entre el inicio de la “Baja” o Incapacidad Temporal por incapacidad sobrevenida” o “no estar capacitado” para el trabajo y el “Alta” o reconocimiento del restablecimiento de la “Capacidad Laboral” o de “*aptitud*” para el retorno al trabajo.

El retorno al trabajo que consideramos será el que procede tras situaciones de incapacidad laboral prolongada que se concluye en alta médica o tras declaraciones de incapacidad permanente que revisadas de “oficio” (por iniciativa del INSS) se considera situación de no incapacidad.

Retorno al trabajo tras incapacidad temporal (“baja”)

El alta médica puede ser emitida en los primeros 365 días de la baja o incapacidad temporal:

- por el médico de atención primaria (Servicio Público de cada comunidad autónoma)
- por la inspección médica de la comunidad autónoma por propio control o a propuesta de las mutuas en su caso.
- por la inspección médica del INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) bien por iniciativa propia en sus controles ordinarios o a propuesta de la mutua.
 - En situaciones de enfermedad común o accidente no laboral; ya que en accidente de trabajo o enfermedad profesional el alta será a través de la mutua.

El alta tras los 365 días de la baja, independientemente de la contingencia laboral o no corresponde:

- al Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) del INSS, tras informe de la inspección médica del INSS,
 - bien entendiéndose se ha recuperado la capacidad laboral
 - o por agotamiento del periodo máximo de la baja sin declaración de incapacidad permanente

Básicamente por tanto el retorno al trabajo es obligado tras declaración de alta médica o no declaración de incapacidad permanente.

Retorno al trabajo tras incapacidad permanente

El retorno al trabajo tras incapacidad permanente se sucede

- cuando en revisión de una incapacidad permanente el INSS resuelve dejar sin incapacidad entendiéndose ha existido mejoría
 - puede suceder en procesos pautados en que se estimó la “reserva del puesto de trabajo” reintegrándose a su trabajo (dos años como máximo)
 - sin reserva en cuyo caso es un retorno hipotético al “mercado laboral”
- en las declaraciones de incapacidad permanente parcial.

El alta médica cuando es extendida por el médico de atención primaria es un **alta “evolutiva”**, y es una declaración de **alta “imperativa”** cuando procede de la Inspección Médica del INSS o de la Inspección Médica las Comunidades Autónomas o es un alta del EVI INSS, pues no podrá extenderse nueva baja por el médico de atención primaria por similar proceso si no han transcurrido 180 días desde este tipo de altas. Las altas de la Inspección Médica del INSS o del EVI INSS conllevan el que sólo el INSS está capacitado para declarar nueva baja bien por recaída del proceso previo o por considerar diferente proceso.

Por **políticas** debemos entender las “**orientaciones o directrices**”, tal y como el término se define en el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, y así mismo las **normas** que entorno a una materia se dicten. La **norma y directrices en materia de incapacidad laboral** se concretan en la **Ley General de Seguridad Social** y el **Real Decreto** de gestión de la Incapacidad Temporal **625/2014**.

En la **Ley General de Seguridad Social** (LGSS) sólo se menciona la “recuperación profesional” en los casos de contingencia laboral protegidos por las mutuas colaboradoras o en el supuesto de las empresas colaboradoras en la gestión de la incapacidad temporal, aunque no se establece en qué consiste. No hay mención alguna al retorno o recuperación laboral en los supuestos no laborales. Por lo que entendemos se menciona en negativo es decir existirá capacidad laboral o “retorno laboral” cuando no existe incapacidad laboral.

El **Real Decreto 625/2014**, que regula la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración, hace referencia a la “recuperación” (laboral) en su preámbulo, al referir que este texto legal tiene por objeto entre otras mejoras, la de introducir mecanismos que faciliten la “pronta recuperación”, adicionalmente, se dice, procuraran un mejor control de la IT.

En cuanto a la denominación de **baja prolongada**, tengamos en cuenta que la baja tiene una duración máxima de 365 días, a la que debiéramos de añadir la situación de prórroga (180 días) o la demora de calificación (180 días). LGSS Art. 169. La Orden ESS/1187/2015, que desarrolla el Real Decreto 625/2014, estima como proceso de duración estimada larga, la que dura 61 o más días naturales. Pero por bajas prolongadas teniendo en cuenta su impacto y su riesgo de perpetuarse serían las de duración **superior a 180 días**, sobre las que es de **necesidad establecer una política de retorno al trabajo desde el sistema de protección de seguridad social**¹. **El 60% de las bajas duran menos de 15 días**, el 72% duran menos de 1 mes, y tan sólo **el 5% de las bajas duran más de 6 meses**, pero estas bajas prolongadas tienen un alto riesgo de convertirse en permanentes, representan una dificultad para el retorno laboral, y pueden haber supuesto la pérdida del empleo.

3. POLÍTICAS DE GESTIÓN Y CONTROL DE LA INCAPACIDAD LABORAL EL INSS

Como herramientas, directrices, o políticas de gestión y control de la Incapacidad laboral el INSS dispone:

- **Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal 4ª edición.**
- **Guía de Valoración Profesional 3ª edición 2014 (Guía de Valoración de las Profesiones)**

- **Guía de valoración de Incapacidad Laboral Temporal para Médicos de Atención Primaria 2.ª edición.**
- **Convenios con las Comunidades Autónomas**
- **Análisis predictivo control IT**
- **Ley General de Seguridad Social**
- **Real Decreto 625/2014**

Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal 4ª edición²

Se define como el tiempo óptimo el “tiempo estándar de IT” ajustado por edad y ocupación del trabajador, según la siguiente fórmula: $TO = TE \times FC \text{ ocupación} \times FC \text{ Edad}$.

Siendo: TO: Tiempo Óptimo. TE: Tiempo Estándar de IT. FC ocupación: Factor de corrección por ocupación. FC edad: Factor de corrección por edad.

Tiempo Estándar de IT es “el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador”.

El tiempo óptimo tiene un carácter personalizado para cada trabajador, aplicando a los tiempos estándar cuatro variables como factores correctores: edad, sexo, ocupación y segundo diagnóstico acompañante al diagnóstico principal que motiva la situación de incapacidad temporal en cada trabajador.

Viene a determinar el tiempo adecuado de una IT y establecer medidas de control y de análisis de la prolongación o desviación de un proceso más allá de este tiempo, considerando como **baja alargada aquella que perdura más allá del tiempo óptimo.**

Guía de Valoración Profesional 3.ª edición 2014³

También conocida como Guía de Valoración de las Profesiones, renueva la publicada en el año 2012, después de actualizar los contenidos y ampliar el número de fichas profesionales hasta incluir 502 ocupaciones de la Clasificación Nacional de Ocupaciones aprobada por Real Decreto 1591/2010, de 26 de noviembre. Es un sistema de valoración de los requerimientos profesionales, entendidos éstos como las aptitudes psicofísicas que debe poseer un trabajador para realizar una ocupación determinada. Esta guía pretende servir de ayuda para conocer las funciones y tareas asignadas a cada ocupación, las aptitudes y facultades psicofísicas que debe poseer un trabajador para desarrollar una actividad determinada, los posibles riesgos derivados de la actividad profesional y las circunstancias específicas del ambiente de trabajo que puedan incidir en la capacidad laboral de los trabajadores. Cada una de las fichas profesionales contiene la identificación de la profesión, la descripción de competencias y tareas, los requerimientos profesionales, los posibles riesgos y circunstancias especiales y grupos profesionales relacionados.

Guía de valoración de Incapacidad Laboral Temporal para Médicos de Atención Primaria (2.ª edición)⁴

Esta guía pretende dar respuesta al médico asistencial que requiere hacer una valoración funcional de un paciente para definir su menoscabo laboral en aquellas situaciones que pueden llegar a suponer una incapacidad laboral para el trabajo en un determinado periodo de tiempo.

Se estudian desde esta perspectiva monográfica de la incapacidad los capítulos correspondientes a enfermedades infecciosas, oncología, endocrinología, hematología, psiquiatría, neurología, oftalmología, otorrinolaringología, cardiología y vascular, neumología, digestivo, nefrología y urología, ginecología y obstetricia, dermatología, lesiones y envenenamientos, enfermedades osteomusculares, además de sintetizar la normativa, la valoración del puesto de trabajo, y el riesgo durante el embarazo. Dentro de

cada capítulo se identifican las patologías a tratar, se destacan determinados aspectos de la anamnesis y exploración física deteniéndose en las pruebas complementarias necesarias para la valoración funcional, así como algunas cuestiones del pronóstico y del tratamiento. Por último, se ofrecen esquematizados los criterios para la evaluación del menoscabo del trabajador, así como los aspectos clave en el origen laboral de determinadas enfermedades.

