

## Inspección médica

### Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas

#### Reflection on problems return to work after long medical disabilities

José Manuel Vicente Pardo<sup>1</sup>

1. Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades INSS Gipuzkoa. España.

Recibido: 02-03-16

Aceptado: 10-03-16

#### Correspondencia

José Manuel Vicente Pardo

Jefe de la Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades INSS Gipuzkoa. España.

Correo electrónico: josemanuvicente@gmail.com

---

## Resumen

---

Las dolencias lumbares, la patología psiquiátrica y el cáncer de mama son las tres principales causas de incapacidad médica prolongada. Las incapacidades laborales largas suponen ante todo elevados costes en «capital humano» y costes en «capital salud» del trabajador de graves consecuencias; las incapacidades médicas largas son un tema 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. Es urgente la elaboración de un Mapa de la Incapacidad en España, para conocer población de riesgo, marcadores de riesgo, factores de riesgo y evolución de las incapacidades médicas de larga duración, es decir el propio riesgo protegido. Si conocemos el impacto incapacitante de la pérdida de salud en la población trabajadora se procederá a una mejor gestión y adecuación de recursos públicos destinados a la atención, promoción, prevención, reintegración, y prestaciones en torno a la incapacidad temporal y permanente. 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. La mejor prevención es conocer por qué enfermamos y la mejor protección social es saber en qué gastamos. 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, más allá del gasto, para conocer realmente el estado de la salud laboral en cada momento y poder adoptar políticas de mejora. Y es preciso adecuación de los procesos de incapacidad, facultar la reincorporación parcial, conocimiento compartido de limitaciones y evolución del proceso y capacidades que requiere el trabajo.

**Conclusiones:** Es urgente la elaboración de un mapa de la incapacidad en España, para conocer la población de riesgo, conocer no sólo el cuánto (el coste o su número) sino las causas de las incapacidades prolongadas. Adopción de medidas para evitar o paliar los problemas al retorno laboral tras incapacidades médicas laborales largas. Dentro de las bajas de larga duración, las que ocasionan de verdad problemas a la reincorporación laboral son las que duran más de 6 meses, o se prolongan hasta el período máximo del año, o las que están en fase de prórroga o a las incapacidades permanentes revisadas. Para acortar las incapacidades largas, primero y principal, que la baja corresponda a situación indicada o adecuada, tanto en el inicio como en su final, que no se amparen situaciones de refugio protegido. Que la atención sanitaria se preste en tiempo y forma, sin listas de espera. Protocolizar unidades de atención temprana, sobre todo en patologías psíquicas o del aparato locomotor. Es imprescindible una mayor comunicación, coordinación y cooperación

entre el ámbito médico sanitario (prestación y atención sanitaria), el ámbito médico evaluador (prestaciones económicas) y el ámbito médico laboral (atención, prevención y vigilancia salud laboral), creando un flujo de información entre estas tres áreas, propiciando acceso a la historia clínica y al conocimiento de las capacidades que requiere el trabajo mediante el uso de fichas de valoración ocupacional para trabajadores en incapacidad temporal. Hay que favorecer la adecuación de las situaciones de incapacidad médica larga y la adaptación en el retorno al trabajo, así como posibilitar la reintegración paulatina del trabajador» con «altas parciales» que faciliten el reingreso al trabajo y prevengan recaídas.

*Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (242) 49-65*

**Palabras clave:** *incapacidad laboral, absentismo laboral, salud laboral, retorno al trabajo, gestión del retorno al trabajo.*

## Abstract

Lumbar diseases, psychiatric disorders and breast cancer are the three main cause's long-term medical disability. The long medical disabilities involve above all high costs in «human capital» and costs «health capital» worker serious consequences; it is a public health issue with an enormous impact on the economic system and benefit the public health system and social security benefits. It is urgent the development of a map of Disability in Spain, to meet risk population, risk markers, risk factors and evolution of long-term medical disabilities, and know evolution the protected own risk. If we know the crippling impact of the loss of health in the working population will proceed to better management and adaptation of public resources for care, health promotion, prevention, reintegration and services around the temporary and permanent disability. Among the risks of prolonged medical disabilities are the risk of job loss, increased risk of permanent disability, decreased quality of life, health risks, deterioration of family life and relationship, spending in support of their situation, not public health expenditures and a precarious situation and conflict to return to work. The best prevention is to know why sick and the best social protection knows what we spend. To avoid the problems return to work after a long disability is necessary to know how many factors cause them, as well as personal, labour, social and demographic circumstances that modulate and the evolution of both temporary and permanent disabling situations, beyond spending to really know the status of occupational health at all times and to adopt policies to improve.

**Conclusions:** Measures to prevent or alleviate the problems return to work after long working medical disabilities. Within the long-term sick, those that cause real problems to return to work are those that last more than 6 months or extend up to the maximum period of the year, or which are under extension or permanent disabilities revised. It is urgent the development of a map of the disability in Spain, to meet the population at risk, know not only how much (the cost or number) but the causes of prolonged disability. To shorten the long, first and foremost disabilities, which corresponds to the lower right situation indicated or both at the beginning and at the end, not protected shelter situations they cover. That health care is provided in a timely manner, without waiting lists. Protocolled early care units, especially in mental disorders or musculoskeletal. It is essential for greater communication, coordination and cooperation among health care medical field (provision and health care), the medical field evaluation (economic benefits) and the labor of medicine (care, prevention and monitoring occupational health), creating a flow of information between these three areas, promoting access to medical history and knowledge of the skills required by the job using occupational assessment records for workers in temporary disability. We must promote the adequacy of long medical disability situations and adaptation in the return to work and allow the gradual reintegration of the worker «with» high partial to facilitate re-entry into work and prevent relapses.

*Med Segur Trab (Internet) 2016; 62 (242) 49-65*

**Keywords:** *incapacity, labour absenteeism, occupational health, return to work, management of return to work.*

## INTRODUCCIÓN

### Incapacidades médicas largas

Tal vez primero y antes de referirnos a los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas, debiéramos de hablar qué entendemos por incapacidades médicas largas.

Comenzando por las incapacidades temporales, la referencia a tiempo de duración de la Incapacidad Temporal (IT) aparece reflejada en el artículo 169<sup>1</sup> de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) cuando referencia un **tiempo máximo de 365 días**, un periodo añadido de 180 días entendido como **prórroga** cuando se presume que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación y un añadido de permanencia en impasse conocido como **demora de calificación**, referido en el artículo 174.-2<sup>1</sup> en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la calificación, sin sobrepasar los setecientos treinta días naturales.

