

# Programas de vuelta al trabajo para bajas prolongadas por motivos de salud: barreras y facilitadores de su eficacia

### **Pere Boix i Ferrando**

Investigador en CISAL-UPF y Director científico en i+3 consultores

### **David Cobos Sanchiz**

Profesor del Departamento de Educación y Psicología Social. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

### **Rafael Gadea Merino**

Técnico de Prevención de Riesgos Laborales. Centro de Salud Pública de Valencia

### **María Dolores Solé Gómez**

Consejera Técnica de Dirección. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. INSST

*Consciente del impacto que las bajas por enfermedad tienen sobre la productividad de las empresas, sobre los costes asistenciales y sociales y en la propia salud y bienestar de los trabajadores, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo promovió en el año 2015 un proyecto de investigación sobre el particular. El objeto de este artículo es informar de los resultados de dicho proyecto en lo relativo a las evidencias de efectividad y de las barreras y facilitadores de estos programas.*

## INTRODUCCIÓN

Las ausencias al trabajo por enfermedad tienen un enorme impacto sobre la productividad de las empresas, sobre los costes asistenciales y sociales y en la propia salud y bienestar de los trabajadores. Si entendemos que el proceso de retorno o vuelta al trabajo (VAT) incluye un conjunto de actividades médicas, rehabilitadoras, de modificación o cambio del puesto de trabajo y de apoyo psicosocial destinadas a la reincorporación laboral segura, sostenible y a tiempo, idealmente en la misma empresa, podemos decir que en los últimos años las políticas re-

lativas a la incapacidad laboral (IT) y discapacidad han experimentado considerables cambios en varios países europeos con la intención, entre otras cuestiones, de reducir la carga financiera del sistema de prestaciones de la Seguridad Social (ver Tabla 1). Entre los cambios introducidos destacan las políticas orientadas a la mejora de los procesos de vuelta al trabajo, especialmente en las bajas de larga duración, en lugar de poner el énfasis en el nivel de incapacidad o discapacidad (Muijzer et al, 2010).

El proyecto, promovido por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Tra-

bajo, tenía como objetivos describir el estado de la cuestión, encontrar evidencias de efectividad de los programas de vuelta al trabajo implementados en Europa, identificar las barreras y facilitadores para la vuelta al trabajo después de una baja prolongada y desarrollar una propuesta de procedimiento adaptado al contexto español (Solé, Cobos, 2018).

Para ello, se realizó una revisión de literatura de alcance descriptivo y enfoque mixto. Esta consistió en una revisión sistemática con técnicas cualitativas para el levantamiento de subcategorías a partir de variables de análisis preestablecidas.

La base de datos seleccionada fue PubMed y la estrategia de búsqueda: artículos originales publicados por autores europeos en inglés, francés, español e italiano, en revistas científicas entre enero de 2000 y diciembre de 2014, introduciendo los términos clave "return to work" y "Europe". Realizada la búsqueda, el día 22/09/2015 se identificaron 624 artículos concordantes con la combinación de palabras descrita. El tamizado se realizó considerando como criterios de inclusión que los trabajos recogieran alguno de los siguientes aspectos sobre programas de VAT: a) modelos y estrategias de intervención, b) evaluación de efectividad, c) procedimientos de actuación. En cambio, se excluyeron artículos que describían estrategias o procedimientos de intervención que no mostraban estar basados en algún tipo de evidencia.

La inclusión/exclusión se realizó de forma independiente por tres investigadores, consensuando las discrepancias, con lo que se seleccionaron 89 artículos en una primera lectura de abstracts. Tras una lectura detallada, finalmente, los títulos seleccionados fueron 36.

