

# Políticas para un retorno al trabajo saludable tras incapacidad laboral prolongada

## 1.- Introducción

**Las incapacidades prolongadas** suponen un alejamiento prolongado del trabajo con importante repercusión económica para el sistema productivo, las empresas, el sistema de protección social y sanitaria y en costes para el trabajador. Son una dificultad intrínseca al retorno saludable, eficaz y permanente. 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. Se precisa establecer de políticas de retorno al trabajo en materia de seguridad social, 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 el retorno laboral sea saludable, efectivo, estable y continuado en el tiempo. 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.

**Las políticas de retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada, en materia de seguridad social**, exigen conocer la incidencia y la trascendencia de la incapacidad laboral, conocer porqué se produce la incapacidad, a quién afecta, en qué trabajos, porqué causas y con qué resultado. Para abordar en el “porqué” se produce la incapacidad laboral la prevención primaria, en el “durante” cuanto tiempo la prevención secundaria y en la relación causa y trabajo la prevención terciaria. (Fig. 1)

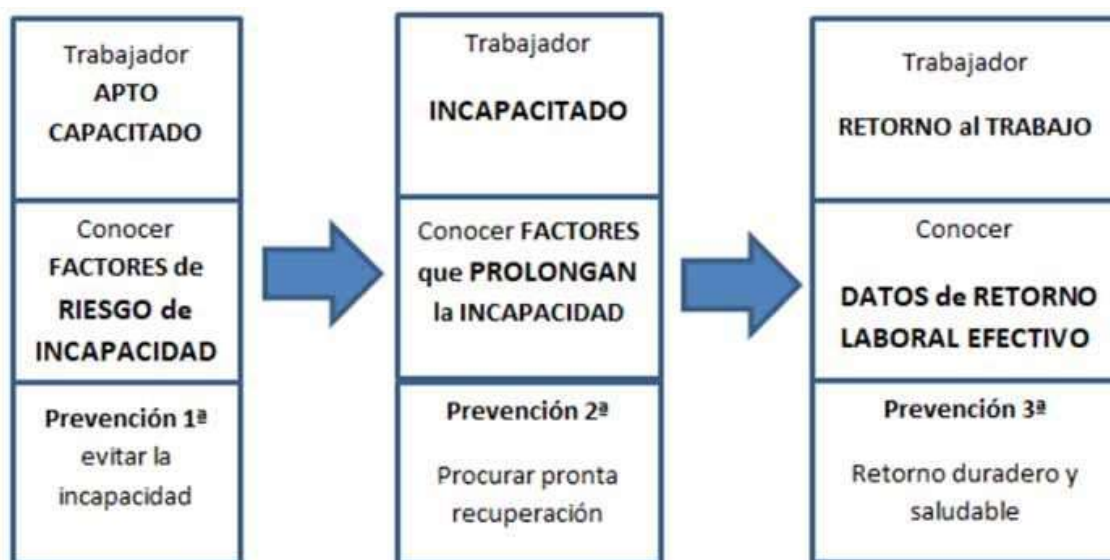


Fig. 1. Visión Preventiva de la Incapacidad Laboral

## 2.- Prevención e incapacidad laboral

**La prevención primaria** consiste en **evitar que la incapacidad se produzca**, actúa sobre la incidencia y es pre-incapacidad, se consigue 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: “porqué” procesos, con “qué” limitaciones, “tras qué” tipo de tratamientos, accesibilidad sanitaria, “a quien” 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<sup>1</sup>.

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 psicosociales; las banderas amarillas<sup>3</sup> 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 incapacidad<sup>8</sup>.

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.

En **materia de incapacidad laboral en seguridad social** es preciso **cambiar el paradigma de lo prestacional como objetivo único** (Fig. 2), **por el añadido preventivo**. La protección de la incapacidad laboral debe abarcar la protección económica mediante la prestación de incapacidad tanto temporal como permanente, pero lleva inmersa una protección preventiva, pues no en vano se supone que la declaración de incapacidad laboral es relación con los requerimientos de un trabajo, y en la declaración de no incapacidad laboral el concebir estamos ante una situación que permite el desarrollo de un trabajo, entendiendo se está capacitado para el mismo.



Fig. 2 Visión Prestacional de la Incapacidad Laboral

Es tremendamente importante la trascendencia económica de la incapacidad, pero la incapacidad prolongada y su finalización mediante el alta médica tiene una trascendencia preventiva.