Recientemente un cambio en la gestión de las bajas<sup>2</sup> las agrupa según su esperada duración en relación con las tablas de duración óptima en función de la patología y las distintas actividades laborales, y edad del trabajador y así se referencian como **bajas largas** las que tienen una duración mayor de 61 días.

Pero no voy a referirme a estas bajas largas, sino dentro de estas las que ocasionan de verdad problemas a la reincorporación laboral, así que me referiré a las bajas largas y sus problemas al retorno laboral a las que duran entorno al año acercándose a esas de tiempo máximo, a las que están en situación de prórroga o de demora o bajas sucesivas acumuladas que alcanzan esta duración.

Por último no conviene olvidar como incapacidades laborales largas aquellas **incapacidades permanentes que son revisables** u objeto de revisión en virtud del artículo 200 de la LGSS, es decir aquellas incapacidades que concedidas en su momento, se considera no presentan tras la revisión del supuesto no tienen ya grado de incapacidad, por lo que retornan a situación de «capacitados laborales» y especialmente la consideración de incapacidades permanentes concedidas con «reserva de puesto de trabajo» del art 48.2 del Estatuto de los trabajadores y art. 7 RD 1300/1995, situación de incapacidad objeto de revisión por posible mejoría que permitiera su reincorporación al puesto de trabajo, durante un período de dos años a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la invalidez permanente, y en que tras nueva valoración y no habiendo transcurrido más de dos años de esta singularización en la resolución, se considera están «capacitados laboralmente», o como se refleja en las resoluciones del INSS «no presentan grado de incapacidad».

### Trabajador en incapacidad médica laboral larga

El trabajador en esta situación no debemos olvidar es un ser sufriente, que ha perdido la salud y se encuentra incapacitado para el trabajo:

- Con impedimento para el trabajo por dolencias en espera de mejora con tratamiento.
- Con limitaciones que impiden trabajar y trabajo con tareas que están contraindicadas con su enfermedad o su tratamiento.

La incapacidad para estar en el lugar del trabajo y para el trabajo habitual, son situaciones normadas (concepto de Incapacidad Temporal artículo 169, concepto de Incapacidad Permanente y su revisión artículo 193 y artículo 200 del Texto Refundido Ley General Seguridad Social 2015), pero además de reunir los condicionantes anteriormente expresados, no dejan de ser cuestiones ambiguas pues en algunos casos y más en el contexto de estas bajas o incapacidades largas, no siempre respondiendo sólo a criterios

de severidad clínica y a la presencia de limitaciones de rango incapacitante y si como luego veremos en relación a otros factores socio sanitarios y a factores personales del trabajador y de la actitud ante el trabajo. Y es así como estas situaciones dan origen a los problemas al retorno laboral.

No olvidemos tampoco que la inactividad prolongada que conlleva la incapacidad laboral larga puede ser perjudicial para la «salud del trabajador enfermo», pues en determinados procesos el «trabajo o la actividad laboral» es beneficioso para la salud. Porque trabajar forma parte de la forma de relacionarnos con el mundo y de integrarnos en la sociedad, y porque la propia reincorporación temprana o no dilatada puede tener un beneficio terapéutico.

La baja laboral ayuda en la recuperación de la salud pérdida; pero estar sano en un contexto amplio de la definición de salud, depende de tener trabajo y tenerlo en un ambiente laboral seguro o no perjudicial para la salud, así la propia definición del término salud de la OMS engloba «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

En este amplio contexto, la ausencia al trabajo es un evento indeseable que se debe mantener el mínimo necesario. Entendiendo por tanto que su prolongación causará problemas a la reincorporación al trabajo del propio trabajador y que siendo la baja laboral parte de una terapéutica, como tal debe ajustarse y dosificarse, para lograr su efecto con la dosis mínima necesaria<sup>3</sup>.

Concepto que viene a utilizarse cuando hablamos de «adecuación» de la incapacidad.

En este estudio de **Incapacidades médicas largas** que son **problema** de cara a la **reincorporación laboral nos referiremos a:**

- Bajas de **más de 6 meses** o **en torno al año**.
- Bajas en Procesos de Incapacidad Transitoria (PIT) o en valoración del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de **365 días, Prórrogas o Demoras**.
- Bajas **sucesivas acumuladas** que alcanzan esta duración.
- **Incapacidades Permanentes** objeto de **Revisión** con o sin Reserva de puesto.
- Siempre con la perspectiva de ceñirnos a **situaciones que dada su evolución final favorable, «altable» plantean llegar a su fin por mejoría o curación que permite la reincorporación laboral**.

## Tiempo óptimo de duración de una incapacidad

Tras la referencia normativa a tiempo de duración de las «incapacidades médicas largas», es preciso plantearnos si hay una referencia a un óptimo de duración. **El tiempo de óptimo de duración de una incapacidad no es otro que aquel que se precisa para conseguir la recuperación de las capacidades perdidas por la enfermedad sobrevenida, evitar el desarrollo de sus efectos con el aislamiento del trabajo y favorecer la respuesta al tratamiento, que incluye el «descanso laboral».**

Y por otra parte debemos de saber que estar apto o capacitado en contraposición a la situación de incapacidad médica laboral, no consiste en la mera posibilidad del ejercicio esporádico de una determinada tarea, sino poder **llevarla a cabo** con **profesionalidad**, cumpliendo exigencias mínimas de **continuidad**, con **dedicación**, **rendimiento** dentro de una **jornada de trabajo** y sin suponer **riesgo ni para su salud ni riesgo para otros en el supuesto de incorporarse al trabajo**.

El INSS en su **Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal 3.ª edición**<sup>4</sup>, hace referencia al concepto de tiempo óptimo que viene a considerarse como **«Tiempo medio ideal para resolver un proceso clínico de un trabajador de una determinada edad y un determinado trabajo, siguiendo las pautas de diagnóstico y tratamiento idóneas y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria».**

Conviene aclarar que el objeto del establecimiento de **tiempo óptimo** sirve para **orientar** sobre su duración, **homogenizar criterios** de actuación, estudiar la **desviación estadística**, pero no sirven para saber que una baja está pasada de tiempo, sino para **saber qué está pasando** con ese proceso concreto en un trabajador, **singularizando** el mismo en su evolución.

