

MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Inspección médica

Retorno al trabajo tras cáncer de mama

Return to Work after Breast Cancer

Araceli López-Guillén García¹, José Manuel Vicente Pardo²

1 Unidad Médica. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia. España.

2 Unidad Médica. Equipo Valoración Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gipuzkoa. España.

Recibido: 29-12-17

Aceptado: 08-03-17

Correspondencia:

Correo electrónico: araceli.lgg@gmail.com

josemanuvincente@gmail.com

Resumen

El cáncer de mama frecuentemente es causa de largos procesos de baja. La duración media de las bajas por cáncer de mama es de unos 320 días, estando entre los tres procesos principales que causan bajas de más de 365 días junto con la lumbalgia y el trastorno ansioso depresivo. Cada año se producen 26.000 casos nuevos en España de los que en su mayoría se producen en plena edad laboral. La supervivencia a los cinco años entre mujeres de 30 a 60 años es del 86%. El cáncer de mama es la segunda causa de inicio de expedientes de incapacidad permanente a los doce meses, tras la lumbalgia. Sólo el 53% retomará el trabajo. El retorno al trabajo se vuelve dificultoso tanto por la intensidad y pauta espaciada de los tratamientos, como por la afectación de la calidad de vida, como por la ausencia prolongada del trabajo. Influyendo factores personales de la trabajadora, unos por ella misma, otros ligados al cáncer y su evolución, y factores laborales ligados al tipo de trabajo, riesgos, condiciones y exigencias del mismo y otros factores del mercado de trabajo; que todos ellos considerados no siempre hacen que la vuelta al trabajo sea posible.

Material y método: Se han revisado hasta octubre de 2016 las siguientes bases de datos bibliográficas: SciELO, y PUBMED. Así como la Bibliografía y documentos de consulta citados en la misma.

Conclusiones: Es preciso facilitar el retorno al trabajo, en especial de aquellos casos más complicados que han precisado de largas bajas pero aun así ya están curados o con una mejoría que permite trabajar. Ante el fenómeno del cáncer de mama y su impacte incapacitante, es preciso conocer el mismo con certeza por lo que se hace necesario la realización urgente del Mapa de Incapacidad en España. Para evitar controversias entre el alta médica para trabajar y la no aptitud para el trabajo debe de institucionalizarse el uso de la Ficha de Valoración Ocupacional. Ante la toma de decisiones es imprescindible la comunicación de aspectos clínicos, laborales y de valoración entre las partes implicadas. El indicador de retorno al trabajo, es un indicador de calidad de vida, es un indicador de resultado y un indicador de salud pública y laboral. Facilitar el alta parcial para una integración preventiva y efectiva. Medidas de incentivación a las empresas.

Med Segur Trab (Internet) 2017; 63 (246) 51-67

Palabras clave: Trabajo y cáncer de mama. Retorno al trabajo. Cáncer de mama. Capacidad laboral.

Abstract

Breast cancer often causes long withdrawal processes. The mean duration of breast cancer withdrawals is about 320 days, being among the three main processes that cause falls of more than 365 days along with

low back pain and anxiety depressive disorder. Each year 26,000 new cases are produced in Spain, most of which occur at full working age. The 5-year survival for women aged 30 to 60 years is 86%. Breast cancer is the second leading cause of onset of permanent disability at 12 months after low back pain. Only 53% will resume work. Return to work is difficult because of the intensity and fixed-spaced pattern of the treatments as well as the effect on quality of life or the prolonged absence of work. Taking into account personal worker's factors, some by herself, others linked to cancer and its evolution, and labor factors linked to the type of work, risks, conditions and requirements of the same and other factors of the labor market; although considering all of them it does not always mean a possible return to work.

Material and Method: until October 2016 following bibliographic base dates have been reviewed: SciELO and PUBMED. As well as the bibliography and all consult documents previously mentioned.

Conclusions: It is necessary to facilitate the return to work, especially those more complicated cases that have required long casualties but are still cured or improved to allow work. Faced with the phenomenon of breast cancer and its incapacitating impact, it is necessary to certainty distinguish why it is urgently necessary to carry out the Disability Map in Spain. In order to avoid disputes between medical discharge to work and non-ability to work, the use of the Occupational Assessment Form must be institutionalized. When it comes to making decisions, it is essential to communicate clinical, labor and valuation aspects between the parties involved. The indicator of return to work is an indicator of quality of life, an indicator of results and an indicator of public health and labor. It is required to facilitate the partial discharge for a preventive and effective integration. Incentive measures for companies should as well be taken.

Med Segur Trab (Internet) 2017; 63 (246) 51-67

Keywords: Labor and breast cancer. Return to work. Breast cancer. Labor capacity.

RETORNO AL TRABAJO TRAS CÁNCER DE MAMA

1. Introducción. Impacto laboral del cáncer de mama en la incapacidad temporal¹

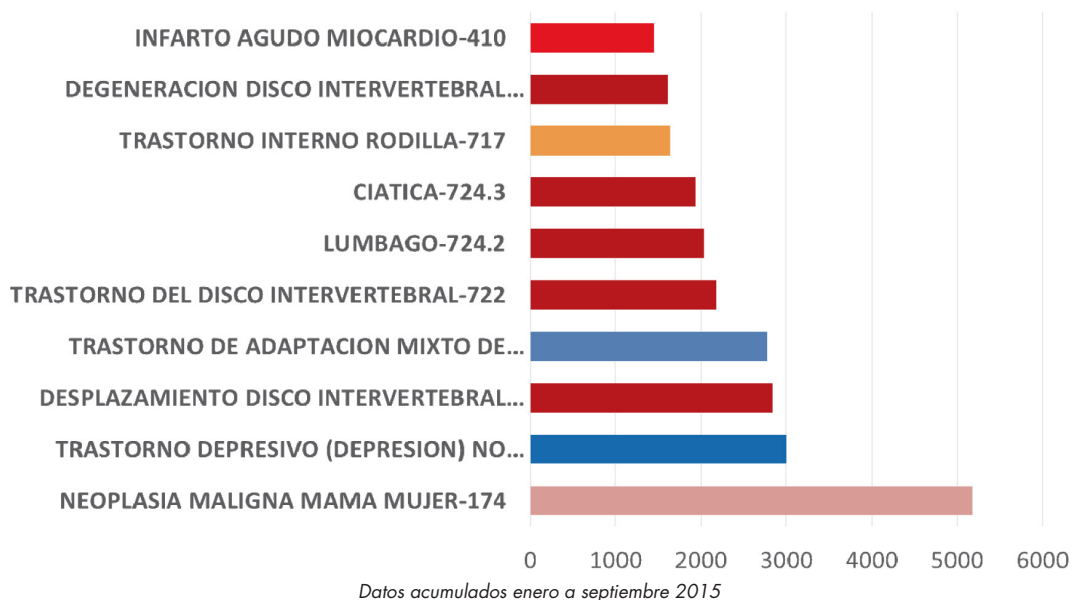
El cáncer de mama supone un enorme impacto incapacitante laboral, siendo como es un cáncer de alta incidencia en la mujer, hasta el punto que una de cada diez mujeres sufrirá cáncer de mama a lo largo de su vida, es el cáncer de mama el cáncer más frecuente en la mujer con 26.000 casos nuevos cada año en España, entre los 18-65 años se dan el mayor número de casos, es decir en plena etapa laboral. La edad media de las pacientes en incapacidad temporal por cáncer de mama es de 48,8 años. El 20% de los nuevos diagnósticos de cáncer de mama es en mujeres de menos de 45 años. Por todo ello el impacto en la mujer trabajadora es muy importante.