Considerando la ubicación geográfica del centro de procedencia del primer firmante de este artículo, encontramos una notable concentración de la actividad científica en dos áreas: los Países Bajos y los países nórdicos, con alrededor del 80% del total de publicaciones repartidas entre ambos, casi a partes iguales. Les sigue el Reino Unido con un 11,11% de los artículos seleccionados. Con relación a la distribución por revista de publicación, el mayor porcentaje de artículos corresponde al *Journal of Occupational Rehabilitation* con un 27,77% y al *BMC Public Health* con un 13,88%. Desde el punto de vista de la tendencia temporal, parece haber un interés creciente sobre el tema, puesto que, si bien se han publicado artículos todos los años desde

**Tabla 1** ■ Ejemplos de políticas institucionales de vuelta al trabajo.

PAÍS	DESCRIPCIÓN
REINO UNIDO	Un facultativo del sistema de salud emite un documento por el que informa si un empleado de baja está en condiciones de trabajar o no. En el documento se registran detalles sobre los efectos funcionales de la causa de baja, con la finalidad de que el trabajador y el empresario discutan las vías de un mejor retorno al trabajo. Cuando el trabajador está más de cuatro semanas de baja o se prevé que lo pueda estar, el médico o el empresario pueden dirigir al trabajador al servicio <i>Fit to Work</i> , donde se intentará reducir la baja de larga duración a través de un Plan de Retorno al Trabajo adaptado a sus necesidades. <a href="http://fitforwork.org">http://fitforwork.org</a>
DINAMARCA	Las oficinas municipales de prestaciones por enfermedad municipales, son responsables de la evaluación y seguimiento de los beneficiarios de las bajas por enfermedad a largo plazo (> 30 días) y el inicio de los esfuerzos de VAT. Agentes de seguros sociales municipales evalúan y clasifican a todos los enfermos de baja en tres categorías: beneficiarios que son propensos para la vuelta al trabajo en tres meses, beneficiarios que no es probable que vuelvan a trabajar dentro de los tres meses, pero son capaces de participar en las actividades de VAT, y beneficiarios que no son susceptibles de VAT en el plazo de tres meses y no son capaces de participar en las actividades VAT. Los coordinadores de VAT son los responsables de la elaboración de un plan individual y la realización de las consultas obligatorias con todos los pacientes. Además, los coordinadores de VAT también son responsables de la coordinación de las diferentes actividades, con un especial énfasis en la estrecha colaboración entre el equipo de VAT y las partes interesadas externas, como por ejemplo la empresa. <a href="http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/projekter/det-store-tta-projekt">http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en/projekter/det-store-tta-projekt</a>
PAÍSES BAJOS	Si el trabajador se encuentra enfermo, acuerda con el empresario acudir al médico del trabajo, si se prevé que el proceso se puede alargar más allá de unos días. Tras un período máximo de 6 semanas de baja, el médico del trabajo tiene que realizar una evaluación de la causa de la baja, de las limitaciones funcionales y realizar un pronóstico de duración de la misma. Sobre esta base el trabajador y el empresario elaboran un plan de rehabilitación en el que se establecen los objetivos y los pasos necesarios para alcanzarlos. Para llevarlo a cabo designan a un gestor del caso. El plan ha de estar elaborado antes de las 8 semanas de baja. <a href="https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-met-werkgever/re-integrerentijdens-ziekte/detail/stappenplan-bij-ziekte/probleemanalyse">https://www.uwv.nl/particulieren/ziek/ziek-met-werkgever/re-integrerentijdens-ziekte/detail/stappenplan-bij-ziekte/probleemanalyse</a>

2002, más del 70% de la producción se concentra en el período que va de 2009 a 2014.

La revisión se complementó con una búsqueda exploratoria de literatura gris en Google y Google Scholar, así como en páginas web institucionales de diver-

sos organismos y entidades europeas de seguridad y salud. Esta búsqueda arrojó cinco resultados de los cuales dos ya habían sido localizados anteriormente en la revisión sistemática, uno no resultó pertinente a juicio del equipo investigador y los otros dos se incorporaron al listado de hallazgos.

## RESULTADOS

### Evidencias de efectividad de los programas de vuelta al trabajo

Parece haber un buen número de evidencias de efectividad de los distintos programas de VAT diseñados según los principios de: intervención temprana, interdisciplinariedad, visión holística, preponderancia en la participación activa y desde el trabajador, coordinación de los diferentes agentes..., algunos de los cuales se mencionan a continuación:

Un trabajo que evalúa en la práctica un programa desarrollado por médicos generalistas y médicos del trabajo en los Países Bajos, para prevenir las bajas recurrentes por enfermedad, señala su eficacia (menos bajas recurrentes en el grupo de intervención que en el de control), así como la satisfacción con el proceso, tanto de trabajadores como de médicos (Arends et al, 2014).