Aludiendo a la **incapacidad temporal** debemos señalar que encierra tres conceptos:

La **transitoriedad**, delimitada por el carácter transitorio del proceso curativo. Provisionalidad que guarda relación con la evolución de la alteración de la salud, y está ligada a la necesidad de recibir tratamiento médico, entendiéndose que con él se producirá una curación o mejoría suficiente.

La **temporalidad delimitada** por el sometimiento a un **tiempo máximo de cobertura** (365 días) fijado por la norma. Prórroga expresa (+) de 180 días. Demora de calificación (+) de 180 días. *Concluido el plazo máximo se examinará el estado del interesado a los efectos de su posible declaración de incapacidad permanente.*

La **impermanencia**. Los **daños de carácter permanente** o estables obligan a considerar el **fin de la prestación** y estimar si procede o no la declaración de Incapacidad Permanente (IP) y en su caso el grado de la misma.

Y no olvidemos las situaciones de incapacidad permanente y su duración pues si bien la consideración de **incapacidad permanente** definitiva obedece a daño funcional grave objetivable, previsiblemente definitivo, que impide o anula la capacidad laboral, es **susceptible de revisión**, luego no es tan permanente.

Dicho lo cual conviene conocer que la **desviación del estándar en las situaciones de baja iniciales** y donde esta **desviación supera el 50% del tiempo óptimo se encuentra de forma destacada en la ansiedad, los estados de ansiedad no especificados, la lumbalgia como lumbago o como ciática, la cervicalgia y el vértigo-mareo.**

Es decir donde se aprecia una desviación significativa respecto de lo esperado es en aquellos procesos con diagnósticos inespecíficos o de difícil control ([figura 1](#)).

Desviación de la realidad en la duración de la IT.

**Figura 1. Comparación de duración media y duración estándar de los 16 diagnósticos más frecuentes al inicio de la IT. Datos INSS**



Lo que no sucede en inicio en los procesos más habituales causantes de IT por procesos infecciosos respiratorios o digestivos o disfunciones en estos aparatos, en los

que el tiempo de duración se acerca al óptimo. Y tampoco sucede una desviación cuestionable desde el punto de vista médico evaluador en los procesos graves oncológicos o neurológicos, entendiendo que el tiempo óptimo prefijado guarda relación con el tiempo para el señalamiento de su concreción diagnóstica clasificatoria, incluyendo la de intensidad o de gradación o extensión o pronóstica de estos procesos, y cualquier desviación debe ser tomada en cuenta como explicable por la individualización de la respuesta evolutiva al tratamiento, al paciente y a su proceso concreto.

## CAUSAS

### Enfermedades causa de incapacidades médicas largas

La incapacidad «médica» laboral se fundamenta en la «enfermedad», ya que sin enfermedad no hay incapacidad. Y más que en su enfermedad en sus consecuencias. Dicho esto sin que en referencia a la situación de incapacidad permanente se siga manteniendo la redacción a futuro de la «lista de enfermedades incapacitantes» ver art. 194.2. del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS), lo que es una aberración médico evaluadora, pues obvio decir que incapacitan las consecuencias o limitaciones de la enfermedad, no la enfermedad o su designación y denominación diagnóstica; y es más incapacitan laboralmente estas consecuencias de la enfermedad, que determinan un deterioro de las capacidades funcionales del trabajador puestas en relación con las capacidades requeridas por el trabajo, teniendo además en cuenta, las atareas, actividades y circunstancias específicas del trabajo, condiciones y riesgos presentes en el mismo.

Habíamos referido las enfermedades que dentro de los procesos más habituales causantes de inicio de las bajas se prolongan sin ajuste clínico ni médico evaluador a lo esperado o estándar u óptimo, y eran las «ansiedades», los «dolores de espalda», y los «mareos-vértigos». Con el transcurso de la duración de la baja, algunos procesos desaparecen o disminuyen en su presentación en la prevalencia o procesos abiertos a más de seis meses, y de ahí en adelante, como sucede con los vértigos o los mareos, y procesos respiratorios. Sin embargo las dolencias de espalda y las ansiedades permanecen en el tiempo, en todos los cortes que puedan valorarse como bajas largas, es decir seis, ocho, diez y doce meses; y algunas otras al alcanzar el año ascienden en el ranking de los procesos causantes de bajas largas con más importante presencia como será el caso del cáncer de mama.

En cualquier caso y para comprender mejor la situación del problema de las **incapacidades largas con reincorporación laboral, hablaremos de procesos que se curan o mejoran en la medida que permiten la reintegración al trabajo.**

Respondiendo a la cuestión de **qué enfermedades causan las incapacidades médicas largas**, y sobre las que debemos reflexionar en por qué se prolongan en su duración hasta precisar un año para poder recuperarse destacan estos tres tipos de procesos más frecuentes: **el cáncer de mama, los trastornos psiquiátricos menores y las lumbalgias**. Los tres con características diferenciadas en su clínica, en sus limitaciones y en sus tratamientos.

Así que estos tres procesos son los más habituales en esta consideración de bajas largas. No sin olvidarnos otros también frecuentes en alcanzar el año de permanencia en IT o de duración máxima acumulada, ampliando la lista de patologías a las de rodilla y las cardiopatías isquémicas. Ver [figura 2](#).

Los 10 diagnósticos más numerosos al superar los 365 días de IT.

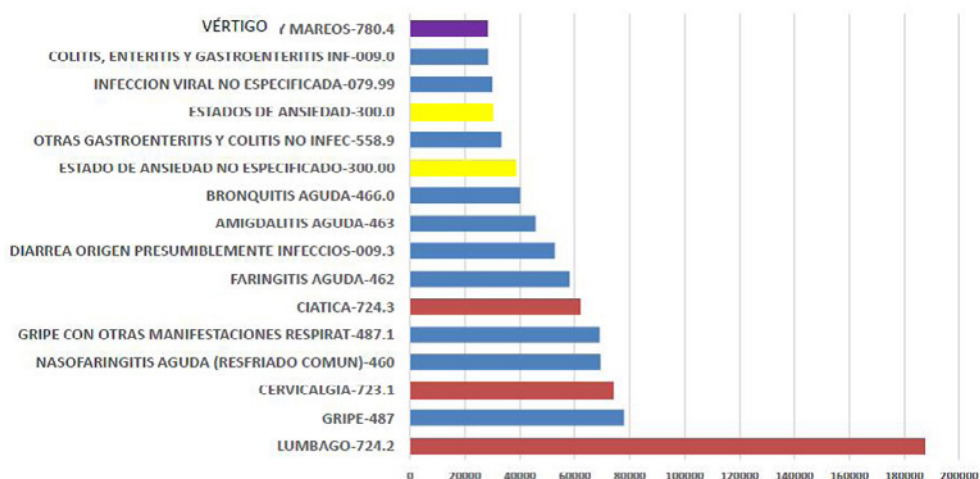
**Figura 2. Ranking de 10 diagnósticos principales más numerosos al alcanzar el periodo máximo de 365 días de IT. Datos INSS**



Así, por tanto, una cosa es por qué diagnósticos se inician las bajas (ver figura 3) y otra cómo terminan (ver figura 2).