Por otra parte el cáncer de mama tiene una alta supervivencia en las mujeres entre 30-60 años con una tasa de supervivencia estimada del 86% (83% del global de casos independientemente de la edad) y no olvidemos que el cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad en la mujer con 6.000 fallecimientos al año en España y supone el 18.2% de las muertes por cáncer en la mujer y la primera causa de muerte en mujeres entre 40 y 55 años. El cáncer de mama es la segunda causa de inicio de expedientes de incapacidad permanente a los doce meses, tras la lumbalgia.

El cáncer de mama en cuanto a las bajas (incapacidad temporal IT), tiene una duración media de 320 días (duración media diferente por comunidades autónomas), una duración estándar INSS de 240 días modulada por edad y trabajo para establecer su óptimo de duración y 6.900 procesos de baja alcanzaron los 365 días en 2015.

El cáncer de mama es el principal diagnóstico de los que causan bajas prolongadas llegando a los 365 días, es decir es causa principal de procesos de larga incapacidad médica laboral.

DIAGNÓSTICOS AL SUPERAR 365 DÍAS DE IT (117.595 res.)



Pero así mismo es de aquellos procesos que al alcanzar los 365 días y pasando a control por el INSS son resueltos con alta médica. De hecho si englobáramos los cuadros ansioso depresivos tras ellos la lumbalgia y en paralelo con la cervicalgia el cáncer de mama es el cuarto proceso en causar altas a los 365 días al pasar por los Equipos de Valoración de Incapacidades del INSS (EVI) lo que como todos estos procesos con resolución de alta, procesos «altables», ponen de manifiesto que tal vez se han prolongado inadecuadamente en situación incapacitante temporal para el trabajo.

PROCESOS IT> 12 MESES QUE DAN LUGAR A RESOLUCIÓN DE ALTA		
PRIMER SEMESTRE 2009. Nº RESOLUCIONES: 31.867		
DIAGNÓSTICO	Número de Resoluciones	% sobre el total de Resoluciones
SÍNDROME DEPRESIVO ANSIOSO	2011	6,31
LUMBALGIA	2009	6,30
TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO BAJO OTROS CONCEPTOS	1402	4,40
ESTADOS DE ANSIEDAD	1268	3,98
REACCIÓN DE ADAPTACIÓN NO ESPECIFICADA	1130	3,55
DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL LUMBAR SIN MIELOPATÍA	1351	4,24
CERVICALGIA	849	2,66
NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA FEMENINA	789	2,48
OTRAS ALTERACIONES DE MÚSCULOS ROTADORES BRAZO	716	2,25
MIALGIA Y MIOSITIS NO ESPECIFICADO- FIBROMIALGIA	658	2,06
SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO	567	1,78
DOLOR ARTICULAR DE HOMBRO	520	1,63
ALTERACIÓN DEL MENISCO NCOC	509	1,60
OSTEOARTROSIS LOCALIZADA SIN ESPECIFICAR DE PIERNA	499	1,57
CIÁTICA	376	1,18
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	312	0,98
DESPLAZAMIENTO DISCO INTERVERTEBRAL CERVICAL SIN MIELOPATÍA	287	0,90
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	265	0,83
SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL (DIFUSO)	233	0,73
ESPONDILOSIIS CERVICAL SIN MIELOPATÍA	208	0,65

Con los datos referidos podemos afirmar que el cáncer de mama es en la mujer el más frecuente, el que le causa una mayor mortalidad y afortunadamente uno de los cánceres más prevalentes, es decir de mayor supervivencia oncológica, y es causa de larga incapacidad médica laboral como ha quedado manifiestamente aclarado.

Respecto de la producción laboral el cáncer de mama tiene gran impacto incapacitante laboral, bien de carácter temporal, bien de carácter permanente, bien por muerte, lo que comporta un detrimento del estrato de la población laboral productiva respecto de la población dependiente. El estrato productivo de la población genera riqueza personal y colectiva, es la locomotora de la economía y soporta el gasto de los «dependientes». Si el cáncer de mama da lugar a bajas muy prolongadas, si puede generar incapacidad permanente o muerte es obvio que causa gran deterioro del tejido productivo.

Siendo causa de incapacidad permanente prolongada obvio es causa deterioro de la calidad de vida de la mujer trabajadora y de su entorno, lo que es un añadido al afrontamiento de la vuelta al trabajo.

Y como todo largo proceso de incapacidad médica larga genera numerosas dificultades al retorno al trabajo.

Como conclusión de los datos previos sobre el cáncer de mama:



Si analizamos la vuelta al trabajo de la mujer tras cáncer de mama debiéramos referirnos a:

- Superación de la incapacidad laboral por cáncer de mama. Mujeres supervivientes de las consecuencias del cáncer de mama,
- Análisis de la consideración de situación de alta médica laboral tras cáncer de mama
- Qué hace que la baja por cáncer de mama se prolongue
- Dificultades que puede encontrar la mujer al retorno al trabajo, tras alta médica tras cáncer de mama.

2. Superación de la incapacidad laboral por cáncer de mama. Mujeres supervivientes de las consecuencias del cáncer de mama

Si bien los avances tecnológicos han logrado detectar más casos de cáncer de mama, aumentando la sensibilidad diagnóstica y se ha conseguido etiquetar mejor, es decir se ha aumentado la especificidad diagnóstica, y todo ello ha mejorado el pronóstico de nuestras pacientes y ha aumentado la supervivencia del cáncer de mama, estimándose para mujeres diagnosticadas en la actualidad en torno al 83 %, pudiendo hablar de curación o de cronificación que no de fallecimientos, no olvidemos que la mortalidad por cáncer de mama es en la mujer su segunda causa con 6.000 fallecimientos al año.