En un estudio que compara los resultados de una intervención pluridisciplinar sobre VAT frente a la intervención habitual, se pone de manifiesto que el tiempo de baja fue significativamente más reducido y que la probabilidad de vuelta al trabajo fue un 50% mayor en el grupo de intervención (Arnetz, Sjögren, Rydén, Meisel, 2003).

Una investigación desarrollada en Suecia, sobre el efecto de una intervención en el lugar de trabajo para personas de baja por enfermedad de larga duración por *burnout*, orientada a facilitar el retorno al trabajo, demuestra que el grupo al que se le aplica la intervención específica tiene mejores datos en la vuelta al trabajo que el grupo de control: hubo un aumento lineal en el retorno al trabajo del grupo experimental durante

los 18 meses siguientes, alcanzándose un 89% de reincorporación al trabajo al final del período. En el grupo de control llegó a ser del 50% a los seis meses y de un 73% al final (Karlson et al, 2010).

En la evaluación económica de un programa de intervención integral sobre problemas de espalda, que constaba de un protocolo de intervención en el lugar de trabajo y otro de actividad física gradual, comparado con el tratamiento habitual desarrollado en Países Bajos, se demostró que la intervención en el grupo de control fue más eficaz y efectiva. En el análisis coste beneficio se observó que por cada euro invertido en la intervención se ahorraron 26 euros (Lambeek, Bosmans, Van Royen, Van Tulder, Van Mechelen, Anema, 2010).

En un programa de rehabilitación ambulatoria orientada al lugar de trabajo, basado en intercambio de información estructurada entre médicos del trabajo y terapeutas rehabilitadores, un 90% de los pacientes vieron mejorada su salud y se redujeron los tiempos de baja entre 34 y 48 días por año (Weiler, Foeh, van Mark, Touissant, Sonntag, Gaessler, Schulze, Kessel, 2009).

Sin embargo, y aunque es cierto que prevalecen informes de buenas prácticas y evaluaciones de impacto positivas, no todos los estudios ofrecen resultados tan concluyentes. Muchos de ellos se basan en muestras muy pequeñas o son difícilmente extrapolables, por lo que existe cierto consenso en la literatura de que aún es necesaria más investigación en este campo.

### Elementos facilitadores

La *intervención temprana*. La pronta intervención en poblaciones de similar período de baja, produce mejores resultados que las intervenciones más tardías

(Gabbay et al, 2011) (Arnetz, Sjögren, Rydén, Meisel, 2003). Parece haber una ventana de oportunidad de uno a seis meses, donde las intervenciones apropiadas y el apoyo para la vuelta al trabajo pueden tener mayores probabilidades de éxito. Una vez que el trabajador está fuera de la empresa más de seis meses, las probabilidades de reincorporarse con éxito se reducen drásticamente (Cohen, Allen, Rhydderch, Aylward, 2012). De hecho, algunos programas muestran un efecto significativo en el retorno al trabajo en el corto plazo y no tanto en el largo plazo (Netterstrom et al, 2010).

**La coordinación entre los diversos agentes** en intervenciones pluridisciplinares se ha demostrado de gran importancia (Otero, Gálvez, 2014) (Poulsen et al, 2014) (Cohen, Allen, Rhydderch, Aylward, 2012). Las intervenciones que demuestran ser efectivas, parten de la base de un trabajo conjunto de profesionales de la salud y la prevención (médicos, enfermeras, fisioterapeutas, ergónomos...) con empresarios, mandos y trabajadores. En las diferentes experiencias trabajan también diversos profesionales junto a médicos y técnicos de prevención, prevaleciendo la figura del asesor, que a veces es un trabajador social o terapeuta ocupacional y otras un orientador o formador laboral. Un estudio desarrollado en Finlandia, por ejemplo, señala que programas de VAT son más frecuentes en Servicios de Salud Ocupacional que están más acostumbrados a trabajar en equipo incluyendo a fisioterapeutas e higienistas además de médicos del trabajo (Kivistö, Verbeek, Hirvonen, Varonen, 2008).