Los 16 diagnósticos más numerosos en las bajas de inicio.

**Figura 3. Los 16 diagnósticos principales en el inicio de las bajas independientemente de cuál será su duración de IT. Datos INSS**



Tal vez sea preciso adelantar que durante el período álgido de la crisis económica 2013-2014, el número de procesos de IT por cáncer de mama permaneció estable, frente a un menor número de procesos por dolencias lumbares y una tendencia al alza de los procesos psíquicos, que si sufrieron un repunte ya desde el inicio de la misma, no en vano en términos generales se intensificaron los trastornos mentales durante la misma<sup>5</sup>.

Pero la designación de qué enfermedades causan más bajas largas o cuáles son las más frecuentes en alcanzar los 365 días, cambia si consideramos los diagnósticos secundarios o agregados o la comorbilidad o más aún si los **agrupamos** como diagnósticos asimilados o «**familias diagnósticas**» que engloban a procesos con similar clínica y etiopatogenia.

En el largo camino de la IT hasta llegar a los 12 meses, si una IT no lo es por una causa grave, comienza por un primer diagnóstico, principal; si dura seis meses seguro que se le adosa al menos un diagnóstico secundario; si dura 10 meses puede que el diagnóstico de inicio, ya no sea el principal incapacitante, y seguro que tiene uno o varios diagnósticos secundarios; si dura o sobrepasa los 12 meses tendremos dudas por saber cuál de sus diagnósticos es el principal incapacitante y cuales los secundarios; y a partir de ahí si es el mismo proceso o distintos sobrevenidos.

Dicho lo cual los **procesos «agrupados» más incapacitantes (causantes de incapacidades médicas largas)** son:

- **Las lumbalgias\***, solas recogiendo, o en compañía de otras dolencias musculoesqueléticas en hombro, a nivel cervical o en rodillas o en compañía de procesos psiquiátricos menores por dolor crónico mantenido.
- **Procesos Psiquiátricos Menores\*** solos o acompañantes de otros trastornos mentales, o añadidos a procesos musculoesqueléticos de larga duración y dolor crónico o a procesos tumorales, o cardíacos.
- **Cáncer de Mama** sólo por las secuelas del cáncer o acompañado de las secuelas del tratamiento (quimioterapia, radioterapia o cirugía) y las debidas a la reconstrucción anatómica o reconstrucción psicológica.

«Lumbalgias» agrupando: 724 (otras alteraciones de la espalda no especificadas), 724.1 (dolor región torácica columna vertebral), 724.2 (lumbago), 724.3 (ciática), 724.4 (neuritis o radiculitis lumbosacra no especificado), 724.5 (dolor de espalda no especificado), 724.7 (alteración del cóccix), 724.79 (otra alteración del cóccix no codificado), 724.8 (otros síntomas con la espalda como punto de referencia), 724.9 (alteraciones de la espalda no especificadas), 722 (Trastorno del disco intervertebral), 722.10 (Desplazamiento disco intervertebral lumbar sin mielopatía), 722.2 (Desplazamiento disco intervertebral lumbar no especificado), 722.5 (Degeneración disco intervertebral dorsal/lumbar) 722.52 (Degeneración disco intervertebral lumbar o lumbosacro) 722.6 (Degeneración disco intervertebral sitio no especificado).

«Procesos psiquiátricos menores»: Patología psiquiátrica menor. Estrés: 308, 308.3, 308.4, 308.9. Ansiedad: 300.0, 300.00, 300.01, 300.02, 300.09. Depresión menor: 296.2, 300.4, 300.5, 300.81, 311. Trastornos de adaptación: 309, 309.0, 309.1, 309.2, 309.24, 309.28, 309.29, 309.89, 309.9.

**Por tanto las dolencias lumbares, la patología psiquiátrica y el cáncer de mama son las tres principales causas incapacidad médica prolongada.**

**Por último la comorbilidad diagnóstica de un proceso (procesos psíquicos y trastorno musculoesquelético, dolor y procesos psíquicos, procesos graves y cuadros psíquicos) le confiere peor pronóstico y peor respuesta a los tratamientos, amplifican su daño funcional y prolongan la incapacidad.**

## Tratamiento de las enfermedades y repercusión en el alargamiento de la incapacidad

Por una parte el **tratamiento adecuado, es decir en tiempo y forma, sin lista de espera en el abordaje diagnóstico mediante la realización de pruebas precisas y el proceder al tratamiento sin dilación** tienen como consecuencia el acortamiento de los procesos facilitando la recuperación lo más pronta y mejor posible.

Indudablemente las **listas de espera** para realizar **pruebas diagnósticas o derivaciones** a especialistas o centros hospitalarios así como **listas de espera para el tratamiento médico, quirúrgico o rehabilitador**, así como las **desigualdades en el acceso a los recursos sanitarios están entre las causas del alargamiento de los procesos de incapacidad.**

### Tiempos de tratamiento:

Tiempo de espera: a iniciar tratamiento, por dilación al establecer el diagnóstico o por estar en espera de pruebas complementarias funcionales o diagnósticas análisis, imagen etc.

Tiempo de respuesta: al tratamiento.

Tiempo muerto: no se actúa porque o no se hace lo que se pautó o nadie actúa sobre el proceso.



Tiempo óptimo: El tratamiento adecuado normalizado sería el que la ciencia médica establece como actualizado e indicado en tiempo y forma usando lo mínimo para conseguir el máximo beneficio terapéutico y sin tiempos de espera asistencial.

En el caso de **otros procesos como sucede en el cáncer de mama y también en otras neoplasias** con porcentajes de reincorporación laboral significativos, el alargamiento no es sino fruto de las pautas que **los tratamientos exigen, de por sí con calendarios protocolizados terapéuticos que sólo por ello**, olvidándonos de la evolución y gravedad esperada, **ya suponen el que nos refiramos a ellos como tratamientos de «larga enfermedad»**.