En el periodo de 1989-2008, se registraron 115.000 muertes por cáncer de mama, según el mapa del cáncer en España publicado en BMC Cancer López-Abente et al.; licensee 2014², y esta distribución de la mortalidad es sensiblemente diferente entre unas regiones y otras lo que deja abierta la hipótesis de sus causas³.

Pero si vamos a valorar la vuelta al trabajo hablamos de las supervivientes al cáncer, es decir, aquellas mujeres que se han beneficiado de los avances tecnológicos terapéuticos y de las medidas de salud pública implantadas para el cáncer de mama, en los últimos 20 años. Como decimos un 83 % de las mujeres con cáncer de mama que son diagnosticadas actualmente en España tendrán esta tasa de supervivencia a los cinco años. Desgraciadamente no se disponen de datos sobre supervivencia en la población trabajadora, así que esta cifra referida a la población femenina pudiera no ser la misma que afecte a mujeres trabajadoras entre los 18-65 años. Así mismo no disponiendo en España de un mapa de incapacidad (tanto temporal como permanente) no disponemos de datos reales sobre que mujeres trabajadoras que sufrieron cáncer de mama fueron incapacitadas laboralmente de forma permanente tras el mismo, ni tampoco población afecta de incapacidad temporal o baja por cáncer de mama y días consumidos, desagregados por ocupación, edad, y otros factores asociados.

Como consideración a parte de las «supervivientes laborales» (mujeres que tras cáncer de mama vuelven al trabajo) conviene referirse a las mujeres que tras el periodo de baja por cáncer de mama resultan incapacitadas para el trabajo que venían desempeñando (incapacidad permanente total) o para todo tipo de trabajo (incapacidad permanente absoluta). Hasta 1995 puede decirse que el 80% de las mujeres con cáncer de mama terminaban incapacitadas para el trabajo de forma permanente, y en aquel entonces además lo eran como incapacitadas absolutas, hoy en día el porcentaje ha disminuido y el número de incapacidades permanentes totales que no absolutas ha aumentado en proporción, así como aquellas declaraciones de incapacidad revisables que pueden derivar en condiciones médico laborales evolutivas de mejoría a la consideración de «*capacitada para el trabajo*». Se ha pasado de una declaración de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo por el simple diagnóstico, a la valoración de la limitación funcional para el trabajo, la servidumbre terapéutica obligada y el pronóstico específico por subtipo de cáncer de mama.

Los programas de detección precoz y los avances terapéuticos han conseguido mejorar el pronóstico, diagnosticando más y mejor, con tratamientos más específicos y

menos agresivos, y todo ello minimizando en lo posible las secuelas limitantes del cáncer y de los tratamientos. Unido a lo anterior los cambios en los protocolos de valoración médica de la incapacidad laboral ceñidos a la evaluación del pronóstico y de las limitaciones funcionales (y no al diagnóstico, como antaño) y el análisis pormenorizado de la relación de estas limitaciones funcionales respecto de los requisitos de cada trabajo han contribuido a disminuir el número de mujeres incapacitadas permanentemente.

Indudablemente el diagnóstico e inicio del tratamiento del cáncer de mama, aún en los subtipos y estadiaje más benignos comportarán periodos de baja.

El 47 % de las mujeres con cáncer de mama terminará en incapacidad permanente, el 53% retornará al trabajo (no será tributaria de incapacidad permanente). Estas trabajadoras supervivientes «laborales», han padecido un largo proceso de baja como hemos visto, con todo cuanto ello comporta de deterioro de la calidad de vida y sufrimiento personal por haber seguido un tratamiento en la mayoría de los casos largo y agresivo, añadido a la incertidumbre vital que el conocimiento del diagnóstico de cáncer y la espera a la respuesta terapéutica conlleva.

3. Consecuencias del cáncer de mama, limitaciones funcionales. Alta médica⁴

Al valorar las consecuencias incapacitantes laborales del cáncer de mama estas lo son:

- Por las secuelas del cáncer per se
- Por las secuelas del tratamiento (quimioterapia, radioterapia o cirugía)
- Por la necesaria reconstrucción anatómica o la reconstrucción psicológica terminado el tratamiento del cáncer.

Las secuelas del cáncer específicas dependerán del tipo de cáncer de mama, (clasificación molecular) y de su extensión Estadio TNM. Realizando una valoración pronóstica y de la pauta terapéutica esperada.

Las secuelas del tratamiento quirúrgico, radioterapia, quimioterapia, inmunoterapia, hormonoterapia o los nuevos tratamientos diana o biológicos, deberán de evaluarse específicamente. Teniendo en cuenta que algunos de ello son tratamientos intensos y de larga duración con alta «servidumbre terapéutica», es decir con pérdida de la autonomía funcional del individuo y elevado deterioro de la calidad de vida mientras precisa del tratamiento

Cuando el resultado clínico es satisfactorio los efectos secundarios serán poco incapacitantes y en general compatibles, en la mayoría de los casos, con una vida laboral activa, pero habrá que estar a la valoración de cada caso, la respuesta terapéutica, las posibles secuelas del mismo y las características individuales de cada trabajadora.

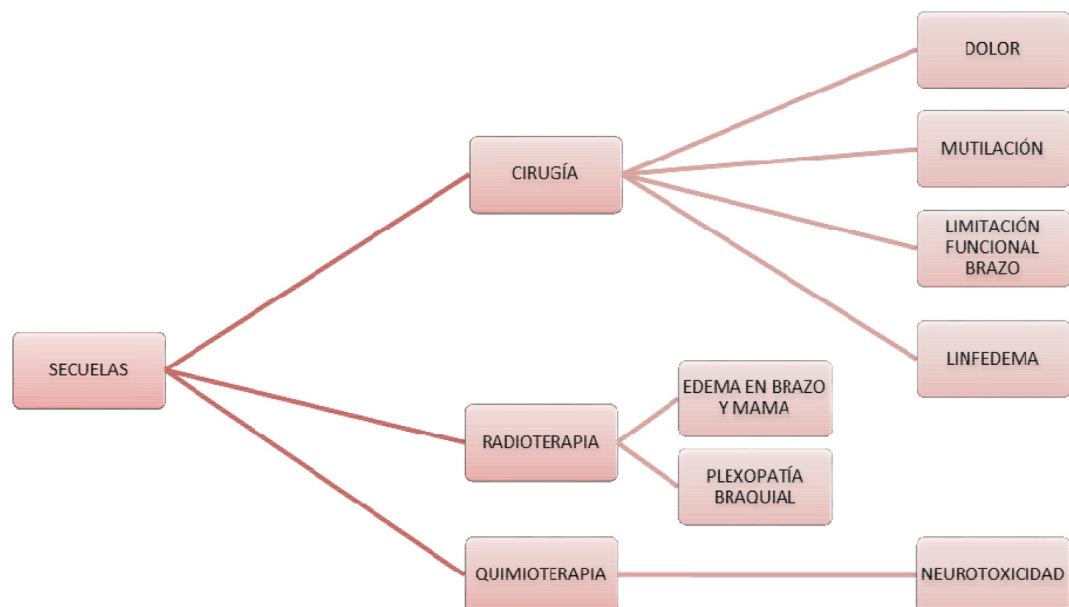
- Tumores diagnosticados en estadios iniciales tienen habitualmente un buen pronóstico y no suelen precisar tratamientos de larga duración ni con efectos secundarios importantes, por lo que o se resuelven en menos de 365 días (tiempo máximo legal de duración) o durante la prórroga (otros 180 d).
- Los tumores en estadio más avanzado o con criterios diagnósticos desfavorables precisan tratamientos oncológicos prolongados, por lo que la reincorporación laboral no debería plantearse hasta finalizar el tratamiento y haber realizado el primer estudio de evolución y respuesta. En estos casos la «baja» se prolongará más tiempo, no siendo infrecuente agotar el periodo máximo de Incapacidad Temporal o el inicio de Incapacidad permanente.