Convenios con las Comunidades Autónomas en el control de IT

El INSS tiene en vigor 16 Convenios con las Comunidades Autónomas, para el control de la IT, (no disponen de convenio País Vasco y Navarra) para la modernización y mejora de la gestión y la racionalización del gasto por incapacidad temporal, acompañados de un protocolo de valoración de los procesos de IT de corta duración cuyo diagnóstico tenga asignado un tiempo estándar/óptimo de duración menor o igual a 30 días. Todos los acuerdos contemplan dos apartados: un programa de actividades para modernizar la prestación de IT, al que se supedita el 60% del crédito, y unos objetivos de racionalización del gasto para cada año, para los que se reserva el 40% restante. Es un convenio económico que paga a las comunidades autónomas en función del cumplimiento de los acuerdos y que para 2017 supuso casi 318 millones de € (317.914.500)

Análisis predictivo control IT⁵

Mediante tecnología informática de última generación el “análisis predictivo” en el control IT se introduce como herramienta para preseleccionar los procesos que deben ser objeto de control médico de paciente “altable” (*quien parece no debiera continuar en baja*) o “no incapacitado de forma permanente”, así mismo sirve para establecer patrones de comportamiento que ayuden a la toma de decisiones referentes a la incapacidad laboral. Entre sus objetivos diversos está mejorar la correcta gestión de las prestaciones económicas de incapacidad médica laboral, optimizar el control médico del INSS ante las incapacidades temporales, adecuar la selección de los procesos susceptibles de reconocimiento médico, luchar contra el fraude, identificar los factores que condicionan la prolongación de procesos de baja, analizar las desviaciones en el comportamiento de determinados procesos de incapacidad temporal (IT) con respecto a otros procesos similares en función de parámetros como el diagnóstico o la actividad económica o laboral. También puede analizar las situaciones de incapacidad permanente que similares en patología, Código Nacional de Actividad Económica, edad y sexo, hayan sido calificadas con diferente grado de incapacidad.

Ley General de la Seguridad Social

El ámbito de la incapacidad laboral se regula en la Ley General de la Seguridad Social.

La referencia al **concepto de incapacidad temporal** se recoge en el artículo 169: *Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de 365 días, prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.*

La **definición de la incapacidad permanente** se referencia en el artículo 193: *“La incapacidad permanente contributiva es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral. No obstará a tal calificación la posibilidad de recuperación de la capacidad laboral del incapacitado, si dicha posibilidad se estima médicamente como incierta o a largo plazo”.*

No hay una mención expresa a la definición del alta médica frente a la incapacidad laboral o baja, como tampoco la encontraremos para definir la situación de capacidad, así que vienen a considerarse como lo que no es baja o lo que no es incapacidad.

Real Decreto 625/2014

Este Real Decreto 625/2014, que regula la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal (IT) en los primeros 365 días de su duración pretende evitar la utilización indebida de la protección, mediante el establecimiento de controles de comprobación, para mayor rigor en la constatación de la enfermedad y de su repercusión en la capacidad de trabajo; adecuar la norma a las reformas legales operadas en los últimos años; permitir a través de las nuevas tecnologías el intercambio de datos para el control de la IT entre las distintas entidades e instancias implicadas en la gestión de la IT; incorporar un protocolo de temporalidad a la gestión de los partes médicos de baja según los distintos procesos patológicos y su incidencia en las actividades laborales; dotar de tablas de estimación teórica de la duración de una situación de IT teniendo en cuenta no sólo la patología del trabajador, sino también su edad y su ocupación; conocimiento del código nacional de ocupación a través de los partes médicos de baja para mejor conocimiento del comportamiento de esta prestación económica; centrar la gestión de los procesos de IT en la mayor protección del trabajador afectado y en su pronta recuperación; mejorar los mecanismos de control de los procesos; potenciar la colaboración entre entidades implicadas en la gestión de la IT; en definitiva mejorar el control de la IT.

En el modelo de parte de baja debe constar la limitación funcional para el trabajo, además del diagnóstico y el código nacional de ocupación.

El parte de alta se extenderá cuando el médico que emitió la baja entienda existe curación o mejoría que permite realizar el trabajo habitual, por considerar que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral o por propuesta de incapacidad permanente.

4. POLÍTICAS DE RETORNO AL TRABAJO TRAS BAJA PROLONGADA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Cabría preguntarse si la seguridad social debiera de disponer de políticas de retorno al trabajo, entendiéndose que lo que le es propio es la gestión de la incapacidad y la protección del trabajador amparado por la prestación económica de la incapacidad que cubre la pérdida de salario y capacidad de ganancia derivada de la incapacidad, pero no debe olvidarse que la consecuencia directa de considerar un alta o la no declaración de incapacidad es la vuelta al trabajo y por ello la consecuencia de estas acciones debe contemplar políticas de retorno laboral saludable y eficiente. De no disponer de políticas de retorno laboral la consecuencia es que van a surgir diversos problemas que a continuación describiremos.

Problemas para el retorno laboral

Referidas las herramientas del INSS para el control de la incapacidad médica laboral, vemos son políticas de gestión y control de la incapacidad con una visión de tendencia “prestacional”, referidas en último extremo a potenciar:

- “Control” poner fin a la prestación económica
- “Racionalización del gasto”
- “Gestión”
- “Adecuación” de las situaciones de IT

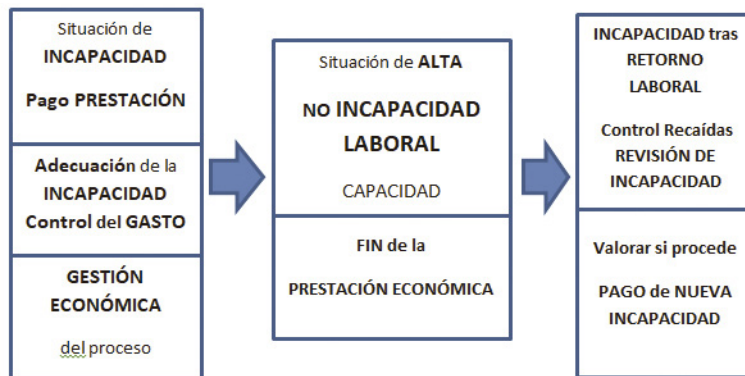
La norma en materia de seguridad social LGSS referencia la acción protectora de la prestación económica de la incapacidad, los conceptos, en definitiva:

- “Determinar lo que es incapacidad temporal, o incapacidad permanente y su gradación”

Estas herramientas, e instrucciones que constituyen la política de la seguridad social en el control y gestión de la incapacidad en cuanto al retorno laboral derivado del mismo,

suponen una visión “prestacional de la Incapacidad Laboral” (Fig. 1), pues aluden al control de la situación, a la mejora de la gestión de la prestación pero incluye la racionalización del gasto, y tratan de “adecuar” las situaciones de IT, evitando el uso indebido, lo que viene a reconocer situaciones de abuso o fraude, y en cuanto a la racionalización no esconde un control del gasto indebido, y puede propiciar un objetivo perverso como sería incentivar o pretender disminuir el gasto, como objetivo principal.

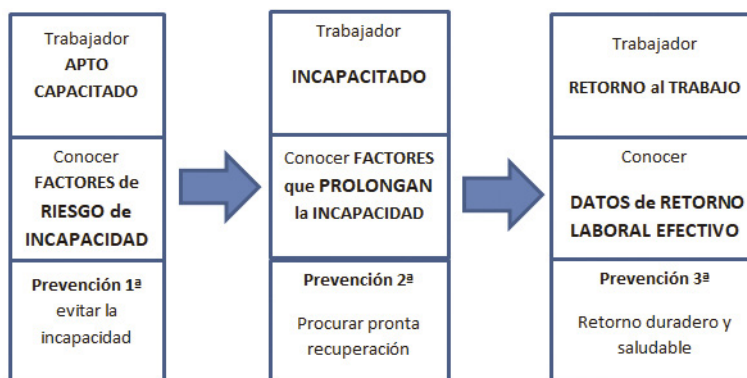
Figura 1. Visión Prestacional de la Incapacidad Laboral.