**En definitiva se acortan los tiempos en incapacidad médica laboral cuando se procura una atención temprana**, y esto es válido tanto para los procesos osteomioarticulares como los procesos psíquicos. Y no olvidemos que ambos tipo de procesos copan de forma destacada los procesos más numerosos tanto en los cortes de incapacidades temporales de 6 meses, 10 meses, 12 meses y prórroga, y también en aquellas incapacidades permanentes objeto de revisión.

Tanto los Programas de Intervención Temprana en reumatología como los implantados en atención psiquiátrica consiguen acortar los procesos en torno al 50%.

### Mala comunicación entre profesionales o entre estos y el paciente

Los fallos de comunicación en la atención sanitaria entre profesionales del servicio público asistencial, entre atención primaria, especializada u hospitalaria alargan los procesos de incapacidad.

En otros casos es la falta de comunicación adecuada con el paciente pues los procesos se acortan si:

- El paciente conoce qué le pasa, se le indica una fecha prevista de retorno laboral y objetivo de mejora, se adapta, lo acepta y adopta una actitud personal activa en la búsqueda de soluciones. (Terapia conductual).
- Se le explica qué puede esperar del tratamiento.
- Se pauta atención precoz sin tiempos de espera.
- Si mejora la comunicación entre profesionales y la que se le trasmite al paciente de cada uno de ellos.
- Si no convertimos los problemas cotidianos en trastornos mentales.

La mala comunicación entre los profesionales de la asistencia sanitaria y los médicos encargados de la evaluación, es otro de los factores que alargan los procesos y empeoran su gestión, sobre todo cuando se impide el acceso a la historia clínica, en cuyo caso la no información puede conllevar innecesarias citas a reconocimiento y molestias al trabajador enfermo.

### Factores del trabajador, «banderas rojas» en el alargamiento de la incapacidad

La prolongación de la incapacidad se debe en ocasiones a factores del propio trabajador, extrasanitarios como son los socios económicos y laborales, que configuran la población de riesgo:

- **Edad.** La edad y el envejecimiento de la población laboral traen consigo un alargamiento de los procesos de incapacidad primero por la peor respuesta a los tratamientos, y la posible comorbilidad y segundo por la pérdida de capacidades que propicia una mayor fragilidad de la salud psicofísica.
- **Cambios de trabajo** frecuentes. La temporalidad y la estacionalidad en el empleo.
- Insatisfacción laboral y salarios bajos van ligados a una mayor duración de la incapacidad.

- **Carencia de «vocación» profesional.** La precariedad de los empleos, hace difícil la motivación y actitud hacia el trabajo.
- **Bajo nivel educativo, y de nivel socio-económico** van de la mano de trabajos poco satisfactorios y mal pagados.
- **Trabajo a turnos o a horas intempestivas o «insociables».** Conciliación familiar y social complicada son un factor de riesgo de alargamiento de las incapacidades.
- **Percepción del trabajador de inestabilidad** del puesto y de la empresa, van ligadas a incapacidades largas.
- **Experiencia de tensión en el trabajo,** insatisfacción laboral, relaciones pobres con compañeros o supervisores, y carencia de «implicación» profesional.
- **Creencia de que el trabajo es perjudicial o peligroso.** «Iatrogenia sanitaria» dando una información inadecuada; cuando así lo es, claro.
- **Ambiente y clima de trabajo actual insatisfactorio** y carente de apoyos.
- **Historia previa de larga discapacidad.**
- **Antecedentes de procesos recurrentes.**
- **Hiperfrecuentador.** Quien tiene 4 bajas o más durante 4 meses, independientemente del diagnóstico y de la duración.
- **Comportamientos emocionales erróneos.** Individuos poco proactivos.
- **Situación laboral desfavorable.** Desempleo. Contrato temporal o a tiempo parcial.
- **Cambios de empresa o de la actividad** en la misma.
- **Falta de ejercicio.**
- **Vida familiar insatisfactoria o problemática.**
- **Antecedentes de procesos psíquicos o problemas de espalda.**
- **Tiempos de espera asistencial o recursos públicos asistenciales deficientes.**

En propiedad debiéramos de hablar más que de factores de **moduladores**.

## CONSECUENCIAS DE LAS INCAPACIDADES MÉDICAS LARGAS

### Las incapacidades médicas largas suponen ante todo elevados costes en «capital humano» y costes en «capital salud» del trabajador de difícil cuantificación y graves consecuencias

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.**

**La repercusión económica de la incapacidad médica larga «es evidente» para el sistema de protección de seguridad social.** Para el 2016 la Seguridad Social ha presupuestado 5.400 millones de euros para la incapacidad temporal. Se estima que el coste para las empresas rondará los 4.700 millones y el gasto en incapacidad permanente en 2015 fue de 866,5 millones. El número de bajas se ha incrementado entorno al 23% y el gasto, en torno al 15% si lo comparamos con los datos del año 2014. El coste afiliado se ha elevado un 22% pero más en comunidades autónomas con mayor nivel de vida. Los días de permanencia de procesos cerrados a 2015 se han elevado a nivel nacional a 13,25%.

A ello se deben añadir otros **costes del sistema: «el coste sanitario en atención a estos trabajadores enfermos y otros costes directos para la empresas en pérdida de producción, sustitución, etcétera.**

## ***Incapacidad Prolongada costes personales para el trabajador***

### **— Coste del capital salud**

- Déficit de la Calidad de Vida, desde luego estar incapacitado es estar padeciendo un deterioro de la calidad de vida sea ello percibido o no por el interesado con diferente apreciación, no siempre coincidente con la gravedad o intensidad del proceso en su dimensión real.
- Deterioro de la vida familiar y de relación. Supone un rol de enfermo que afecta a la vida de relación. Lo que interfiere también en las tareas asumidas por el incapacitado en la coparticipación en las tareas a desempeñar familiares y de relación social.
- Disminución esperanza de vida, sobre todo si nos referimos a la esperanza de vida libre de la discapacidad que la incapacidad laboral comporta.
- Aumento de la comorbilidad, tanto por el deterioro de otros aparatos o sistemas comprometidos, como por el propio factor de riesgo que comporta tener un deterioro limitante y la presencia de una enfermedad larga lo que es similar a crónica.
- Victimización. Sobrediagnóstico. Iatrogenia. La situación de enfermo comporta siempre una estigmatización, además de la autopercepción de estar «pensionado», pero además la larga estancia en incapacidad médica laboral conlleva por parte del paciente la demanda de conocer porqué se encuentra en esta situación, es decir una mayor demanda asistencial, y también por parte del médico responsable de la atención sanitaria la búsqueda de procesos que pudieran explicar la razón para una evolución no esperada o complicada. Ambas situaciones propician el sobrediagnóstico [diagnóstico inoportuno en el sentido de no ser útil, de ser innecesario y de no ayudar a mejorar la salud del paciente ni en el futuro ni en el presente (1)] y en algunos casos la iatrogenia recurriendo a acciones terapéuticas o diagnósticas no siempre indicadas.