Si valoramos el retorno al trabajo estaremos ante secuelas de tumores en etapas no avanzadas o residuales de cáncer de mama que en su evolución y consolidación secuelar son compatibles con el trabajo o suponen una situación límite entre la capacidad o incapacidad⁴.

Consecuencias habituales del cáncer de mama:

- **Linfedema** residual de linfadenectomía o radioterapia.
- **Pérdidas funcionales de fuerza o movilidad en brazo afecto**, tanto como secuelas de la cirugía como por **plexopatía braquial**, tras radioterapia (radiotoxicidad), o con **neuropatías** neurotoxicidad tras quimioterapia (quimiotoxicidad), o pérdidas funcionales del brazo por la acción del linfedema.
- **Déficits sensitivos residuales del tratamiento** tanto por cirugía tras radioterapia o quimioterapia o por el linfedema.
- **Trastornos psíquicos emocionales adaptativos**
- **Dolor en mama o región próxima** derivados del tratamiento quirúrgico o radioterapia
- **Secuelas cicatriciales severas y limitantes**. Tras radioterapia o cirugía tanto del tumor como reconstructiva.
- **Astenia** tras quimioterapia o trastuzumab
- **Cardiotoxicidad Insuficiencia cardiaca. Episodios tromboembólicos. Arritmias**. Por antraciclinas fundamentalmente o por trastuzumab. Los taxanos también pueden provocar arritmias. Las citocinas también pueden generar efectos cardiotóxicos.
- **Artralgias** tras tratamiento hormonal inhibidor, inhibidores de la aromatasa (tumores hormono dependientes mujeres postmenopáusicas). Entender que la paciente puede precisar este tratamiento durante cinco años. **Osteoporosis** mayor riesgo de fracturas.

Esquema de secuelas habituales



Indudablemente los tumores avanzados pueden comportar secuelas sistémicas o compromisos de la autonomía funcional pero esos tumores desgraciadamente conllevan incapacidad permanente y no posibilitarán el retorno al trabajo.

La valoración de la capacidad laboral^{5,6} y del posible retorno al trabajo, exige la evaluación de la respuesta al tratamiento y su servidumbre terapéutica (tratamientos que sigue o que precisará), la valoración pronóstica, la de las secuelas sistémicas y las dinámico funcionales del brazo, las secuelas psíquicas, la consideración preventiva, y primordialmente comprobar que las capacidades funcionales restantes de la trabajadora y las requeridas por el trabajo sean favorables y compatibles.

La valoración médica de la incapacidad temporal en cáncer de mama supone básicamente evaluar:

- **Tipo de tumor (clasificación molecular, estadiaje TNM, grado histológico, marcadores tumorales, clasificación pronóstica, etc.). establecer el diagnóstico incapacitante**
- **Tratamiento seguido**
- **Tratamiento que mantiene y tratamientos pendientes**
- **Evolución y respuesta al tratamiento. Las secuelas severas permanentes pueden obligar a valorar la situación de incapacidad permanente**
- **Limitaciones funcionales para el desempeño del trabajo con la gradación funcional correspondiente, según tabla:**

SECUELAS	LIMITACIONES FUNCIONALES	TAREAS COMPROMETIDAS
Linfedema	Limitación del arco de movilidad del brazo afecto Menor resistencia a la sobrecarga del brazo	Acarreo, porteo de pesos, Acciones continuadas con los brazos en alto. En general altos requerimientos dinámicos y de fuerza con el brazo afectado Movimientos repetitivos mano brazo Uso de prendas ajustadas en brazo Cercanía a fuentes de calor Exposición a radiación solar intensa Manipulación de herramientas cortantes Exposición a golpes, heridas, abrasiones o quemaduras
Neuropatía Plexopatía	Déficit de sensibilidad Déficit funcional proximal del brazo. Déficit funcional en mano	Sobrecargas dinámicas y de esfuerzo intensas con el brazo afectado Acciones de fuerza y destreza combinadas Estatismo continuados con el brazo afectado Movimientos repetitivos mano brazo Exposición a quemaduras (frío o calor) Manejo de elementos cortantes Manejo de tóxicos o irritantes
Dolor	Agotamiento precoz Déficit de movilidad del brazo generalmente a nivel de hombro Déficit para posturas forzadas del tronco Pérdida de fuerza	Manejo de pesos Acciones continuadas con los brazos en alto. Altos requerimientos dinámicos y de fuerza con el brazo afectado Movimientos repetitivos mano brazo Uso de prendas ajustadas en brazo o pecho
Cicatrices Lesiones dérmicas	Déficit de movilidad del brazo tanto en elevación como en separación o rotaciones Trastornos sensitivos Hiperalgnesia	Sobrecargas dinámicas y de esfuerzo intensas con el brazo afectado Uso de prendas ajustadas en brazo o pecho Cercanía a fuentes de calor Exposición a golpes o heridas
Cardiacas	Limitación para esfuerzos intensos o continuados	Manipulación de cargas Deambulación exigente Despliegue de fuerza intensa o continuada Exposición a fuentes de calor muy intensas
Astenia	Menor capacidad para realizar esfuerzos	Sobrecargas dinámicas y de esfuerzo intensas Manipulación de cargas. Deambulación exigente Despliegue de fuerza intensa o continuada Tareas de corte físico en general
Artralgias	Menor capacidad para realizar esfuerzos. Bajo umbral de fatiga hiperalgesia	Sobrecargas dinámicas y de esfuerzo intensas Manipulación de cargas. Deambulación exigente Despliegue de fuerza intensa o continuada Tareas de corte físico en general
Psíquicas	Déficit emocional, lentitud de pensamiento, menor capacidad ejecutiva mental, menor atención y concentración, déficit para tareas mentales complejas y para el contacto social exigente con los demás	Tareas de alta exigencia intelectual, tareas de alta responsabilidad, contacto exigente en atención a las personas o su cuidado. Tareas de alta concentración o atención.