Esta visión prestacional, del sistema de seguridad social, no sólo se concreta en el obligado marco de las normas e instrucciones, para el derecho a las prestaciones por incapacidad, sino que también se traslada al análisis situacional de la incapacidad, dando más importancia al coste de la prestación, que a su porqué. Así mismo cesa en su amparo protector, en el momento que cesa la prestación.

Siendo importante la trascendencia económica de la incapacidad, no lo es menos prevenirla. Por ello una verdadera política de retorno laboral debe ser implementada en materia de incapacidad laboral por la seguridad social, y debe contener una visión preventiva (Fig. 2) en la consideración y decisiones que comporta la declaración de incapacidad o capacidad laboral,

Figura 2. Visión Preventiva de la Incapacidad Laboral.



La **prevención primaria** consiste en **evitar que la incapacidad se produzca**, actúan sobre la incidencia y son pre-incapacidad, mediante acciones tempranas de promoción de la salud y la implementación de políticas de prevención de riesgos laborales, mejorando las condiciones de trabajo, efectuando un control de la siniestralidad laboral y del enfermar ocupacional o por el trabajo.

La **prevención primaria en materia de incapacidad laboral precisa conocer los factores de riesgo de incapacidad para actuar sobre ellos**, es decir conocer las causas en origen de la incapacidad laboral: por qué procesos, con qué limitaciones, tras qué tipo de tratamientos, accesibilidad sanitaria, a qué colectivos afecta por edad, sexo, sector de actividad, ocupación tareas, riesgos laborales, condiciones de trabajo, apoyos en el

entorno personal y del trabajo, situación laboral, factores económicos, sociales y poblacionales.

La **prevención secundaria**, actúa sobre la duración, en la incapacidad ya producida, forma parte de una gestión integral de la incapacidad y supone **procurar la pronta recuperación de quién padece una incapacidad laboral** y para ello **se precisa conocer los factores que alargan la incapacidad**: gravedad del proceso; mala respuesta individual a los tratamientos; no acceso a la sanidad en tiempo y forma adecuada por listas de espera para pruebas diagnósticas, evolutivas o terapéuticas; factores psicosociales⁶; las banderas amarillas⁷ en la incapacidad; existencia de riesgos psicosociales en el trabajo; falta de apoyo en el entorno personal; trabajo exigente para las limitaciones funcionales sobrevenidas; factores económicos; inadecuación de la incapacidad por ser una situación de “incapacidad refugio” para cubrir otras necesidades que no las derivadas de una enfermedad; y el componente voluntario o “riesgo moral” en el alargamiento de la incapacidad⁸.

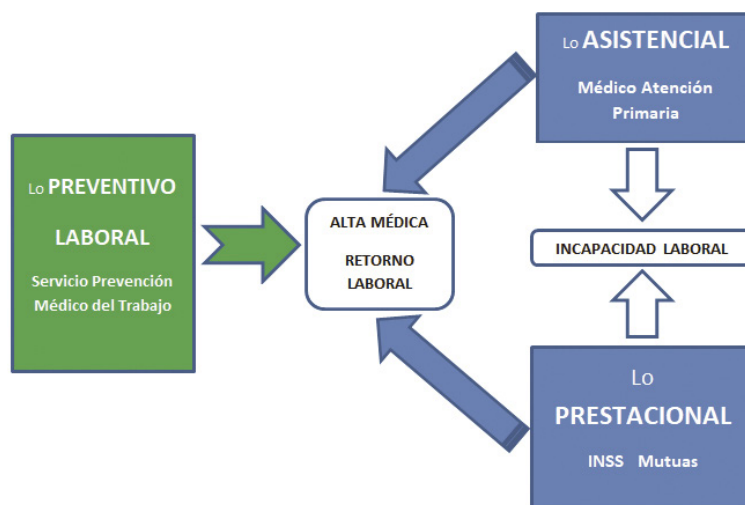
La **prevención terciaria** pretende la **reintegración al trabajo** y supone mantener al trabajador recuperado de la incapacidad laboral con un **retorno saludable, es decir sin que el trabajo perjudique su salud o sea causa de recaída, que además sea un retorno duradero y sea eficiente es decir puede desempeñar su trabajo adecuadamente**. Por ello debemos conocer el retorno efectivo, disponer de datos de recaída en incapacidad o abandono del trabajo por causas de salud, así como el presentismo trabajando enfermo.

La **Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)** marca la política en materia de prevención de riesgos laborales, y el conjunto de actuaciones de los poderes públicos dirigidas a la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo para elevar el nivel de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores.

Pero más allá de la norma que regula los aspectos de la incapacidad laboral o la prevención, lo cierto es que **hay un “continuo” y “una consecuencia” derivada de las actuaciones que unas entidades u otras realicen al concluir la incapacidad y que el trabajador es “uno” tanto en la situación de baja o de incapacidad laboral, como en la vuelta al trabajo tras alta médica o no declaración de incapacidad**.

Este retorno del trabajador tras incapacidad prolongada a su trabajo se sucede por tanto de forma inmediata tras unas consideraciones que ponen fin a la incapacidad, reguladas en la LGSS y una competencia en la prevención de la salud laboral que corresponde a otro ámbito reguladas en la LPRL (Fig. 3).

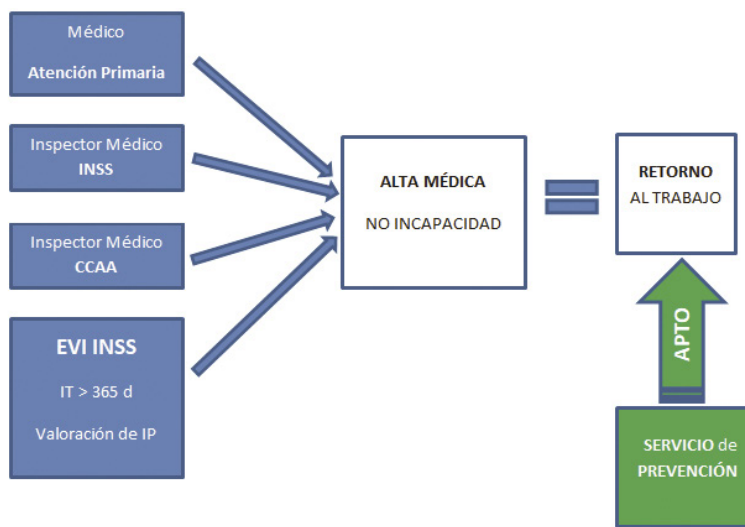
Figura 3. Ámbito de actuación en la incapacidad y el retorno laboral.



Las entidades competentes para emitir el alta médica o la consideración de la no incapacidad son: el médico atención primaria SPS, el inspector médico del INSS, el

inspector médico comunidades autónomas, los equipos de valoración de incapacidad (órgano colegiado) del INSS; y quien es competente en la que consideración del apto tras el retorno laboral es el servicio de prevención (Fig. 4).

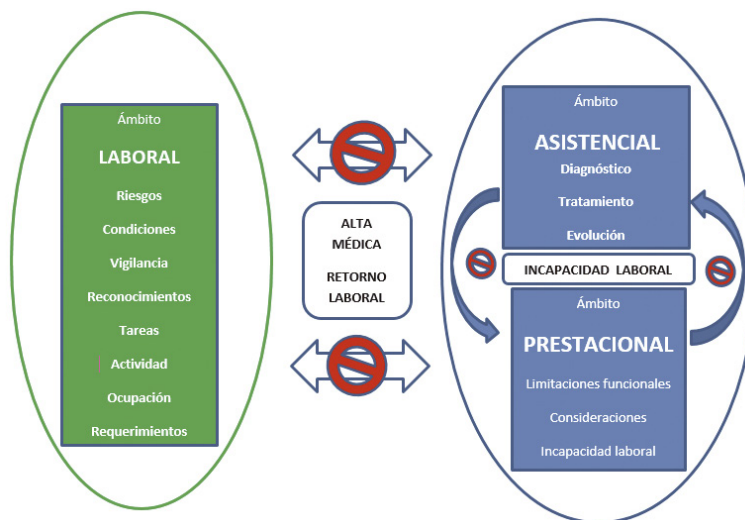
Figura 4. Alta y retorno al trabajo. Entidades responsables del ALTA y del APTO.



Siendo entidades que en un momento u otro están implicadas en la protección del trabajador, no son entidades que compartan ni la decisión, ni la información sobre el trabajador, bien fuera por la distinta competencia, cuando no por falta de colaboración amparada en ella.

Pues es cierto que la información médico laboral compartida entre el ámbito sanitario y el prestacional es limitada, y entre estos y el ámbito laboral prácticamente nula (Fig. 5).