### **— Coste en capacitación**

- Pérdida de habilidades laborales. El trabajador en larga estancia en incapacidad pierde sus habilidades laborales, y más cuando esta incapacidad se prolonga de forma duradera.
- Perder actualización de conocimientos, el trabajador incapacitado aislado del entorno, está alejado de aquellas situaciones que se van sucediendo en el trabajo con novedades de procedimientos o manejos.

### **— Costes directos**

- Gastos sanitarios privados. En esa misma demanda del paciente por acortar su estancia en incapacidad o por deficiencias del sistema público pueden llevar al paciente a consumo de recursos sanitarios privados fuera del sistema público sanitario.
- Gastos de apoyo. Serían aquellos gastos que se precisan en esta situación de incapacidad para resolver apoyos en lo doméstico o en lo familiar o lo social que no se precisarían de no existir incapacidad.
- Pérdida del trabajo. En el panorama laboral abundante de temporalidad en el empleo, puede que en el tiempo de estancia en incapacidad concluya su contrato de trabajo o peor aún al reincorporarse el trabajador sea o no admitido o despedido.

(1) Sobrediagnóstico, un problema clínico, ético y social. Juan Gervas y Mercedes Pérez Fernández. Actualización, FMC. 2014; 21(3):137-42 1.

## Incapacidad Médica Prolongada. Costes del sistema económico

### — Costes directos

- Consumo de recursos sanitarios. Aquellos que se precisan para el diagnóstico y tratamiento del proceso.
- Prestación económica INSS MUTUAS por situaciones de incapacidad temporal y/o permanente.
- Pago empresa 4.º a 15.º días en la incapacidad temporal.
- Complemento convenio. Complemento para abonar en la IT hasta el 100% del salario.
- Sustitución del trabajador incapacitado por otro para continuar con el proceso productivo.

### — Costes indirectos

- Tiempo perdido por el trabajador ausente, durante su incapacidad. Coste de oportunidad.
- Disminución del rendimiento del equipo derivado de la ausencia del trabajador.
- Pérdida de producción.
- Incapacidad para la sustitución del trabajador mientras dure su incapacidad.

Las incapacidades largas están ligadas a factores económicos, si bien estos no los son todo, como acabamos de exponer **El absentismo por incapacidad es «anticíclico» con la economía:** mejora (baja) cuando la economía no va bien y empeora (sube) cuando la economía mejora. Aunque esta oscilación afecta más a las incapacidades cortas. Un simple repaso a los titulares de prensa en poco tiempo nos lleva a: «las bajas se desploman un 48,6% durante la crisis» (*5 Días 13 mayo 2014*) a «Las bajas laborales se disparan un 23,6% y el gasto en incapacidad sube un 14%» (*El Economista 10 septiembre 2015*).

Figura 4



## Problemas al retorno al trabajo. Toma de decisiones

Las incapacidades largas suponen una situación de aislamiento del trabajo pero también un cambio en las entidades responsables de la atención a la salud y su protección mientras dure la misma. **La incapacidad supone una salida del ámbito sanitario laboral** que permanece como un compartimento estanco aislado durante toda la duración del proceso. Pero así también el ámbito sanitario asistencial e incluso el ámbito médico evaluador (prestaciones económicas) desconocen la realidad del trabajo del trabajador enfermo.

Y es esta **falta de comunicación, coordinación y cooperación entre los diversos ámbitos** que **posibilita una inadecuada toma de decisiones tanto para unos a la hora de decidir si procede y durante cuánto tiempo la incapacidad como para el ámbito médico laboral la adecuación del puesto al desconocer las dolencias que motivaron la incapacidad y sus tratamiento.**

Figura 5



La posibilidad de reincorporación disminuye a medida que aumenta el periodo de baja.

Indudablemente un largo periodo de baja conlleva un proceso que por su gravedad o por su mala evolución no ha respondido de forma rápida al tratamiento, lo que condiciona una servidumbre terapéutica prolongada.

Las consecuencias de la separación continuada del trabajo son un obstáculo para el trabajador al cuestionarse la reincorporación, es decir suponen una actitud hacia el retorno más complicada cuanto más dura la incapacidad.

Intensifican las consecuencias para el trabajador, la empresa, el sistema de protección y el sistema sanitario, y el propio sistema económico productivo en su conjunto.

Para el trabajador la larga incapacidad básicamente condiciona:

- Aumento del riesgo de convertirse en permanente.
- Es un obstáculo para el trabajador al cuestionarse la capacitación a la reincorporación (el trabajador se pregunta ¿podré?).
- Pueden derivar en desempleo o haber derivado durante la misma.
- Abandono de una situación de «pensionado, abandono del área de confort y vuelta a la rutina y el horario vital regido por el trabajo.

Para la empresa el trabajador que retorna tras incapacidad larga supone:

- Incorporación de un trabajador ajeno a los cambios.
- Necesidad de readaptación (la empresa se pregunta ¿podrá?).
- Puesta al día del trabajador y su trabajo.
- Clima laboral y respuesta de acogida.