Todas estas limitaciones funcionales deben graduarse para la evaluación correcta de su intensidad y su equiparación con las capacidades requeridas por el trabajo así como con las exigencias de las condiciones del puesto de trabajo y con los riesgos presentes en el trabajo⁷.

Para las **limitaciones funcionales neuropáticas** residuales de la quimioterapia, radioterapia o tras cirugía sirva de referencia las de la Guía de Valoración de la Incapacidad Temporal para médicos de atención primaria en su segunda edición del año 2016 publicada por el ISC III. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=15/01/2016-440fa7054c>

Para las **limitaciones funcionales derivadas del dolor**, puede servir de referencia la gradación funcional mencionada en el artículo «Impacto del dolor en la incapacidad laboral. Metodología de valoración. Grados funcionales de limitación» de José Manuel Vicente Pardo, publicado en la Revista Medicina y Seguridad del Trabajo, del Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo, en su Número 234 en el bloque de inspección médica páginas 133 a 142. [http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=do](http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=21/05/2014-e7053fe25f)

En cuanto a la valoración funcional global de la capacidad laboral de las pacientes con cáncer de mama ver en Manual de Práctica Clínica en Senología de 2015 su 3ª edición, revisada y ampliada, el capítulo 63 sobre Valoración de la Capacidad Laboral en pacientes con Cáncer de Mama⁸. M. V. Garrido Manzano, A. López-Guillen García, J. M. Vicente Pardo. <http://new.sespm.es/archivos/MANUAL-SESPM-2015.pdf>

Para la valoración del **compromiso con el trabajo de las limitaciones funcionales** residuales ver artículo Valoración de aptitud laboral en la incorporación del trabajador con cáncer de mama. Revisión desde la legislación española en prevención de riesgos laborales. María Teófila Vicente Herrero y al. Revista CES Salud Pública; Vol. 4, No 1 (Año 2013)⁹.

Alta médica, tras cáncer de mama

El alta médica conlleva tras la baja o incapacidad resuelta tener la condición de estar «capacitada» para el trabajo para el cual se estuvo incapacitada temporalmente; lo que se entiende es tanto como considerar que o se ha curado del cáncer de mama y no hay limitación funcional alguna residual o si estas limitaciones funcionales existen en su gradación son leves o compatibles con las capacidades funcionales requeridas por el trabajo así como con las exigencias de las condiciones del puesto de trabajo y con los riesgos presentes en el trabajo.

Alta médica y Aptitud Laboral. Controversias¹⁰

Pareciera que son la expresión de un continuo, es decir a la declaración del alta médica se sucede o debiera sucederse la reincorporación al trabajo y por tanto la estimación de apto para el mismo.

Pero en ocasiones la controversia aparece cuando tras el alta médica o la declaración de no incapacidad en el preceptivo reconocimiento médico se considerara a la trabajadora no apta para el trabajo.

Dicha situación explicada desde la perspectiva jurídica que tanto la incapacidad temporal o permanente (Ley General de Seguridad Social) como la aptitud (Ley de Prevención de Riesgos Laborales) se norman en distintas leyes, es un argumento escasamente sólido.

La verdadera razón de esta controversia se encuentra en la falta de información entre las partes implicadas y en la no integración y participación conjunta en las decisiones.

Lo cierto es que entre el ámbito asistencial, el ámbito de los «controladores» (inspectores médicos de las comunidades autónomas, inspectores médicos del INSS y médicos de mutuas) y el ámbito de la empresa, medicina del trabajo y la vigilancia de la salud no existe una comunicación suficiente en cuanto a la información documental referente a la incapacidad laboral tanto desde la consideración asistencial como decisoria (altas médicas, resoluciones del INSS, informes de sus unidades médicas).

De tal forma que unos u otros carecen en parte de la información completa sobre diagnóstico, tratamientos seguidos, informes evolutivos, informes de inspección o evaluadores, y conocimiento de en qué se trabaja, en qué condiciones y con qué riesgos.

No siempre los «controladores» tienen acceso a la información clínica completa de la historia clínica, ni tampoco los «controladores» tienen información detallada de tareas específicas, condiciones del puesto o riesgos del trabajo. Desde el servicio público atención primaria y especializada no se tiene información alguna sobre tareas específicas, condiciones del puesto o riesgos del trabajo, a veces tampoco de los informes médicos de las inspecciones médicas que sustentan las declaraciones de alta o de no incapacidad. Y desde la medicina preventiva y medicina del trabajo no se tiene acceso ni a la información clínica completa de la historia clínica, ni se dispone de los informes médicos de las inspecciones médicas que sustentan las declaraciones de alta o de no incapacidad.

Comunicación sistemas implicados en la protección de la salud del trabajador



Comunicación en compartimentos estancos, no compartida.

Así pues en procesos de baja fundamentalmente:

- El ámbito sanitario conoce la enfermedad (*que ha motivado la baja*)
- El ámbito prestacional conoce sólo parte de la enfermedad y parte del trabajo
- El ámbito de la prevención y medicina del trabajo conoce el trabajo (*no dispone de información completa de la enfermedad que ha motivado la baja*)

Alta médica laboral. No incapacidad. Capacidad laboral

Reconocer o extender el **ALTA MÉDICA** se hará porque la trabajadora que sufrió un cáncer de mama está curada o mejorada de forma suficiente de sus dolencias en relación con el trabajo que venía desarrollando, pasando a situación de **NO IMPEDIDA PARA EL TRABAJO** o que al considerar la **NO INCAPACIDAD PERMANENTE**, de inicio o en revisión, de la trabajadora que sufrió cáncer de mama y estuvo sometida a tratamiento, se

encuentra en una situación de o **NO PRESENTA REDUCCIONES ANATÓMICAS O FUNCIONALES** objetivas y previsiblemente definitivas, o **NO DISMINUYEN O ANULAN SU CAPACIDAD LABORAL**, ESTANDO **HABILITADA PARA LA REALIZACIÓN DE TODAS O DE LAS FUNDAMENTALES TAREAS DE DICHA PROFESIÓN**

Así que se supone que al dar el alta quién lo haga, el médico de atención primaria o las inspecciones médicas del servicio público de las comunidades autónomas o los inspectores médicos del INSS o el INSS a través de los equipos de valoración de incapacidades al considerar no se está incapacitada para el trabajo conocen las tareas y el trabajo en su conjunto y por ello la controversia entre alta y no aptitud no debiera de darse nunca, pero se da.