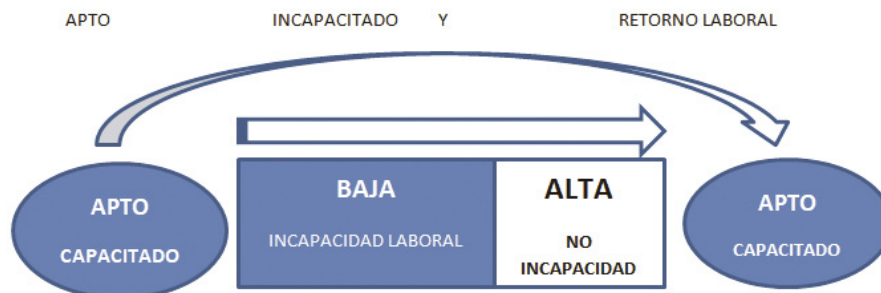
Figura 5. Compartimentos estancos de la información sobre la incapacidad, lo atencional y lo laboral.



La “política de protección laboral” en materia de seguridad social se circunscribe a **compensar económicamente la pérdida de ganancia que el trabajador sufre en las situaciones de incapacidad laboral al no poder trabajar u obtener beneficios de su trabajo**. El Estatuto de los Trabajadores establece en el artículo 45 la suspensión del contrato en las situaciones de Incapacidad Temporal, y añade exonera de las obligaciones recíprocas de trabajar y remunerar el trabajo. En las situaciones de Incapacidad permanente el artículo 48. 2 recoge la suspensión con reserva de puesto de trabajo, cuando así se haya preceptuado por el INSS, y en el artículo 49 se señala la extinción de contrato para los supuestos de declaración de incapacidad permanente o absoluta.

Refiriéndonos al retorno al trabajo tras incapacidad laboral, conviene señalar, que, en estos casos, **la situación de incapacidad laboral es una situación puente entre una consideración previa de estar apto y capacitado para el trabajo, la situación incapacitante de la enfermedad y sus limitaciones impeditivas para el trabajo durante el tiempo que se suceda, y el alta o no incapacidad laboral, que vuelve a la consideración previa de estar apto y capacitado para el trabajo (Fig. 6).**

Figura 6. El tránsito de la incapacidad laboral, apto, incapacidad, apto.



La consideración de “**incapacidades prolongadas**” debe de hacerse extensiva a las bajas “prolongadas” más allá del tiempo óptimo, así como las bajas alargadas más allá de lo conveniente, incluyendo las bajas alargadas más allá de la curación o mejoría, así como a las incapacidades permanentes con señalamiento de oficio o señalamiento obligado de revisión con o sin reserva del puesto, por lo que la **consideración del retorno** tras ellas es **compleja**.

Por otra parte, el **alta médica laboral puede no coincidir con el alta sanitaria**, es decir seguir precisando de seguimiento. Por lo que puede existir **confrontación en los procesos largos** entre los **plazos legales de la incapacidad laboral** y los **plazos individuales de recuperación**.

Las incapacidades prolongadas suponen en casos de procesos graves el añadido de la “**aptitud sobrevenida**”, Hablamos de aptitud sobrevenida desde la perspectiva de inclusión, o de favorecer el retorno al trabajo, cuando se consiguió una curación de un proceso que ha mantenido una prolongada incapacidad médica laboral o cuando se consiguió una mejoría que faculta este retorno por retornar a un trabajo para el que se han recuperado las capacidades funcionales requeridas, sin que ello suponga un riesgo para su salud, y permita además seguir con las pautas terapéuticas si están indicadas.

La **aptitud sobrevenida** es la **nueva situación en que la queda el trabajador, referente a su aptitud, cuando en relación con procesos largos de baja o tras graves dolencias con incapacidad médica larga** nos planteamos el retorno al trabajo, su reintegración al mercado laboral, por suponer **ha recuperado su capacidad laboral, pero ha adquirido nuevos riesgos por la enfermedad para el trabajo y el trabajo puede comportar nuevos riesgos para su salud**; el término aptitud sobrevenida, adquiere relevancia en contraposición al término de “**ineptitud sobrevenida**”, término excluyente, por el que las pérdidas de las capacidades del trabajador y sus ausencias por incapacidad temporal o por declaración de incapacidad permanente revisable pueden conllevarle el despido.

La aptitud sobrevenida supone ya no existen las limitaciones funcionales que dieron lugar al mantenimiento de la baja o la incapacidad laboral durante largo tiempo, o también que la funcionalidad restante considerada en su favorable evolución permita el desarrollo del trabajo, y en consonancia vaya a producirse una presumible valoración de apto; no obstante lo cual el trabajador retorna al trabajo en una nueva situación aptitudinal, que merece ser atendida tanto para la estimación del alta como en la adaptación necesaria. En resumidas cuentas, **se está capacitado** (no se está ya incapacitado) **pero con un nuevo riesgo contraído**.

Esquema ilustrativo de la **aptitud sobrevenida**:

- Ineptitud sobrevenida → perder salud → perder trabajo
- Aptitud sobrevenida → recuperar la salud → recuperar trabajo
- Aptitud sobrevenida – sin prevención sin adaptación → bajo rendimiento

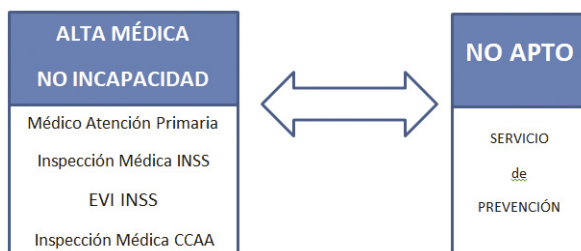
El concepto de aptitud sobrevenida guarda relación con la valoración presumible e implícita de una consideración de aptitud que va a producirse tras el alta médica o la no declaración de incapacidad; **concreta una nueva situación de riesgo por la enfermedad para el trabajo y por el trabajo para la enfermedad padecida.**

La APTITUD SOBREVENIDA tras larga incapacidad supone la adquisición de mayor riesgo en ese periodo previo de incapacidad es decir asimilamos aptitud sobrevenida a adquirir un **sobriesgo laboral** y, por tanto, **asimilamos el retorno al trabajo tras larga incapacidad a mayor riesgo de un retorno no saludable ni duradero.**

La **consideración preventiva** de estar CAPACITADO (NO INCAPACITADO) o en situación de ALTA tras incapacidad laboral prolongada por cáncer u otras graves o prolongadas dolencias, se hará, suponiendo el trabajador tiene una **capacidad laboral restante compatible y capaz para el desempeño laboral que venía desarrollando. Estimando que el trabajo no perjudique su salud resentida y que permita seguir los tratamientos de continuación sin mermar su esperada respuesta terapéutica y el necesario alejamiento de factores de riesgo del proceso incapacitante.** Conlleva la implícita valoración, no siempre coincidente ni exenta de litigio, de la consideración de APTITUD. Pues puede darse la controversia de NO INCAPACIDAD, o CONSIDERACIÓN DE ALTA y la declaración de NO APTO, más frecuentemente que en procesos de larga incapacidad laboral.

Merece por tanto una especial consideración el **problema al retorno al trabajo que sucede tras la declaración de no apto no existiendo incapacidad laboral**, pues puede suponer el despido del trabajador, es decir anular el retorno efectivo. La **controversia**⁹ sobreviene cuando la situación del trabajador es la de **“alta médica”**, bien por alta del médico atención primaria, de la inspección médica INSS, o de la inspección médica de las comunidades autónomas (CCAA) o bien con la declaración de **no incapacidad** del equipo de valoración de incapacidades del INSS (EVI) y coincide o coexiste con una declaración de **no apto**, por parte del servicio de prevención (Fig. 7). **Esta controversia no ha sido resuelta y genera una indefensión del trabajador y una toma de decisiones contrapuestas entre lo prestacional y lo preventivo**^{9,10,11}.

Figura 7. Controversia NO INCAPACIDAD o ALTA y NO APTO.



Sea como fuere es **al volver al trabajo cuando se hace visible el nivel de cambio experimentado, y por ello la necesidad de políticas que faciliten el retorno.**

Como ya hemos venido relatando las **políticas desde la Seguridad Social de retorno al trabajo tras incapacidad prolongada no pueden descansar en el terreno economicista y valorarse en su gestión por el número de altas o la menor duración o la menor incidencia de la incapacidad**, pues evidentemente la **gestión de la incapacidad laboral es algo más que una cuestión económica**¹². El análisis economicista de la incapacidad laboral, nos puede hacer perder la perspectiva de la **eficiencia laboral y social.**

Un desequilibrio entre las políticas de gestión y control de la incapacidad y las políticas de prevención puede ser fuente de mal retorno al trabajo (Fig. 8).