Desde luego que **una de las peores consecuencias de la incapacidad médica laboral larga es no poder retornar al trabajo o perder el mismo.**

**Las incapacidades médicas largas suponen ante todo elevados costes en «capital humano» y costes en «capital salud» del trabajador de difícil cuantificación y graves consecuencias.**

No es un tema económico exclusivamente, **es un tema 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, más allá de los costes de las bajas o de las incapacidades.**

## MEDIDAS PARA MINIMIZAR LOS PROBLEMAS AL RETORNO LABORAL TRAS INCAPACIDADES MÉDICAS LARGAS

### a) Medidas en la Incapacidad Temporal, para evitar su alargamiento en lo evitable al inicio

En inicio, que la Incapacidad Temporal sea adecuada a su indicación y concepto, que corresponda a situaciones que por enfermedad o lesión causan pérdida de capacidades que son las que requiere el trabajo. Hacer un uso racional de esta prestación. **Adecuación e indicación.** La mejor forma de resolver los problemas es no crearlos y creados no mantenerlos sino resolverlos. La IT como la indicación de descanso terapéutico, es una etapa de transitoriedad en espera de curación y buena evolución de una enfermedad en seguimiento y respuesta al tratamiento pautado. Debe **terminar cuando se han recuperado las capacidades exigibles en su trabajo y cuando el trabajo no va a perjudicar la mejoría conseguida.**

### b) Medidas en la Incapacidad Temporal, para evitar su alargamiento en lo inevitable

Ante **situaciones o procesos en los que la indicación de la baja es dudosa o complicada o conflictiva** su negativa en qué dudamos en el ser o no ser de la IT. Es recomendable la negociación de la misma, cabría preguntarse si la IT ¿es negociable? y ¿qué es negociable en la IT?; pero todos sabemos que las posturas rígidas pueden en estos supuestos derivar finalmente en bajas por una u otra razón y cuando se inician suelen enquistarse, provocando el efecto contrario al que deseábamos que era negarnos a la extensión de la IT.

En estas situaciones es preferible marcar un tiempo, establecer desde el inicio una fecha de fin presumiblemente corto, transmitir al trabajador esta previsión de duración como objetivo para resolver situación crítica.

### c) Medidas para acortar la Incapacidad Temporal larga, en lo evitable cuando la baja no procede:

**Evitar la IT «refugio» o el «refugio en la IT»**, que serían aquellos procesos de baja en diversas situaciones que no comportan enfermedad, aunque si otras situaciones problemáticas o de difícil abordaje:

- Situaciones de desamparo.
- Sufrimiento vital ordinario.
- Adversidades, pérdidas.
- Enfermedades de familiares.
- Necesidades económicas.
- Problemas familiares de cuidado o por cuidado de familiares.
- Problemas personales de gestión.
- Problemas con el trabajo.

Sobreprotección, sobreamparo, compasión, complacencia o permisividad mal entendida por quién extiende la baja.

En estos casos iniciada la IT es complicado proceder al alta hasta la resolución del problema. Es decir lo que procede es no extender una IT si no es una incapacidad médica cuando no procede, y evitar como sucede con estas situaciones vivenciales difíciles la psiquiatrización de lo cotidiano, o la medicalización vital (*disease mongering*) o en otros supuestos la sobreprotección o amparo o solución de problemas de la gestión de lo cotidiano que no son enfermedad mediante una prestación que no protege el absentismo (ausentarse del trabajo) por cualquier razón sino por razón de incapacidad médica laboral.

d) **Cómo acortar la IT larga, en su mantenimiento**

**Para evitar su alargamiento siempre se precisa Atención Temprana diagnóstico precoz, tratamiento adecuado en tiempo y forma y marcar y transmitir al paciente un tiempo objetivo para la mejoría. Es preciso protocolizar Unidades de Atención Temprana, sobre todo en patologías psíquicas o del aparato locomotor, estableciendo programas de intervención inmediata de pacientes en incapacidad temporal de demostrada eficacia allí donde se implantan.**

**Evitar la prolongación de la IT por espera de pruebas diagnósticas, espera de interconsultas con especialista, esperas de inicio de tratamiento.** De hecho señalar el alargamiento de la baja cuando lo es por estar en lista de espera debiera servir para intercambiar información con la gestión sanitaria como indicador de la misma, pues más allá de la igualdad de prestación de servicios a trabajadores y a no trabajadores, una espera prolongada en pruebas diagnósticas o en terapias es un problema de salud pública que necesita remedio.

e) **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, más allá del gasto, para conocer realmente el estado de la salud laboral en cada momento y poder adoptar políticas de mejora.**

De todo lo antedicho es evidente la **necesidad de conocer la población de riesgo.**

Es por ello que urge la elaboración de un **Mapa de la Incapacidad en España<sup>6</sup>, para conocer población de riesgo, marcadores de riesgo, factores de riesgo y evolución de las incapacidades médicas de larga duración, es decir el propio riesgo protegido por el sistema de seguridad social**, para conocer no sólo el cuánto (el coste o su número) sino sus causas. Si conocemos el impacto incapacitante de la pérdida de salud en la población trabajadora se procederá a una mejor gestión y adecuación de recursos atencionales, promocionales, preventivos, reintegradores, y prestacionales en torno a la incapacidad temporal y permanente.

**En el retorno laboral se concentra la valoración de la aptitud, la actitud del propio trabajador y la adecuación laboral para una vuelta al trabajo segura.** La mejor prevención es conocer por qué enfermamos y la mejor protección social es saber en qué gastamos. Por ello, el Mapa de Incapacidad es una necesidad urgente para conocer cuántos factores causan estos procesos de incapacidad médica larga, así como las circunstancias personales, laborales, sociales y demográficas que la modulan y conocer la evolución de las situaciones incapacitantes tanto temporales como permanentes, más allá del gasto, para conocer realmente el estado de la salud laboral en cada momento y poder adoptar políticas de mejora.

f) Es imprescindible una **mayor comunicación, coordinación y cooperación entre el ámbito médico sanitario (prestación y atención sanitaria), el ámbito médico evaluador (prestaciones económicas) y el ámbito médico laboral (atención, prevención y vigilancia salud laboral)**, creando un **flujo de información entre estas tres áreas**, propiciando acceso a la **Historia Clínica para el conocimiento del evolutivo, capacidades pérdidas mientras duró la situación incapacitante, tratamientos que ha precisado y los que precisa y al conocimiento de las capacidades que requiere el trabajo mediante el uso de Fichas de Valoración Ocupacional para trabajadores en incapacidad<sup>7</sup> temporal.**

**Es decir es necesario conocer al cuestionarnos el retorno al trabajo porque estuvo incapacitado (Historia Clínica) y para qué (Ficha Ocupacional<sup>7</sup>).**

**Sin información, ni comunicación ni coordinación entre estos tres ámbitos médicos toda decisión tomada será inadecuada.**

- g) Hay que **favorecer la adecuación de las situaciones de incapacidad médica larga y la adaptación en el retorno al trabajo, así como posibilitar la reintegración paulatina del trabajador** con «**Altas Parciales**» que **faciliten el reingreso al trabajo y prevengan recaídas**<sup>8</sup>.