Por otra parte referir que se conoce el trabajo que realiza quien consideramos está en situación que obliga al alta médica o no se encuentra en grado alguno de incapacidad permanente, presume que conocemos y estamos valorando con conocimiento completo las tareas del trabajo, las capacidades funcionales requeridas por el trabajo, las condiciones del puesto de trabajo y los riesgos presentes en el mismo de forma que su situación funcional en conjunto es compatible con el trabajo.

La valoración de la aptitud conlleva conocer las limitaciones funcionales o las capacidades funcionales de la trabajadora y ponerlas en relación con el trabajo en su conjunto, para establecer la capacidad laboral.

El alta médica laboral y el alta asistencial no son la misma cosa

Pues puede que la trabajadora siga precisando de tratamiento a pesar que se le diera el alta médica laboral (que pone fin a la baja), siempre y cuando dicho tratamiento sea compatible con el trabajo y que el trabajo no interfiera en el tratamiento o que no suponga un riesgo añadido de peor respuesta al tratamiento.

Así por tanto cuando se extiende el alta médica laboral estamos valorando no solo la funcionalidad de la trabajadora sino el trabajo al que se retorna y que el mismo no supone un riesgo para su salud, y la no declaración de aptitud para el trabajo conlleva conocer las limitaciones funcionales y entender que estas no permiten desarrollar su trabajo o que el mismo supone un riesgo para salud de la trabajadora o la de otros.

NUNCA PODRÁ INCORPORARSE AL TRABAJO NI DEBIERA EXTENDERSE EL ALTA MÉDICA SI LOS RIESGOS PRESENTES EN EL TRABAJO SUPONEN UN RIESGO PARA LA TRABAJADORA. Riesgos tanto ergonómicos, como de exposición a sustancias cancerígenas o en su caso riesgos psicológicos.

4. ¿Qué hace que la baja por cáncer de mama se prolongue?

Factores en torno al cáncer y el tratamiento que se pauta que hacen que la baja se alargue

- Las **secuelas del subtipo de cáncer per se y su evolución**
- Las **secuelas del tratamiento**, si se precisa intervención quirúrgica el tipo de cirugía y sus secuelas, la quimioterapia aplicada y sus secuelas, si precisa radioterapia y sus secuelas; la necesidad de seguir el calendario terapéutico, por lo general espaciado y con una cadencia ajustada.
- Si es necesaria la **reconstrucción anatómica**, el **tipo de cirugía** bien con tejido autólogo con sus diversas técnicas (TRAM, DIEP, lipofilling) o heterólogo (prótesis, expansores, en general con procesos más cotos de recuperación funcional) o mixto, y la reconstrucción del complejo areola pezón si se realizara.
- Si es necesaria la **«reconstrucción psicológica»** terminado el tratamiento del cáncer. El 36% de las mujeres con cáncer de mama sufre depresión y precisa de apoyo psiquiátrico, y el 50% padece algún tipo de trastorno emocional por

ansiedad o trastorno adaptativo que precisa cuando menos de apoyo psicológico y de prescripción de ansiolíticos.

- Las **listas de espera prolongadas**.

Factores ajenos al cáncer y sus consecuencias limitantes (las banderas rojas en la prolongación de la baja)

- Edad superior a 50 años. Bajo nivel educativo, y de nivel socio-económico
- Creencia de que el trabajo es perjudicial o peligroso.
- Historia previa de largas «bajas». Antecedentes de procesos recurrentes.
- Antecedentes de procesos psíquicos. Comportamientos emocionales erróneos.
- Clima de trabajo insatisfactorio y carente de apoyos. Situación laboral desfavorable. Cambios de empresa o de la actividad en la misma. Insatisfacción laboral y salarios bajos. Carencia de «vocación» profesional. Percepción del trabajador de inestabilidad. Experiencia de tensión en el trabajo. Trabajo a turnos o a horas intempestivas.
- Vida familiar insatisfactoria o problemática o sin conciliación
- Falta de hábito de ejercicio físico.
- Tiempos de espera asistencial largos o recursos públicos asistenciales deficientes.

5. Dificultades que puede encontrar la mujer al retorno al trabajo, tras alta médica tras cáncer de mama

El camino de retorno al trabajo no es fácil, la incorporación al trabajo representa un punto de contraste difícil para la mujer sobre la percepción del antes y después del cáncer.

La incorporación al trabajo es volver a un lugar donde se hace visible para las pacientes el nivel de cambio experimentado.

La incorporación al trabajo tras larga incapacidad supone la exposición a los riesgos presentes en el trabajo y a las condiciones del mismo, así como a la plena disponibilidad y responsabilidad en cuanto al desempeño del trabajo

a) Dificultades al retorno al trabajo por parte de la trabajadora

Generalmente son incapacidades médicas largas para el trabajo, y por ello suponen para la trabajadora:

- Un **aumento del riesgo de convertirse en incapacidades médicas permanentes**, por vencimiento de plazos legales de la incapacidad temporal, por no haber recuperado su funcionalidad para el trabajo, o porque la población trabajadora en estas situaciones de larga incapacidad temporal tienen mayor riesgo de su cronificación incapacitante.
- Son un **obstáculo a salvar para la trabajadora al cuestionarse a sí misma su capacitación** a la reincorporación. La trabajadora se pregunta si podrá realizar el trabajo que venía efectuando
- **Pueden derivar en la pérdida del empleo** o haber derivado durante la situación de baja, máxime en estos tiempos de precariedad y temporalidad de los trabajos.
- **Abandono de una situación de «protegida» o «atendida»**, de la zona de seguridad (*de confort*), en la que la paciente se veía asistida y protegida, **para pasar a la exigencia de su completa autonomía personal**.
- Una **confrontación entre lo laboral y lo asistencial**, cuando se recibe el alta laboral esta no tiene por qué ser equivalente al alta clínica. La paciente puede seguir precisando de controles médicos e incluso de tratamientos, si bien se

entienden estos no debieran justificar la incapacitación laboral es decir serían compatibles con el desempeño del trabajo.

— **Tiempo de capacitación laboral. Confrontación de plazos**



Plazos legales de incapacidad temporal (IT):

- 365 días de la IT + 180 días de la prórroga = 545 días
- Demora de calificación 180 días + 365 días de la IT + 180 días de la prórroga = 730 días

Plazos legales de incapacidad permanente (IP):

- Incapacidad permanente revisable, cadencia fijada por el INSS
- Reserva de puesto de trabajo, con un máximo de 2 años desde la fecha de la incapacidad permanente objeto de revisión.