Figura 8. Barreras al retorno al trabajo por desequilibrio entre políticas de gestión y políticas preventivas.



Las políticas de gestión de la incapacidad deben proveer que esté en incapacidad laboral quién debe estar y durante el tiempo que proceda, sin olvidar que la consideración de la incapacidad laboral encierra una evaluación médico laboral de la relación entre las limitaciones derivadas de una enfermedad que padece un trabajador y los requerimientos del trabajo.

Dicho todo lo cual sí que parece que puede existir un componente voluntario del trabajador en el alargamiento o permanencia en incapacidad laboral^{8,13}, que algunos estudios lo estiman en torno al 20% como el que efectuó la Agencia para la Evaluación de la Calidad AEVAL 2009¹³. Lo que podría justificar una mejora de los controles. También este estudio analiza el resultado de los reconocimientos realizados por el INSS, que fundamenta la necesidad de control idóneo para evitar el abuso en la prestación; y aunque los datos han variado desde 2009, el porcentaje de altas médicas a los reconocimientos médicos de trabajadores en baja por el INSS es a día de hoy cercano al 20%. Sigue siendo cierto que es preciso mejorar la intercomunicación entre entidades implicadas¹³ en la incapacidad laboral Médico de Atención Primaria SPS e Inspecciones Médicas del INSS, así como Mutuas e Inspecciones Médicas de las CCAA. Y optimización de los procedimientos de selección de pacientes “presumiblemente altables”, en lo que se ha avanzado a través de los convenios del INSS con las CCAA y la implantación reciente de nuevas tecnologías como las citadas como “análisis predictivo”.

En el mismo estudio de la AEVAL¹⁴, se indica que el 20% de los procesos de enfermedad pudieran tener causa laboral, que supondría reconocer que el trabajo es fuente de enfermedad en el 20% de las mismas, lo que apoyaría la necesidad de implantar políticas de retorno laboral^{8,13} por parte de la seguridad social y una visión preventivo laboral^{8,13} de la incapacidad y no sólo prestacional y un mayor rigor en el análisis de la causalidad laboral³⁸.

El trabajo no debe ser nunca causa ni agravación de la enfermedad. La reincorporación laboral tras incapacidad médica larga supone más allá de los costes económicos derivados de esa situación, el retorno al trabajo tras un periodo de deterioro de la salud laboral, de la calidad de vida del trabajador y concitan un riesgo añadido al laboral el riesgo de perder el trabajo¹².

5. POLÍTICAS PARA FACILITAR EL RETORNO TRAS INCAPACIDAD LABORAL TRAS LARGA INCAPACIDAD

Las propuestas que expondremos a continuación conciernen a la situación inmediata previa al inicio de la incapacidad, a la situación de incapacidad laboral ya declarada y a la inmediata situación de retorno laboral, y tienen como fin procurar

un retorno laboral saludable, efectivo y duradero, desde la perspectiva preventiva laboral, **tras incapacidad prolongada, propuestas que debieran forma parte de la “política de protección laboral” en materia de seguridad social.** Entendiendo la política de protección e inclusión laboral como directrices, decisiones y comunicación compartida entre el ámbito preventivo, con el asistencial y prestacional de la “baja o incapacidad prolongada”. Así mismo, **estas políticas deben contribuir a un mayor rigor en el análisis de la causalidad laboral de los procesos para la mejora preventiva de la salud laboral, a la apreciación preventiva de las circunstancias que desencadenan el desarrollo de la incapacidad y aquellas que suponen su alargamiento.**

5.1. Registro de datos. El Mapa de Incapacidad laboral en España^{13,14,15}

Las prestaciones por incapacidad forman parte de un seguro social público que cubre el riesgo de pérdida de la salud o de las capacidades funcionales del trabajador (por enfermedad o accidente), por las consecuencias negativas que tienen en el desempeño normal de la actividad laboral y la obtención de ingresos por el trabajo desarrollado. Conllevan la evaluación médica de las limitaciones funcionales u orgánicas, es decir las capacidades funcionales restantes (valorando capacidades perdidas y capacidades que mantiene) y el resultado de su relación con el trabajo (capacidades requeridas o que precisa el mismo). Siendo por tanto pérdidas de salud laboral necesitan de una valoración médico laboral, y en su análisis requieren un seguimiento de los diversos factores presentes en el enfermar y en los accidentes y el resultado de sus consecuencias limitantes, necesitan del análisis de su impacto sanitario epidemiológico, asistencial, vigilante de la salud, preventivo y reparador. Siendo un seguro de protección social frente a la pérdida de haberes por la incapacidad para desarrollar el trabajo necesitan del análisis de su impacto económico laboral y social.

En las **políticas de gestión de la incapacidad acostumbra a preocupar más el “cuánto” que el “qué”** en la incapacidad laboral. Entendiendo por el “cuanto” **por el cuánto cuesta la incapacidad, cuánto sube el absentismo, cuántas bajas hay, cuántos días se pierden, cuánto duran, y confiar que más controles y más dureza aminore estas cifras.** Cuando debiéramos también preocuparnos por el “qué” **qué tenemos que controlar del absentismo, qué bajas, qué causa la incapacidad laboral, qué causa su alargamiento, o su permanencia, qué procesos resultan más incapacitantes, qué trabajadores resultan más afectados, qué tareas realizan, en qué sectores de la actividad económica, qué tipo y tamaño de empresas, qué situaciones laborales padecen.**

Más allá de los números de las bajas, su duración, su incidencia y del número de las incapacidades laborales, está el conocimiento de los datos de los trabajadores afectados de situaciones de incapacidad, que permita averiguar las causas para combatirlas y prevenirlas, mediante un análisis epidemiológico. El conocimiento de los datos sobre incapacidad laboral no es para tratar de gastar menos en su protección, sino en saber cómo debiéramos de gastar en prevención y en atención sanitaria, además de por supuesto servir para una adecuación de las situaciones y para mejor control de una prestación económica del sistema público de protección. El Mapa de Incapacidad¹⁵, propuesto en su momento, puede servir como herramienta de gestión de la salud pública, de la que forma parte la salud laboral y como herramienta de gestión en la incapacidad laboral, prestaciones que se satisfacen con recursos públicos. **Para la confección del mapa se precisa la explotación de los datos o variables que influyen en la aparición de la incapacidad, su prolongación, su desarrollo y las dificultades para un retorno laboral efectivo, a través de soportes o herramientas informáticas que permitan la extracción analítica, la “expresión de lo incapacitante laboral” y la “exposición de la actualización incapacitante”.**

Para la **elaboración del mapa de incapacidad laboral en España se precisa un análisis de datos que contengan todas las variables que inciden en la aparición de la incapacidad, su prolongación, ser elementos barrera o facilitadores de retorno al trabajo, y que pueden definir la situación actualizada de la incapacidad, sus causas y sus consecuencias.**

Datos Básicos del Mapa Incapacidad

- Datos de salud: Diagnóstico, comorbilidad, limitaciones funcionales, tratamiento. Causa o contingencia del proceso.
- Datos laborales: Ocupación, profesión, tareas, sector de actividad, situación laboral, tipo de empresa.
- Datos sanitarios: accesibilidad, listas de espera.
- Datos personales: Edad, sexo, situación familiar, localidad.
- Datos de la prestación: Tipo de incapacidad (IT, IP y grados). Días consumidos en IT. Datos de recaída IT. Datos de revisión de IP.
- Datos económicos: Prestación económica IT e IP por trabajador.

El mapa permitiría conocer: las causas que llevan a la incapacidad laboral; las consecuencias limitantes para el trabajo; la repercusión sanitaria, prestacional, económica y social de la incapacidad. Sería una herramienta facilitadora de una gestión integral de la incapacidad y la salud laboral. Permitiría planificar estrategias interdepartamentales para la mejor atención sanitaria y la mejor distribución de los recursos públicos destinados a la incapacidad laboral y a la promoción de la salud laboral (salud pública). El análisis de los resultados del mapa de incapacidad podría ser utilizado en los proyectos presupuestarios y en el diseño de programas específicos de actuaciones preventivas y de rehabilitación profesional. Se subestima a menudo **el beneficioso impacto a largo plazo de las correctas políticas sanitarias y de salud pública en materia de incapacidad**, pues debe de gastarse y destinar recursos públicos no sólo en función del impacto económico de la incapacidad sino también del beneficio que produzcan en términos de salud laboral.