El retorno del trabajador tras incapacidad prolongada a su trabajo se sucede de forma inmediata tras unas consideraciones que ponen fin a la incapacidad pero **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.** Fig. 3

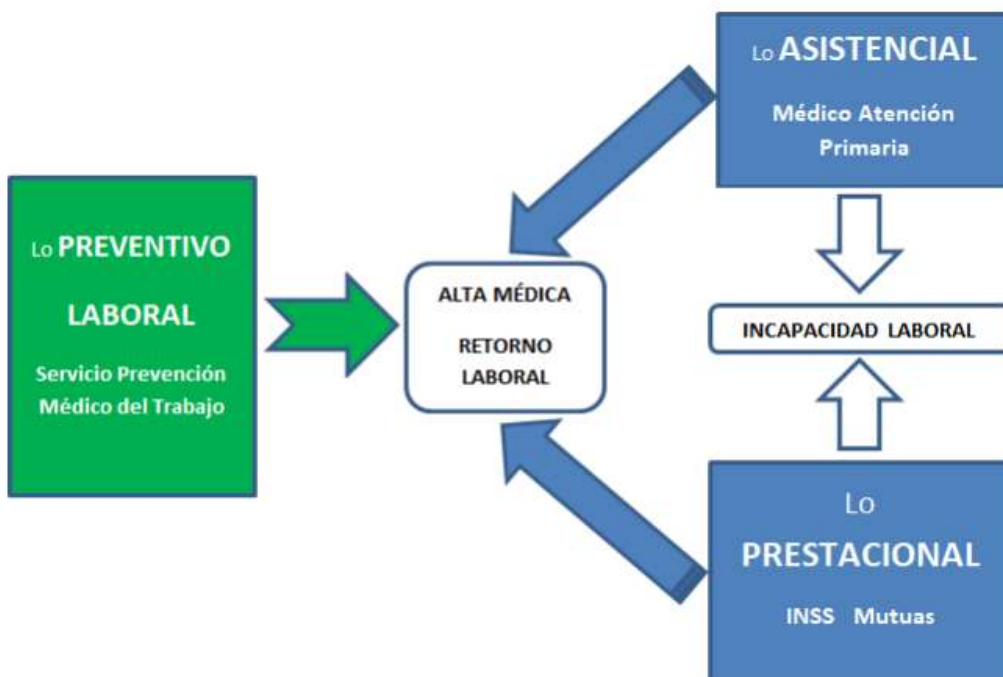


Fig. 3 Ámbito de actuación en la incapacidad y el retorno laboral

### 3.- Incapacidad y retorno laboral. Conocimiento de la situación<sup>4, 5</sup>

Para conocer la incidencia y la trascendencia de la incapacidad laboral es necesario el análisis de los datos de la incapacidad laboral, para tener un conocimiento permanentemente actualizado. Y esto sólo es posible haciendo realidad el **Mapa de Incapacidad**<sup>4</sup>, como herramienta de gestión del conocimiento en términos de la salud pública, de la que forma parte la salud laboral y como herramienta de gestión integral de la incapacidad laboral. **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.**

#### 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 (Incapacidad Temporal, Incapacidad Permanente y grados). Días consumidos en IT. Datos de recaída Incapacidad Temporal. Datos de revisión de Incapacidad Permanente
- Datos económicos: Prestación económica Incapacidad Temporal e Incapacidad Permanente 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 análisis de datos de todas las variables que la circundan mejorar el conocimiento de la situación.**

En las **políticas de gestión de la incapacidad laboral se 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” que 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.

**La incapacidad laboral es un indicador de salud laboral, es un indicador que referencia tanto las ausencias laborales por baja como el no retorno por incapacidad laboral, más allá del habitual uso de la incapacidad como un indicador de “gasto”. Reseñar, así mismo el valor de la incapacidad (el no retorno o la ausencia del trabajo por enfermedad) como indicador de gestión sanitaria<sup>5</sup>, es un indicador de resultado. Reportando en esta dualidad el carácter preventivo que debe guiar las políticas de retorno laboral, además de la mera gestión prestacional, derivada de las actuaciones respecto del alta o la declaración de no incapacidad y el pago de prestaciones.**

#### 4.- Calidad decisoria en la gestión y control de la incapacidad laboral

**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.**

**La información médica reside en compartimentos estancos hay que continuar en la mejora de la intercomunicación de información médica entre el ámbito sanitario, el prestacional y el laboral. (Fig. 4). Lo que puede llevar a que puedan adoptarse actuaciones inadecuadas con perjuicio para el trabajador.**