*Cualidades de la dirección y de los mandos intermedios* que influyen positivamente, como la habilidad para hacer contactos, ser considerado, comprensivo, empático y apreciativo. Son más ef-

caces los estilos de liderazgo que son capaces de adaptarse a circunstancias cambiantes y diferentes. Diversos estudios han puesto de manifiesto que el riesgo de cronificación de las bajas aumenta cuando el apoyo social y la calidad de la dirección disminuyen (Aas, Ellingsen, Lindøe, Möller, 2008). Frecuentemente los más altos índices de ausencia por enfermedad están relacionados con una pobre línea de apoyo de la gerencia y supervisión de la empresa (Cohen, Allen, Rhydderch, Aylward, 2012).

El *empoderamiento* del paciente que pretende ayudar al trabajador a conseguir control, auto-determinación y logro de metas. Los modelos basados en la evidencia, cuyo objetivo es ayudar a los trabajadores a descubrir por ellos mismos cuáles son los procesos que causan la enfermedad para encontrar e implementar soluciones son más eficaces (Arends et al, 2014) (Lander, Friche, Tornemand, Andersen, Kirkeskov, 2009). En todo caso, parece que poner el acento en la percepción y participación del trabajador y no tanto en los diagnósticos de otros agentes (supervisor, médico...) puede ayudar a este en su rehabilitación (Karlson et al, 2010) (van Beurden, Vermeulen, Anema, van der Beek 2012).

*La adaptación contextual de la intervención.* Actuaciones desarrolladas en el propio lugar de trabajo (Meijer, Sluiter, Heyma, Sadiraj, Frings-Dresen, 2006), a través de modificaciones en el puesto de trabajo y mediante la formación para la participación en la toma de decisiones y resolución de problemas, han demostrado ser muy eficaces (Cohen, Allen, Rhydderch, Aylward, 2012). La revisión de la literatura internacional pone de manifiesto, además, que el éxito de las intervenciones depende, en parte, del contexto social en que se desarrollan. La aplicabilidad de un programa de VAT



debe tener en cuenta, por tanto, las características específicas de la empresa, pero también el contexto social y las particularidades de los sistemas de sanidad y protección social a todos los niveles (Gabbay et al, 2011) (Poulsen et al, 2014).

*La realización de evaluaciones sistemáticas* para identificar las barreras a la aplicación del programa y así evaluar la viabilidad y sostenibilidad de las intervenciones. Diferentes resultados de investigación apuntan a que factores como el cambio de características de la población, las listas de espera y diferentes objetivos y expectativas entre las

partes interesadas, entre otros, pueden tener efectos negativos en el resultado deseado y para la sostenibilidad de la intervención en la praxis diaria. Investigar minuciosamente las características de la población objetivo, las restricciones contextuales y las necesidades y expectativas de los actores locales puede mejorar el diseño y la aplicación de las intervenciones (Martin, Nielsen, Petersen, Jakobsen, Rugulies, 2012).

*La incorporación progresiva al trabajo.* En investigaciones relacionadas con riesgos psicosociales se ha señalado que, en lugar de dar la baja completa