La incapacidad es multifactorial en su origen y en su determinación, y por ello es preciso disponer de datos de todas las variables que la circundan por lo que es preciso mejorar el registro de datos. No se conoce aquello que se carece de datos, No se puede hablar de prevención sin conocer qué debe prevenirse. No se puede proteger sin saber aquello que necesita protección. No se puede hablar de impacto del retorno laboral o del no retorno por incapacidad sin registro de datos. No se puede poner remedio a las causas de la incapacidad, sin conocerlas. Por todo ello es necesidad urgente la elaboración de un Mapa de Incapacidad Laboral en España, que permita conocer la población trabajadora de riesgo incapacitante laboral.

Reseñar el **valor de la incapacidad** (el no retorno o la ausencia del trabajo por enfermedad) como **indicador de gestión sanitaria e indicador de salud laboral**²², reportando el carácter preventivo que, además de la gestión prestacional, deriva de las actuaciones respecto del alta o la no incapacidad, que deben guiar las políticas de retorno laboral.

5.2. Mejoras de la calidad decisoria en la gestión y control de la incapacidad laboral²⁰

La incapacidad laboral conlleva en su consideración una adhesión médico laboral, pues es obligada la concurrencia de soporte médico que acredite la enfermedad incapacitante, que objetive las limitaciones funcionales que provoca y todo ello puesto en relación con las capacidades que el trabajo exige.

Para la correcta toma de decisiones en el ámbito de la incapacidad laboral debe de actuarse con conocimiento completo de información médica sobre el proceso que incapacita y con conocimiento completo de la actividad laboral desempeñada, por ello la **“Ficha Ocupacional”**^{16,17,18,19} facilitaría el conocer el trabajo que el trabajador en baja realiza y por ello no sólo tener pleno conocimiento para la extensión de la baja o su confirmación o prórroga sino para obrar con pleno conocimiento en la extensión del alta médica o en la no declaración de la incapacidad o en los procesos remisorios de la misma. **Así mismo propiciaría una mayor consideración de los procesos de causa laboral.**

Lo cierto es que en muchas ocasiones la información médica sobre el proceso incapacitante se mantiene en compartimentos estancos, como ya hemos referido. Lo que viene a concluir que se carece de información lo que facilita el que puedan adoptarse actuaciones inadecuadas con perjuicio para el trabajador. Más cierto todavía es que la información laboral, que se precisa para concluir si un proceso es incapacitante o no para ese trabajo es marcadamente insuficiente y en la mayoría de las actuaciones se realiza en base a las referencias que el propio interesado comunique.

Por otra parte, la toma de decisiones de cara al retorno laboral, recordemos la extensión del parte de alta médica o la declaración de no incapacidad se realiza en el ámbito sanitario o prestacional, pero el retorno al trabajo pertenece al ámbito laboral, ya demás de esta compartimentación las decisiones también mantienen una independencia competencial y un aislamiento en la comunicación.

La causalidad del trabajo en la incapacidad y el retorno saludable sin que el trabajo perjudique la salud exigen una comunicación fluida y compartida en los tres ámbitos: el sanitario, el prestacional y el laboral, y una mejora técnica en el órgano decisorio de la incapacidad (EVI), sin ello la causalidad del trabajo bien como enfermedad profesional o accidente de trabajo estará infra declarada e inadecuadamente asistida y la controversia entre no apto y no incapacidad permanecerá.

Por ello se hace ineludible

- **Compartir información médica y laboral entre MAP, Inspecciones CCAA, Inspección INSS, Mutuas, ámbito de la Medicina Empresa y Servicios de Prevención.**
- **Toma de decisiones compartidas y comunicadas de forma comprensiva.**
- **Cambios en el EVI (equipo de valoración de incapacidades) para mejorar su competencia técnico valoradora, incluyendo entre sus competencias la resolución de la controversia entre declaraciones de no apto y alta médica o no declaración de incapacidad^{9,10,11}.**
- **Elaboración de una “Ficha Ocupacional” de obligada cumplimentación y uso^{16,17,18,19}.**

5.3. Programas de retorno al trabajo por procesos

Los programas de retorno al trabajo por procesos y su eficiencia pueden ser cuestionados, pero más allá de su evidencia científica en la mejora de resultados²¹, su practicidad debe de circunscribirse a cada entorno normativo, máxime si pretendemos cuestionarnos su validez a nivel internacional. En España tres procesos acaparan los más frecuentes en alcanzar los 12 meses de incapacidad laboral, las “lumbalgias”, los “trastornos psiquiátricos menores” y el cáncer de mama. Así mismo lo son en las bajas que superan los 6 meses, y por lo tanto merecen una especial y específica atención.

En cuanto a los dos primeros “lumbalgias” y trastornos psiquiátricos menores” los programas de atención temprana han logrado acortar la duración de la incapacidad y mejorando la atención sanitaria, mejoran la recuperación y propician un retorno saludable y continuado al trabajo tras larga incapacidad.

Los procesos osteomioarticulares y los procesos psíquicos menores son los que causan más IT, con bajas prolongadas mucho más allá de lo esperado y los que mayor dificultad comportan para el alta, por ello debe de potenciarse la atención sanitaria temprana mediante protocolos y acuerdos, para suministrar tratamiento adecuado en tiempo y forma evitando su alargamiento y propiciando el retorno laboral

Llegar de forma temprana al diagnóstico y comenzar el tratamiento es obvio garantiza la pronta recuperación y un retorno al trabajo saludable. Un tratamiento adecuado es aquel que se posibilita en tiempo y forma idóneo. La accesibilidad temprana a las pruebas diagnósticas y al tratamiento es garantía de buena respuesta, mejora la recuperación y es beneficiosa para la reincorporación funcional al trabajo.

Por tanto, un apoyo sanitario utilizando los recursos sanitarios de las Mutuas en procesos de IT para evitar listas de espera del Servicio Público de Salud en pruebas diagnósticas o pruebas funcionales o tratamientos, cuando el SPS no dé prestación asistencial en tiempo adecuado, constituiría una política beneficiosa del retorno laboral, pues consecuentemente las listas de espera alargan la incapacidad y empeoran el pronóstico de estos procesos.

La identificación temprana de la enfermedad y el tratamiento precoz, se ha demostrado son factores que tienen un resultado sanitario y económico favorable, así como para el paciente y para el retorno laboral. Y de hecho en los convenios del INSS en incapacidad temporal con las CCAA, se programan políticas específicas.

Convendría un seguimiento adecuado y con criterios específicos de los programas específicos y un retorno de la información a través de la permanencia en el trabajo y en qué condiciones para una mayor evidencia de su mejora. Debe valorarse **la incapacidad (el no retorno) como indicador de gestión sanitaria y de salud laboral**²².

Programas específicos para los trastornos musculoesqueléticos TME^{23,24,25,26,27}

Los programas específicos para los trastornos musculoesqueléticos TME han dado excelentes resultados, repercutiendo en la mejor y más rápida respuesta al tratamiento, un mejor abordaje clínico, un menor gasto sanitario y en prestaciones, y acortando los tiempos de baja y mejora de los indicadores de retorno al trabajo.

Programas específicos para patologías mentales^{28,29}

En cuanto a las patologías psiquiátricas los programas de atención temprana y específica, también referencian buenos resultados, aunque algunas carencias en el abordaje de los factores psicosociales para el retorno al trabajo tras incapacidad merecen una especial atención.

Plan Estratégico en la incapacidad laboral de pacientes con cáncer^{30,31,32,33,34,35,36}

Es necesaria la elaboración de un plan estratégico frente al cáncer en población trabajadora. Teniendo en cuenta la alta incidencia del cáncer, 85.000 nuevos casos de cáncer en 2017 en la población trabajadora (18 a 65 años) en España, ser procesos que precisan de larga baja, un 90% de los procesos de cáncer superan los 6 meses de baja. Las neoplasias suponen el 3º grupo diagnóstico en bajas de más de 10 meses o que pasan a prórroga de IT. La mayor supervivencia frente al cáncer supone una prevalencia muy alta de supervivientes al cáncer. El 53% de los pacientes sobrevive más de cinco años. En torno al 55% de los pacientes con cáncer no retorna a trabajo. Alrededor de 25.000 personas con cáncer en España entran en una situación de clara vulnerabilidad. Los colectivos de mayor riesgo son los trabajadores autónomos, los trabajadores que a lo largo del proceso pasan al desempleo o les sobreviene el cáncer en esta situación, los trabajadores con bajos recursos, y las mujeres.