La estimación de alta médica de la baja supone para la trabajadora la imperiosa necesidad de incorporación al trabajo de hoy para mañana.

b) Dificultades al retorno al trabajo derivadas del trabajo

Siendo incapacidades médicas largas para el trabajo, suponen desde el entorno del trabajo:

- La consideración de **trabajadora sensible**. En cualquier caso las limitaciones residuales o el tratamiento que se precisó o el que sigue precisando suponen hacen que la **trabajadora ha adquirido un estado de salud con mayor riesgo para el trabajo y un trabajo con mayor riesgo de lesiones o empeoramiento del estado de salud residual**.
- **No podrá incorporarse a trabajos con exposición a las siguientes sustancias químicas:**
 - **Compuestos químicos cancerígenos o genotóxicos (R45/46/49) (H 340, 341, 350 y 351). 1 y 2A de la IARC.**
 - **Y las siguientes sustancias químicas: Acrilamida, Agentes anestésicos inhalados, Alcoholes (Epoxi-1-propanol), Benceno, Citostáticos, Derivados halogenados de los hidrocarburos alifáticos, saturados o no, cíclicos o no (Cloruro de etileno), Dioxinas, Disruptores endocrinos, Ftalatos. Flexibilizantes del PVC, (Cloruro de Polivinilo), Formaldehído, Hormonas naturales, o idénticas a las naturales o sintéticas, Organoclorados, Óxido de Etileno (ETO), Parabenes, derivados del 4-hidroxibenzoato, Plaguicidas, Policlorobifenilos (PCBs), Sustancias de bajo peso molecular (metales y sus sales, polvos de maderas, productos farmacéuticos, sustancias químico-plásticas, aditivos, etc.), Isoniazida. Subproductos de la incineración de residuos, Sustancias químicas industriales y subproductos industriales: Compuestos de tributilestano, estano, etc.), PCB, Policarbonatos, Ftalatos, Cresol, Bisfenol A, Hexaclorobenceno, Estireno, 4-(1,1,3,3-tetrametilbutil)fenol, Fenilpropano, Ignífugos bromados (PBB), etc.**

Por su potencial efecto carcinogénico.

Consultar sustancias en el trabajo causantes de cáncer de mama <http://risctox.istas.net/abreenlace.asp?idenlace=6567>

— Se deberá valorar convenientemente:

- Exposición a los siguientes **riesgos físicos**
 - **Radiaciones ionizantes y no ionizantes** (campos electromagnéticos) efecto acumulativo tras radioterapia y el propio efecto cancerígeno
 - Exposición a **condiciones de temperatura extremas (frío o calor)** pacientes con procesos secuelares con trastornos de sensibilidad o con linfedema
- Exposición a **riesgos ergonómicos**:
 - Las pacientes con linfedema debieran evitar los **movimientos repetidos mano-brazo, la sobrecarga de brazo manipulador, el manejo de cargas,**
 - Las pacientes con disfunción del hombro evitar **actividades de esfuerzo y dinámica intensa con brazo afecto,**
 - Las pacientes con dolor en brazo o zona pectoral o en el tronco evitar las **posturas forzadas, o la manipulación manual de cargas**
 - Las pacientes con efecto cardiotóxico del tratamiento evitar las **actividades de esfuerzo exigente o las actividades con exposición a muy altas temperaturas.**
 - Caso de las pacientes con cicatrices dolorosas y disfuncionales derivadas de cirugía del cáncer o de la reconstrucción mamaria, evitar el **manejo de cargas o las actividades de esfuerzo intenso o continuado**
 - Las pacientes con cirugía reconstructiva tipo TRAM evitar la **prensa abdominal exigente**
 - Pacientes con astenia tras el tratamiento o artralgias evitar las **actividades de esfuerzo exigente**
- Exposición a **riesgos psicosociales**:
 - Las pacientes con trastornos adaptativos, depresivos o ansiosos evitar las tareas con **estrés intenso, y la sobrecarga mental o las actividades con atención y concentración responsable y exigentes,** Así mismo valorar efecto de la medicación en **manejo de vehículos o herramientas o maquinaria peligrosa.**
 - Las pacientes con trastornos sensitivos en manos **evitar el manejo de herramientas de corte o la exposición a temperaturas extremas.**
 - Las pacientes con linfedema o afectaciones dérmicas (vasculares, infecciosas, cicatriciales) evitar las actividades con **riesgo de golpes, heridas o quemaduras, o la manipulación de contaminantes biológicos.**
 - La empresa **se cuestiona si la trabajadora podrá realizar el trabajo y en qué condiciones retornará a su puesto de trabajo.** Y siempre se estará al **informe del servicio de prevención y la valoración del reconocimiento de aptitud o los reconocimientos periódicos que se estimen oportunos o la señalización de medidas de vigilancia y de prevención a la trabajadora** que retorna a su puesto de trabajo
 - Las largas bajas médicas tras el cáncer de mama **intensifican las consecuencias para la empresa y el sistema productivo.** En cuanto a la empresa supone un coste tanto directo por pago de la baja por la empresa 4º a 15º d. pago del complemento convenio de IT, coste de la sustitución del trabajador y costes indirectos tiempo perdido por el trabajador ausente, disminución del rendimiento del equipo, pérdida de producción, incapacidad para la sustitución
 - A nivel laboral de la trabajadora hay un **coste en capacitación, con pérdida de habilidades laborales, o pérdida de actualización de conocimientos**

requeridos para el desempeño del trabajo tras un largo periodo de ausencia del trabajo.

- Permanecer largos periodos de baja supone **un riesgo de pérdida del trabajo**, bien por haber concluido el contrato laboral en el tiempo que se estuvo de baja, bien por pase a desempleo por ineptitud sobrevenida tras la incorporación al trabajo

6. Conclusiones y Propuestas

Primero apuntar que ante todo proceso de cáncer de mama que haya causado baja prolongada habrá una **pérdida del capital salud, una pérdida de capital humano, un déficit de la calidad de vida, un deterioro de la vida familiar y de relación, una disminución esperanza de vida, un aumento de la comorbilidad, un riesgo de sobrediagnóstico o de iatrogenia, y una victimización.**

El retorno al trabajo es más complicado cuanto más se prolonga la baja. La posibilidad de reincorporación disminuye tras bajas muy prolongadas, o retorno desde una incapacidad permanente revisada.

El riesgo de pasar al desempleo o quedarse sin trabajo o que el trabajo sea perjudicial para la salud de la trabajadora es importante, en estas situaciones.