**Tabla 2 ■ Algunos modelos de vuelta al trabajo en la literatura científica.**

MODELO	DESCRIPCIÓN
SHERBROOKE	Modelo multidisciplinar que aúna los enfoques clínico y ergonómico y cuyo objetivo es la gestión de las bajas por dolor de espalda. El modelo propone unos criterios diagnósticos para la detección de trabajadores con riesgo de cronificación de su dolencia y un organigrama de acciones a ejecutar en unos plazos determinados. Los principales elementos del modelo son la detección precoz y una evaluación y tratamiento tempranos. El médico del trabajo atiende al trabajador de baja. El ergónomo contacta con el supervisor para explicar el programa y recabar información sobre los responsables de posibles ajustes en el puesto de trabajo. Se inicia un proceso de ergonomía participativa en el puesto de trabajo con observaciones del puesto y entrevistas. De común acuerdo, trabajador, ergónomo y supervisor elaboran un plan de implementación de soluciones y, finalmente, el coordinador evalúa los resultados con la empresa y el trabajador (Loise et al, 1994).
SHARP	<i>Stimulating Healthy Participation and Relapse Prevention (SHARP)</i> . Programa desarrollado por médicos generalistas y médicos del trabajo en los Países Bajos para prevenir las bajas recurrentes por enfermedad. Se basa en las teorías del empoderamiento del paciente que pretenden ayudar a los pacientes a conseguir control, auto-determinación y logro de metas. La intervención empieza cuando los trabajadores están listos para volver al trabajo. Se construye un inventario de problemas y/o oportunidades encontrados en el trabajo después de su reincorporación. Se hace una tormenta de ideas sobre las soluciones y se evalúa su aplicabilidad. Se discuten esas soluciones y se hace un plan de acción con el supervisor. Se evalúa la implementación de las soluciones. El rol del médico es fundamentalmente de guía y animador del proceso. Se recomiendan de 2 a 5 reuniones trabajador-médico a lo largo de tres meses para desarrollar el proceso con el trabajador (Arends et al, 2014)
IPS-MA	<i>Individual Placement and Support-Modified (IPS-MA)</i> . Este método tiene como objetivo dar apoyo a las personas con un trastorno mental severo que desean volver al trabajo, pero no están preparadas para hacerlo en los siguientes tres meses después del diagnóstico. Los participantes son pacientes internos o ambulatorios de centros de salud mental y consultas privadas de psiquiatría. Este método está basado en ocho principios: 1) la persona es atendida por un miembro del equipo que actúa como mentor y no como una autoridad o proveedor de servicios médicos, 2) el proceso se conduce hacia las metas y enfoque de las propias necesidades del paciente, 3) la asistencia es flexible, sin tiempo límite, 4) la meta es conseguir empleo sin formación ocupacional, 5) se parte de que es posible retornar al trabajo después de una enfermedad mental, pero se puede asumir que es necesario un aplazamiento por necesidades terapéuticas, 6) es necesario asegurar la coordinación con los proveedores de salud y trabajadores sociales, 7) se desarrollará y evaluará un plan de trabajo significativo y realista para el paciente de forma continuada, 8) el trabajo del mentor forma parte de un equipo multidisciplinar que se reflejará en el enfoque de la ayuda individual. Durante los seis primeros meses el participante y el mentor se verán por término medio una vez a la semana. Después de seis meses el número de contactos varía y pueden ser también por mail y teléfono (Hellström, 2013).

por enfermedad, se debería dar a tiempo parcial (ej.: disminuyendo el tiempo de trabajo y aumentándolo progresivamente en función de la evolución del trabajador), ya que esto reduce en gran medida el riesgo de despido, mientras que también hace la enfermedad menos dramática y allana el camino para el retorno al trabajo. El énfasis debe colocarse en la importancia de identificar los factores que generan la dolencia y en el pronóstico positivo. También es importante mantener al trabajador activo proponiéndole tareas que se puedan

hacer entre las sesiones del programa (Netterstrom, Bech, 2010).

*El fomento de la percepción positiva del trabajador.* Un hallazgo muy interesante es la asociación positiva entre que el profesional de la salud discuta con el trabajador sobre su reincorporación a la empresa y la situación actual de su trabajo y la salud percibida por el propio trabajador. Parece probable que este diálogo constructivo entre el profesional de la salud y el trabajador sobre su trabajo forme, de hecho, parte del proceso

de recuperación (Vermeulen, Tamminga, Schellart, Ybema, Anema, 2009).

## Elementos barrera

*Conflicto de roles.* Algunos profesionales (médicos, técnicos de prevención...) pueden tener dificultades para dejar en manos de los trabajadores la toma de decisiones, debido seguramente a que el rol tradicional de su profesión es precisamente el de un profesional que diagnostica y proporciona las soluciones (Arends et al, 2014).