Un sistema de protección social no puede dar la espalda a un colectivo cada vez mayor y con **alto riesgo de exclusión social, de vulnerabilidad económica y de pérdida del trabajo**.

Es necesario establecer un **Plan Estratégico de Protección Integral de los Trabajadores con Cáncer**, que abarque lo sanitario, lo atencional, lo prestacional, lo laboral y lo preventivo.

Medidas para una mejor atención laboral de los trabajadores con cáncer y la reintegración laboral

En la atención sanitaria:

- Acceso desde la sanidad pública a los nuevos tratamientos personalizados de precisión (inmunoterapia).

- Dotación adecuada de servicios de oncología en la red pública (personal y medios).
- Atención psicológica al paciente con cáncer (dotación de psicólogos en hospital).
- Inclusión y abono de gastos sanitarios o parasanitarios no incluidos a día de hoy en el servicio público.

En la norma en seguridad social y en la valoración de la incapacidad:

- Modificación de la norma en relación con la incapacidad temporal y permanente.
- Facilitar el retorno mediante el alta parcial.
- Evitar la controversia no incapacidad no apto.
- Acceso sin carencia a las prestaciones de incapacidad.
- Protección frente al desempleo en el curso de la enfermedad.
- Criterios homogéneos y protocolos de valoración, incluir los daños psicológicos y otros derivados de los efectos secundarios.

En lo laboral:

- Implementar medidas fiscales y de cotización que faciliten el retorno al trabajo en la empresa.
- Mejora de la comunicación entre agentes implicados atención sanitaria, gestores de la incapacidad y el mundo del trabajo.
- Mejora de los Registros. Mapa de incapacidad laboral para conocer a quién, en qué trabajos y de qué manera afecta el cáncer.
- Atención al trabajador con cáncer como trabajador con “aptitud sobrevenida”.
- Potenciar la investigación epidemiológica del cáncer en población trabajadora, así como la vigilancia de la salud y la declaración de los cánceres de origen laboral.
- Mejora de las condiciones de trabajo. Garantizar la bioseguridad en lo laboral.

En lo social

- Formación para extender la cultura del retorno posible al trabajo tras el cáncer.
- Mejora del apoyo social al enfermo y a las familias con familiares con cáncer.

5.4. Mejoras en la relación empresa, trabajador, y el sistema de protección

Apoyo de la empresa

El retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada puede ser obstaculizado cuando se sucede a un entorno hostil, de riesgo o sin apoyo de la empresa a la situación específica de reintegración a su puesto de trabajo.

También es cierto que algunas medidas de apoyo sanitario en este entorno, durante la baja han demostrado que facilitan un retorno, pero este apoyo sanitario sólo es posible en las grandes empresas o colectivos, y no es factible en la pequeña empresa.

En cualquier caso, para facilitar el retorno al trabajo debe de efectuarse:

- Mejora del clima laboral.
- Mejora del proceso organizacional de la empresa.
- Mejora de las condiciones del trabajo.
- Fomentar empresa o entorno saludables.

Ya hemos referido la acción preventiva ante la incapacidad: la prevención primaria que la incapacidad no se produzca, si se produce o se aminore su consecuencia o se remedie la misma lo más pronto posible y la prevención terciaria que al volver al trabajo

no recaiga el trabajador en incapacidad o que por razones de enfermedad pierda el trabajo o no sea posible un retorno laboral saludable y que perdure. Las políticas preventivas de la incapacidad fracasan sin mejora del clima laboral y del proceso organizacional de la empresa, sin mejoras de las condiciones del trabajo que fomenten empresas o entorno laborales saludables y sin implementar flexibilidad horaria que permita la conciliación familiar y/o de ocio y la atención a familiares con dependencia.

Alta y baja compatibles

Por otra parte, en la situación de baja podrían establecerse soluciones para permitir la compatibilidad de baja y alta médica, en situaciones de pluriactividad o pluriempleo, estimándose la baja para el trabajo para el que se está incapacitado y alta para el trabajo para el que no hay impedimento, y que es compatible con su pérdida de salud, y no comporta un empeoramiento o alargamiento de su situación de baja. La pluriactividad y el pluriempleo son cada vez más frecuentes, comportan en ocasiones situaciones de pérdida las capacidades para un trabajo, pero manteniendo las de otro. Facultar la compatibilidad de baja y alta en esas condiciones resultaría beneficiosa para el trabajador, por la trascendencia que el estar de baja pudiera repercutir en la estabilidad en el empleo, en una menor pérdida económica en esa situación o mantenimiento de cotizaciones, y también beneficiosa para la empresa, y el sistema productivo.

Alta parcial

Más allá del alta médica laboral por curación o mejoría facilitar la Incorporación gradual al trabajo en condiciones pactadas, permitiría un retorno saludable, eficaz y duradero, pues la reintegración laboral paulatina con acuerdo entre las partes: el médico que controla o sigue al paciente, el trabajador y su empresa, haría posible un retorno seguro al trabajo.

Este alta parcial precisaría de un documento con recomendaciones sobre qué tareas puede realizar si se incorpora al trabajo o si se puede beneficiar de prácticas como un cambio o reducción de horario o de tareas hasta que se consiga la recuperación total.

Hay que establecer sinergias entre lo preventivo y lo prestacional procurando el retorno saludable al trabajo tras incapacidad y al mismo tiempo hacer posible un trabajo saludable que no sea fuente de enfermedad^{37,38}.

5.6. Cambios normativos²⁰. Cambio de paradigma sobre el absentismo y la incapacidad^{10,12}

Finalmente, todas las propuestas previas precisan de un refrendo normativo para hacerlas eficaces. Procurando cuantos cambios normativos desarrollen estas medidas para facilitar y promocionar el retorno laboral, y hagan visible la necesidad de concienciación social, respecto del buen retorno mediante los acuerdos políticos que se precisen. Así mismo contemplar la gestión de la incapacidad no solo desde la perspectiva económica sino teniendo en cuenta todas sus variables que permitan prevenir la aparición de las situaciones incapacitantes, restaurar las pérdidas de salud incapacitantes lo más pronto posible y procurar la reintegración laboral duradera, es decir practicar la prevención primaria, secundaria y terciaria de la incapacidad, más allá de la legítima adecuación de las situaciones de incapacidad, las políticas de retorno no pueden estar fundamentadas en el recorte económico o acortar los procesos de baja bajo la sospecha de abuso que pueden ser malentendidas por victimizar al trabajador. Bien es cierto que es necesario concienciar a la población del daño que un uso fraudulento o abusivo comporta para nuestro sistema de protección de la incapacidad laboral mediante el sistema de seguridad social.

6. CONCLUSIONES

Las incapacidades prolongadas suponen un alejamiento prolongado del trabajo y más allá de la importante repercusión económica tanto para el sistema productivo, las empresas, el sistema de protección social y sanitaria y los costes para el trabajador, suponen una dificultad intrínseca al retorno saludable, eficaz y permanente. Es decir, precisan del establecimiento de políticas de retorno al trabajo, que posibiliten el que el trabajo no sea causa de enfermedad, tanto en su génesis como en las recaídas, que el trabajo se realice en condiciones saludables y que tras bajas prolongadas su retorno sea estable y continuado en el tiempo. La incapacidad prolongada es una merma en la calidad de vida de los trabajadores, supone un riesgo de convertirse en permanentes y de perder el trabajo.

Un sistema de protección social como es el sistema de seguridad social precisa de políticas que fomenten el retorno al trabajo, y más en este colectivo que ha sufrido un largo proceso incapacitante.