Si queremos conocer el verdadero impacto laboral del cáncer de mama, debiera de procederse con urgencia a la confección del *Mapa de Incapacidad en España*¹¹, pues sólo así conoceremos cuanto incapacita el cáncer de mama a qué trabajadoras afecta, en qué trabajos, a qué grupos etarios, en qué condiciones de salud, y su distribución geográfica, tal y como fue propuesto en las siguientes referencias:

- <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v61n240/inspeccion2.pdf>. López-Guillén García Araceli. Vicente Pardo, JoseMa. El Mapa de la Incapacidad en España una necesidad urgente. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo N° 240 de 2015.
- <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/09/2016-cdb46c85d0> Revista Medicina y Seguridad del Trabajo 2016; Suplemento extraordinario: páginas 44-60. Hacia un nuevo marco que regule la valoración médica de la capacidad/incapacidad laboral. Propuestas de mejora y áreas de cambio. Vicente Pardo, JoseMa.

Debe de incorporarse como un indicador de resultado en la atención al cáncer de mama el **Indicador de Retorno al Trabajo**, pacientes incorporadas al trabajo tras el cáncer de mama, pero así mismo como **nuevo indicador de salud (salud pública, salud laboral)**¹². El conocimiento de los indicadores de salud es lo que *permite informar la política sanitaria para el establecimiento de prioridades* y para la distribución de los recursos que posibilitan la mejora de la **salud pública y de la salud laboral. Para el restablecimiento de la salud integral de las trabajadoras con cáncer de mama**, no es suficiente con disminuir la mortalidad, no es suficiente con disminuir las recaídas, no es suficiente con tratamientos menos agresivos y más individualizados, **para el restablecimiento de la salud integral (definición y concepto de salud OMS)** es necesario incluir la reintegración a la **vida normal** incluyendo aspectos sociales, personales y laborales. **Por ello y para evaluar el restablecimiento de la salud integral de las mujeres con cáncer de mama** es un buen **indicador de resultado de calidad del tratamiento, seguimiento y control de la paciente la recuperación de la capacidad laboral** es decir cuántas mujeres se incorporan a la vida laboral tras sufrir el cáncer. **Sirva también este indicador de retorno al trabajo para valorar la capacidad del sistema sanitario del restablecimiento de la salud, la capacidad del mercado laboral de integrar al superviviente del cáncer.** Así mismo el **índice de reincorporación al puesto de trabajo** es un indicativo de la recuperación de la capacidad laboral y por ello un **indicador de calidad de vida.**

Facilitar la posible **Alta Parcial**¹³ tras una baja (reduciendo exigencias para facilitar incorporación). 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. 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.

Establecer **medidas incentivadoras para las empresas en la reincorporación de la mujer con cáncer de mama**, tanto fiscales como a nivel de cotización a la seguridad social, facilitando la igualdad de oportunidades.

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 **facilitando el conocimiento de las capacidades que requiere el trabajo** mediante el uso de **Fichas de Valoración Ocupacional**¹⁴ para trabajadores en incapacidad temporal.

Así mismo debemos de proseguir en la consecución de **una historia clínica laboral única** que permita conocer la salud de los trabajadores, el acceso al conocimiento de sus procesos de enfermedad que haya padecido y la correcta aplicación de las medidas preventivas que procedan.

Hay que **evitar las controversias 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.

Alta y baja compatibles. 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.

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.

En la gestión del conflicto entre incapacidad médica larga y retorno al trabajo de la mujer trabajadora con cáncer de mama 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.

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 de las trabajadoras con cáncer de mama que han sufrido incapacidades médicas laborales largas

al retornar al trabajo es el coste en «capital humano» y costes en «capital salud», 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. López-Guillén García Araceli. Comportamiento de la incapacidad temporal de más de 365 días. Medicina y Seguridad del Trabajo. vol.61 no.241 Madrid oct./dic. 2015.
2. López-Abente G, Aragonés N, Pérez-Gómez B, et al. Time trends in municipal distribution patterns of cancer mortality in Spain. BMC Cancer 2014, 14:535 doi: 10.1186/1471-2407-14-535
3. Lidia García Martínez, Marina Pollán Santamaría, Gonzalo López-Abente, María Mercedes Sánchez Jacob, Andrés García Palomo, Raquel González Martínez, Emiliano Honrado Franco y Vicente Martín Sánchez. Tendencia y distribución municipal de la incidencia de cáncer de mama en el área de salud de León (1996-2010) Revista Española de Salud Publica vol. 88 N°2 Madrid mar./abr. 2014.
4. Fundación Tejerina. Reincorporación laboral tras cáncer de Mama. Valoración laboral. La repercusión y valoración de la incapacidad laboral en el Cáncer de Mama. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT). Fundación Tejerina. Cáncer de mama, trabajo y sociedad.
5. Vicente-Herrero M.T, Terradillos García M.J., Ramírez Iniguez M.V, de la Torre, Capdevila García L.M. y López-González A.A. Criterios de incapacidad laboral en cáncer de mama. Revista Semergen. 2013; 39(2):95-100.
6. Vicente Pardo, JoseMa. 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.
7. Vicente-Herrero M.T. Cáncer de mama y trabajo. 9º congreso nacional ergonomía y psicología http://www.preveras.org/docs/documentos/cancer_de_mama_y_trabajo.pdf
8. Garrido Manzano M. V. López-Guillén García A. Vicente Pardo. J. M. Manual de Práctica Clínica 2015 SESPM Sociedad Española de Patología Mamaria. Capítulo 63 Valoración de la Capacidad Laboral en Pacientes con Cáncer de mama.
9. Vicente Herrero María Teófila y al. Valoración de aptitud laboral en la incorporación del trabajador con cáncer de mama. Revisión desde la legislación española en prevención de riesgos laborales. Revista CES Salud Pública; Vol 4, No 1 (Año 2013).
10. 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.
11. López-Guillén García Araceli. Vicente Pardo, JoseMa. El Mapa de la Incapacidad en España una necesidad urgente. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo 2015; 61 (240) 378-392 Escuela Nacional de Medicina del Trabajo Instituto de Salud Carlos III.
12. Vicente Pardo, JM. La Incapacidad laboral como indicador de gestión sanitaria. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo vol. 61 n.º 239.
13. Factors associated with the length of fit note-certified sickness episodes in the UK. Occupational & Environmental Medicine: 10.1136/oemed-2014-102307. Revista Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol.60 N°.237 Madrid oct./dic. 2014.
14. Vicente Pardo, Jose Ma. 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. Sociedad Vasca de Medicina del Trabajo http://www.lmee-svmt.org/panel-lmee-svmt/tinymce/plugins/filemanager/uploads/20130924-Actualizacion/131004_DrVicente_Informe_Medico-Valoracion_Capacidad_Laboral.pdf

=====