*Programas demasiado enfocados a la rehabilitación médico-sanitaria.* Parece necesaria una intervención más integral que incluya elementos socio-laborales y no solo rehabilitadores desde una visión bio-médica. (Johansson, Lindahl, 2012) (Tjulin, Stiwne, Ekberg, 2009). De hecho, una atención pluridisciplinar enfocada en lo sanitario, puede incidir en la prescripción de rehabilitación en casos en los que no sería estrictamente necesario, prolongando (o incluso complicando según parece referir la literatura médica) tratamientos para situaciones de enfermedad menores (Johansson, Lindahl, 2012).

*El estigma social.* Cuando se produce la reincorporación laboral tras una baja de larga duración, en algunos casos, la adaptación laboral siempre supone un reto para el propio trabajador y para la organización, no solo por el propio proceso de adaptación de un trabajador que ha permanecido fuera de la organización durante un período largo de tiempo, recuperándose de una enfermedad, sino también por la propia es-

tigmatización social que conlleva. Otero y Gálvez (2014) lo refiere en el caso de las enfermedades mentales, pero nos atrevemos a conjeturar que este estigma se materializa también en otras situaciones que generan desconfianza, miedo o desconocimiento en el conjunto de los trabajadores (VIH, cáncer...).

*Las burocracias institucionales.* Cuando se trata de implementar un programa nuevo con énfasis en la cooperación entre organismos y entidades, algunos participantes manifiestan experimentar muchas dificultades para aplicar este trabajo interinstitucional, dada la estricta reglamentación burocrática con la que se han de desempeñar en sus organizaciones (plazos inflexibles en la regulación de las incapacidades, documentos, protocolos...) (Ståhl, Svensson, Ekberg, 2011) (Ståhl, Svensson, Petersson, Ekberg, 2010).

## CONCLUSIONES

El trabajo ha permitido poner de manifiesto un buen número de evi-

dencias de efectividad de los distintos programas de VAT desarrollados en Europa, aunque también es cierto que algunos de los estudios consultados se basan en muestras muy pequeñas o son difícilmente extrapolables, por lo que existe cierto consenso en la literatura de que es aún necesaria más investigación en este campo. Entre los principales elementos facilitadores del proceso se pueden destacar la intervención temprana, la coordinación entre los diversos agentes en intervenciones pluridisciplinarias, las cualidades de la dirección y de los mandos intermedios, el empoderamiento del paciente, la adaptación contextual de la intervención, la realización de evaluaciones sistemáticas, la incorporación progresiva al trabajo y el fomento de la percepción positiva del trabajador. Entre los elementos barrera se han destacado fundamentalmente el conflicto de roles, los programas muy enfocados a la rehabilitación médico-sanitaria, el estigma social y las burocracias institucionales. ●