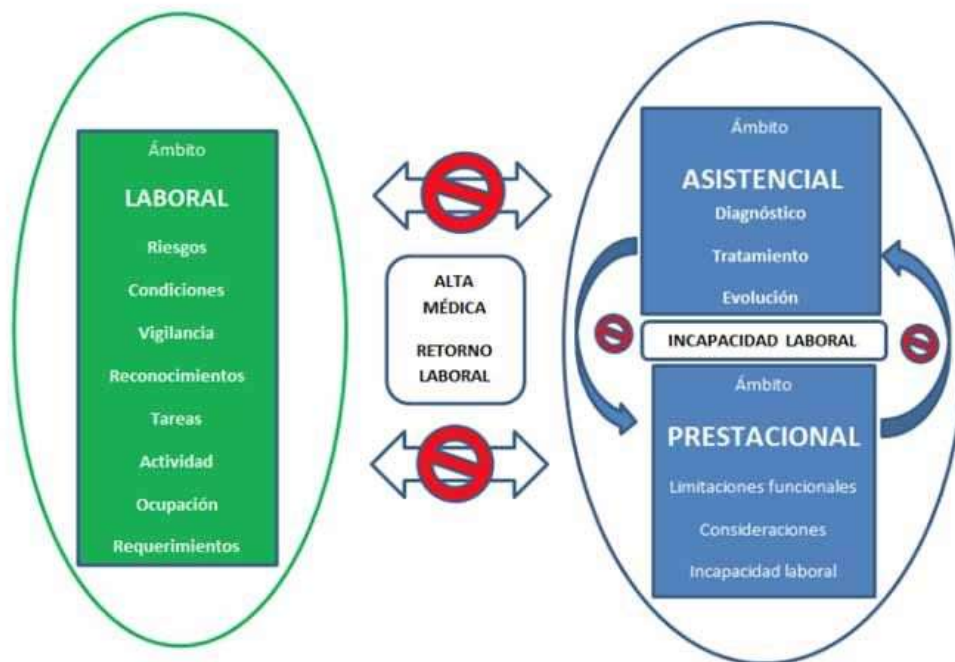


Fig. 4. Ámbito competencial asistencial, prestacional y laboral e información médica.

Para la correcta toma de decisiones en el ámbito de la incapacidad laboral debe de actuarse con conocimiento completo de la información médica sobre el proceso que incapacita pero así mismo con un conocimiento completo de la actividad laboral desempeñada, pues suponemos que un trabajador está incapacitado por las limitaciones funcionales u orgánicas derivadas de una enfermedad o lesión para un trabajo, por ello la “Ficha Ocupacional”<sup>6,7,8</sup> facilitaría el conocer el trabajo que el trabajador en baja realiza. Así mismo propiciaría una mayor consideración de los procesos de causa laboral. 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 los supuestos se realiza la designación del trabajo y la asignación del CNO en base a las referencias del propio trabajador, con el sesgo que ello conlleva o por indefinición o por error o por señalamiento de una trabajo que no es el que realiza, todo ello con consecuencias.

La causalidad del trabajo en la incapacidad y el retorno saludable sin que el trabajo perjudique la salud exigen una mejora técnica y competencial del órgano decisorio de la incapacidad (EVI) el Equipo de Valoración de Incapacidades, incluyendo entre sus competencias la resolución de la controversia entre declaraciones de no apto y alta médica o no declaración de incapacidad.

## 5.- Facilitar retorno laboral saludable y efectivo

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

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

El retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada puede estar 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. Alta y baja específica. (Pluritrabajo)**

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. Alta progresiva. Aptitud sobrevenida.**

Más allá del alta médica laboral por curación o mejoría facilitar la Incorporación gradual al trabajo en condiciones protocolizadas, 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. Más aún en

estos procesos de baja prolongada cuando el trabajador regresa al trabajo con una aptitud sobrevenida. La **Aptitud Sobrevenida** es la **condición del trabajador que tras un periodo de incapacidad en que perdió capacidades, se recuperaron al alta (no incapacidad, alta médica de la baja), pero se reincorpora al trabajo con una nueva situación de salud (capacidades) sin restitutio ad integrum, adquiriendo el trabajador y el trabajo nuevos riesgos para su salud.** La **aptitud sobrevenida supone un sobrieriego** a los riesgos para su salud presentes en el trabajador que el trabajador tenía previamente al contraer la enfermedad, incorporándose tras esta prolongada incapacidad con nuevos riesgos para su salud y nuevos riesgos por el trabajo. **Concibe una nueva situación de riesgos por la enfermedad para el trabajo y por el trabajo para la enfermedad padecida.**

## 6.- Programas de retorno al trabajo por procesos, tras incapacidad prolongada

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.

### **Programas específicos para los trastornos musculo esqueléticos TME**

Los programas específicos para los trastornos musculo esqueléticos 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.**

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.**



Un sistema de protección social no puede dar la espalda a un colectivo 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

## 7.- Cambios normativos

Todas estas 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.

## 8.- 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, en materia de seguridad social, 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.**

**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

<sup>1</sup>López-Guillén García Araceli, Vicente Pardo José Manuel. *Necesidad de políticas de retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada, en materia de seguridad social. Medicina Seguridad del Trabajo [Internet]. 2018 Dic; 64(253): 379-401.*

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0465-546X2018000400379&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000400379&lng=es).

<sup>2</sup>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](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000100050&lng=es).

<sup>3</sup>Vicente Pardo José Manuel, López-Guillén García Araceli *“Banderas Amarillas” en el alargamiento de la incapacidad laboral.*

Disponible en:

<https://prevencionar.com/2018/08/26/banderas-amarillas-en-el-alargamiento-de-la-incapacidad-laboral/>

<sup>4</sup>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>

<sup>5</sup>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>.

<sup>6</sup>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&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000500017&lng=es&tlng=es).

<sup>7</sup>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](http://www.lmee-svmt.org/panel-lmee-svmt/tinymce/plugins/filemanager/uploads/20130924-Actualizacion/131004_DrVicente_Informe_Medico_Valoracion_Capacidad_Laboral.pdf)

<sup>8</sup>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>

<sup>9</sup>Fernández Sánchez, Belén y Del Castillo Martín, Raquel. "El impacto económico del cáncer en las familias en España" *Observatorio del cáncer AECC*. Enero 2018