Por ello debe:

- Mejorar los sistemas de registro. Mapa de Incapacidad.
- Mejorar la toma de decisiones.
- Mejorar la comunicación entre el ámbito asistencial, el prestacional y el laboral.
- Mejorar la relación empresa, trabajador, y el sistema de protección.
- Facilitar el alta parcial.
- Posibilitar la situación de baja y alta para distintas exigencias laborales.
- Procurar la conciliación laboral y la vida personal. Flexibilidad horaria.
- Conocimiento concreto de los requerimientos del trabajo. Ficha Ocupacional.
- Evitar controversia entre no apto y alta o no incapacidad
- Garantizar la bioseguridad laboral. Empresa y trabajo saludable.
- Mayor rigor en la determinación de contingencia causal del trabajo
- Programas específicos de retorno por procesos musculo esqueléticos, trastornos psiquiátricos menores y un plan estratégico en los trabajadores con cáncer.
- Cambios en la norma que hagan todo lo anterior posible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicente Pardo, José Manuel. (2016). Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo*, 62(242), 49-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000100006&lng=es
2. Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal 4ª edición INSS. Disponible en: https://www.semg.es/images/documentos/docs_varios/Manual_Tiempos_Optimos_IT_2017.pdf
3. Guía de Valoración Profesional 3ª edición 2014. Disponible en: http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/661ab039-b938-4e50-8639-49925df2e6bf/GUIA_VALORACION_PROFESIONAL_2014_reduc.pdf?MOD=AJPERES&CVID=
4. Guía de valoración de Incapacidad Laboral Temporal para Médicos de Atención Primaria (2.ª edición). Disponible en: http://www.isciii.es/isciii/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/guia_de_valoracion_de_incapacidad_laboral_para_ap.pdf
5. Análisis predictivo <https://revista.seg-social.es/2018/06/01/big-data-contra-el-fraude/>
6. Vicente Pardo José Manuel, López-Guillén García Araceli. Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2018 Mar; 64(250): 50-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000100050&lng=es.
7. Vicente Pardo José Manuel, López-Guillén García Araceli "Banderas Amarillas" en el alargamiento de la incapacidad laboral. Disponible en: <http://prevencionar.com/2018/08/26/banderas-amarillas-en-el-alargamiento-de-la-incapacidad-laboral/>

8. Vicente Pardo José Manuel. Incapacidad laboral, riesgo moral y riesgo laboral. Disponible en: <http://prevencionar.com/2018/05/08/incapacidad-laboral-riesgo-moral-y-riesgo-laboral/>
9. Vicente Pardo José Manuel. No apto pero no incapacitado. La controversia del ser o no ser. *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2017 Jun; 63(247): 131-158. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200131&lng=es.
10. Vicente Pardo, José Manuel. No apto y no incapacidad, estar capacitado y no apto, la controversia no resuelta. Disponible en: <http://prevencionar.com/2018/02/08/no-apto-no-incapacidad-estar-capacitado-no-apto-la-controversia-no-re>
11. Virolés Rosa María. Controversias valoración jurídica. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2014; Suplemento extraordinario *Medicina y Seguridad del Trabajo* 60 (Supl 1), 205-216. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000500028&lng=es.
12. Vicente Pardo José Manuel. La gestión de la incapacidad laboral algo más que una cuestión económica. *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2018 Jun; 64(251): 131-160. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000200131&lng=es.
13. Villaplana García, María (2014). Finalización del proceso de incapacidad temporal y el retorno al trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(237), 675-684. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000400007&lng=es.
14. Pérez-Durantéz, I. (2009). Evaluación de las Medidas de Racionalización y Mejora de la Gestión de la Incapacidad Temporal. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Disponible en: <http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/evaluaciones/E22-2009.pdf>
15. López-Guillén García, Araceli, & Vicente Pardo, José Manuel. (2015). El Mapa de la Incapacidad en España una necesidad urgente. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 61(240), 378-392. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000300007>
16. Goiria Ormazábal, Juan. (2014). Ficha de valoración ocupacional para trabajadores en Incapacidad Temporal (IT) en el País Vasco: valoración de requerimientos del trabajo en pacientes en IT o al alta. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(Supl. 1), 110-123. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000500017&lng=es.
17. Vicente Pardo, José Manuel. El Informe Médico de Valoración de la Capacidad Laboral y la Ficha de Evaluación de la Capacidad Laboral una nueva herramienta en la gestión y valoración de las situaciones de incapacidad. Disponible en: http://www.lmee-svmt.org/panel-lmee-svmt/tinymce/plugins/filemanager/uploads/20130924-Actualizacion/131004_DrVicente_Informe_Medico_Valoracion_Capacidad_Laboral.pdf
18. Vicente Pardo, José Manuel La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de seguridad social. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2014; 60 (237) 660-674. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000400006>
19. Vicente José Manuel. Protocolos de valoración de la capacidad laboral: Guía Profesionales INSS. Ficha Valoración Capacidad Laboral Foro IT. MERCAL. Disponible en: <http://www.adege.es/adege/protocolos-valoracion-capacidad-laboral/>
20. Vicente Pardo, José Manuel Hacia un nuevo marco que regule la valoración médica de la capacidad/incapacidad laboral: propuestas de mejora y áreas de cambio. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2016, vol.62, suppl, pp.44-60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000400005&lng=es.
21. Vogel N, Schandelmaier S, Zumbrunn T, Ebrahim S, de Boer WEL, Busse JW, Kunz R. Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD011618. DOI: 10.1002/14651858.CD011618
22. Vicente Pardo José Manuel. La Incapacidad laboral como indicador de gestión sanitaria. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2015 Jun; 61(239): 207-219. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000200007>.
23. Boix P., Benavides F G., Gil P, et al. Protocolo para la gestión de programas de retorno al trabajo en casos de incapacidad temporal por trastornos musculoesqueléticos (GRT-TME). Disponible en: https://www.mc-mutual.com/documents/20143/47341/protocolo-grt-tme_es.pdf/8a2e9029-c6c9-982c-f50d-e1a96ba1ddf7
24. Jover Juan Ángel. Intervención inmediata. Análisis y resultados de los programas de intervención temprana en patología osteomioarticular implantados. *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo*, Madrid, v. 60, supl. 1, p. 36-38, 2014. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60s1/ponencia6.pdf>
25. Jover Jover, Juan Ángel. Intervención inmediata: análisis y resultados de los programas de intervención temprana en patología osteomioarticular implantados. *Revista Medicina y Seguridad del Trabajo*, Madrid, v. 60, supl. 1, p. 36-38, 2014. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000500007&lng=es.

26. Jover Juan Ángel. Abordaje clínico de la discapacidad de origen musculoesquelético. Disponible en: http://www.seslap.com/seslap/html/curCong/congresos/xixcongreso/jueves_26/auditorio/mesa5/Juan_Angel_Jover.pdf
27. Abasolo L, Carmona L, Hernández-García C, Lajas C, Jover JA et al. Incapacidad laboral de origen osteomuscular para clínicos: evolución en el tiempo y efectividad en relación con el diagnóstico de un programa de intervención específico. *Arthritis Rheum.* 2007; 57(2):335-42.
28. Otero Dorrego, Carmen, & Gálvez Herrero, Macarena. (2014). Plan de retorno al trabajo tras baja laboral por motivos de salud mental. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(235), 392-405. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2014000200011>
29. Villaplana García, María. (2014). Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60(Supl. 1), 65-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000500012&lng=es.
30. López-Guillén García Araceli. Cáncer ocupacional y ocupaciones con cáncer. Disponible en: <http://prevencionar.com/2018/03/20/cancer-ocupacional-y-ocupaciones-con-cancer/>
31. López-Guillén García Araceli, Vicente Pardo José Manuel. Retorno al trabajo tras cáncer de mama. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 2017 Mar; 63(246): 51-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000100051&lng=es.
32. Spelten, E.R. et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *European Journal of Cancer*, Volume 39, Issue 11, 1562-1567. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(03\)00364-2](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(03)00364-2)
33. Molina, Raquel, Feliu, Jaime The return to work of cancer survivors: the experience in Spain. *Journal Work*, vol. 46, no. 4, pp. 417-422, 2013. DOI: 10.3233/WOR-131677. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24004730>
34. How can cancer survivors best be supported to return to work?. May 2018. Safety and health at work - EU-OSHA. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. <https://osha.europa.eu>
35. Fernández Sánchez, Belén y Del Castillo Martín, Raquel. "El impacto económico del cáncer en las familias en España" Observatorio del cáncer AECC. Enero 2018.
36. Vicente Pardo José Manuel, López-Guillén García Araceli. Problemas y factores psicológicos en el retorno al trabajo tras incapacidad temporal prolongada por cáncer de mama. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 2017 Sep; 63 (248): 245-259. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000300245&lng=es.
37. Díaz Salazar, César Eloy. (2014). Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única: la incapacidad laboral, un continuo evolutivo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60 (Supl. 1), 125-130. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2015000300007>
38. Vicente Pardo, José Manuel. El trabajo como fuente de enfermedad. Disponible en: <http://prevencionar.com/2018/04/09/el-trabajo-como-fuente-de-enfermedad/>