Más allá del alta médica laboral por curación o mejoría hay que **facilitar la Incorporación gradual al trabajo y el Alta Parcial lo permitiría en condiciones pactadas**. Favoreciendo la **reintegración laboral paulatina con un acuerdo entre las partes**: el médico que controla o sigue al paciente, el trabajador y su empresa. Incluiría 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**.

- h) Hay que **evitar las controversias**<sup>9</sup> entre la **no incapacidad y la capacidad y no apto**, y para ello es preciso **compartir información sobre el proceso padecido por el trabajador y las tareas, ocupación, riesgos del puesto de trabajo, para mejorar los aspectos preventivos de la salud laboral y las propias decisiones**.
- i) En los momentos que vivimos las situaciones de **Pluriactividad o de Pluriempleo son cada vez más frecuentes** por pura necesidad económica, **comportan en ocasiones situaciones de pérdida las capacidades para un trabajo, pero manteniendo las de otro, por ello proponemos Baja y Alta Compatible, en estos supuestos**. Permitiría una prestación de servicio cuando el desempeño de un tipo de trabajo es compatible con su pérdida de salud, y no comporta un empeoramiento o alargamiento de su situación de baja y un beneficio para la empresa, un beneficio para el trabajador, y una mejora del sistema productivo.
- j) En cuanto a los profesionales responsables en actuación en este ámbito debe de fomentarse la **formación** y actualización continuada de conocimientos, favoreciendo y promocionando desde los poderes públicos la investigación y la docencia en el **ámbito de la medicina evaluadora** y para cuantos profesionales estén implicados en la incapacidad.
- k) En la gestión del **conflicto entre incapacidad médica larga y retorno al trabajo** hay que procurar la **mayor y mejor protección, prevención, y promoción de la salud laboral (salud pública)**. Los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidad médica larga son algo más que tiempo y dinero, el problema mayor es el deterioro de la salud laboral, de la calidad de vida del trabajador y del riesgo de perder el trabajo. Y para ello hay que adoptar **políticas integrales de mejora sanitarias, prestacionales y preventivas**.
- l) **El trabajo no debiera de ser nunca causa ni agravación de la salud del trabajador, pero así mismo el desempeño del trabajo es salud. El auténtico problema del alargamiento de las incapacidades médicas laborales al retorno al trabajo es el coste en «capital humano» y costes en «capital salud» del trabajador, convirtiéndose en un grave problema de salud pública con enormes repercusiones en el sistema económico productivo y en cuanto a prestaciones del sistema público de salud y de prestaciones de la seguridad social. Costes con responsabilidad pública gestora que debieran conllevar la adopción de políticas de mejora integrales y coordinadas interdepartamentales.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
2. Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.



3. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
4. Tiempos óptimos de Incapacidad Temporal. <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/178382.pdf>.
5. Efectos de la crisis económica sobre la salud mental en la población española Universidad de Granada.
6. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gaceta Sanitaria vol-28-num-s1 junio 2014.
7. El Mapa de la Incapacidad en España una necesidad urgente. Araceli López-Guillén García y José Manuel Vicente Pardo. Medicina y Seguridad del Trabajo Vol 61. N.º 240 julio-set 2015.
8. 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. Congreso de valoración del daño corporal Fundación Mapfre 2011.
9. 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. Dr. Juan Goiria Medicina y Seguridad del Trabajo. vol.60 supl.1 Madrid 2014.
10. Factors associated with the length of fit note-certified sickness episodes in the UK. Occupational & Environmental Medicine: 10.1136/oemed-2014-102307.
11. Controversias en la Valoración de la Incapacidad Ponencia II Congreso Inspección Médica Seguridad Social. Rosa María Virolés Piñol Revista Medicina y Seguridad del Trabajo vol.60 supl.1 Madrid 2014.
12. Controversias en la Valoración de la Incapacidad Ponencia II Congreso Inspección Médica Seguridad Social La vigilancia de la salud y la aptitud laboral Juan Antonio Elena García. Med. segur. trab. vol.60 supl.1 Madrid 2014.
13. Análisis de las variables sociosanitarias asociadas a la permanencia en incapacidad temporal M.ª Luz Pérez Morote, Jesús López-Torres Hidalgo, M.ª Ángeles López Verdejo. Medicina y Seguridad del Trabajo 2015; 61 (239) 184-194.
14. IV INFORME ADECCO. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión responsable: fundación alternativas Investigación. Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
15. Las enfermedades de la Columna Lumbar y su relación con el trabajo en España. Revista SEGURIDAD y Medio Ambiente N.º 126 Segundo trimestre 2012.
16. Factores que influyen en la incapacidad temporal de larga duración. Propuesta de screening y de intervención. Mercedes Vaquero Abellán.
17. La incapacidad temporal por enfermedad mental en atención primaria Alfredo Calcedo Barba. Revista Psiquiatría y Atención Primaria, Junio 2007.
18. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014 Margalida Gili, Javier García Campayo y Miquel Roca. Gaceta Sanitaria. 2014; 28(S1):104-108.
19. Efectos de la crisis económica sobre la salud mental en la población Española. Agar Marín Morales, Lucía Gil Domínguez, Vanesa Román Macías, Luca Farella. Universidad de Granada.
20. Plan de retorno al trabajo tras baja laboral por motivos de salud mental. Carmen Otero, Macarena Álvarez, Medicina y Seguridad del Trabajo 2014, 60 n.º 235.
21. El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. Medicina y Seguridad del Trabajo. vol.57 supl.1 Madrid 2011.
22. A Health System Program To Reduce Work Disability Related to Musculoskeletal Disorders; Annals of Internal Medicine, 2005.
23. Intervención inmediata. Análisis y resultados de los programas de intervención temprana en patología osteomioarticular implantados Juan Ángel Jover Jover Medicina y Seguridad Trabajo 2014; Suplemento extraordinario n.º 1: 36-38.
24. Absentismo e Incapacidad Laboral. Promover Organizaciones Saludables como garantía de excelencia y efectividad organizativa. María Dolores Villaplana García. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias Colección de estudios Número 19.
25. La influencia de factores individuales, relacionados con el trabajo, socioeconómicos y de organización del sistema sanitario sobre la duración de la incapacidad temporal. M Vaquero Abellán. INSS, Dirección Provincial de Sevilla. Trauma Fundación MAPFRE (2013) Vol 24 n.º 4:249-257 249.