## ■ Referencias Bibliográficas ■

### Total de registros sintetizados y analizados

- Aas RW, Ellingsen KL, Lindøe P, Möller A. *Leadership qualities in the return to work process: a content analysis*. J Occup Rehabil. 2008 Dec; 18(4):335-46.
- Anema JR, Steenstra IA, Urlings IJ, Bongers PM, de Vroome EM, van Mechelen W. *Participatory ergonomics as a return-to-work intervention: a future challenge?* Am J Ind Med. 2003 Sep; 44(3):273-81.
- Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. *Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders*. Scand J Work Environ Health. 2012 Mar; 38(2):93-104.
- Arends I, Bültmann U, Nielsen K, van Rhenen W, de Boer MR, van der Klink JJ. *Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders*. Soc Sci Med. 2014 Jan; 100:123-32.
- Arnetz BB, Sjögren B, Rydén B, Meisel R. *Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: a prospective controlled intervention study*. J Occup Environ Med. 2003 May; 45(5):499-506.
- Boix P, G Benavides F, Gil P, Orozco A, Sampere M, Arenas P, Calvo E, Ballesteros M. *Protocolo para la gestión de programas de retorno al trabajo en casos de incapacidad temporal por trastornos musculoesqueléticos (GRT-TME)*. CISAL-UPF; 2014.
- Clayton S, Bamba C, Gosling R, Povall S, Misso K, Whitehead M. *Assembling the evidence jigsaw: insights from a systematic review of UK studies of individual-focused return to work initiatives for disabled and long-term ill people*. BMC Public Health. 2011 Mar 21; 11:170.
- Clayton S, Barr B, Nysten L, Burström B, Thielen K, Diderichsen F, Dahl E, Whitehead M. *Effectiveness of return-to-work interventions for disabled people: a systematic review of government initiatives focused on changing the behaviour of employers*. Eur J Public Health. 2012 Jun; 22(3):434-9.
- Cohen D, Allen J, Rhydderch M, Aylward M. *The return to work discussion: a qualitative study of the line manager conversation about return to work and the development of an educational programme*. J Rehabil Med. 2012 Jul; 44(8):677-83.
- Corral M. *Reincorporación al trabajo tras una incapacidad temporal por trastornos musculoesqueléticos: Revisión sistemática de guías de buenas prácticas*. Trabajo Fin de Máster CISAL-UPF; 2013.
- Gabbay M, Taylor L, Sheppard L, Hillage J, Bamba C, Ford F, Preece R, Taske N, Kelly MP. *NICE guidance on long-term sickness and incapacity*. Br J Gen Pract. 2011 Mar; 61(584):e118-24.
- Hellström L, Bech P, Nordentoft M, Lindschou J, Eplöv LF. *The effect of IPS-modified, an early intervention for people with mood and anxiety disorders: study protocol for a randomised clinical superiority trial*. Trials. 2013 Dec 24; 14:442.
- Hlobil H, Staal JB, Twisk J, Köke A, Ariëns G, Smid T, van Mechelen W. *The effects of a graded activity intervention for low back pain in occupational health on sick leave, functional status and pain: 12-month results of a randomized controlled trial*. J Occup Rehabil. 2005 Dec; 15(4):569-80.
- Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. *Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention*. BMC Musculoskelet Disord. 2012 Aug 25; 13:156.
- Johansson, Lindahl E. *Locking-in effects due to early interventions? An evaluation of a multidisciplinary screening programs for avoiding long-term sickness*. Eval Rev. 2012 Oct; 36(5):323-45.
- Karlson B, Jönsson P, Pålsson B, Abjörnsson G, Malmberg B, Larsson B, Osterberg K. *Return to work after a workplace-oriented intervention for patients on sick-leave for burnout – a prospective controlled study*. BMC Public Health. 2010 Jun 2; 10:301.
- Kivistö S, Verbeek JH, Hirvonen M, Varonen H. *Return-to-work policies in Finnish occupational health services*. Occup Med (Lond). 2008 Mar; 58(2):88-93. Epub 2007 Dec 18.
- Koopman FS, Edelaar M, Slikker R, Reynders K, van der Woude LH, Hoozemans MJ. *Effectiveness of a multidisciplinary occupational training program for chronic low back pain: a prospective cohort study*. Am J Phys Med Rehabil. 2004 Feb; 83(2):94-103.
- Lambeck LC, Bosmans JE, Van Royen BJ, Van Tulder MW, Van Mechelen W, Anema JR. *Effect of integrated care for sick-listed patients with chronic low back pain: economic evaluation alongside a randomised controlled trial*. BMJ. 2010 Nov 30; 341:c6414.
- Lander F, Friche C, Tornemand H, Andersen JH, Kirkeskov L. *Can we enhance the ability to return to work among workers with estrés-related disorders?* BMC Public Health. 2009 Oct 5; 9:372.
- Martin MH, Nielsen MB, Petersen SM, Jakobsen LM, Rugulies R. *Implementation of a coordinated and tailored return-to-work intervention for employees with mental health problems*. J Occup Rehabil. 2012 Sep; 22(3):427-36.
- Meijer EM, Sluiter JK, Heyma A, Sadiraj K, Frings-Dresen MH. *Cost-effectiveness of multidisciplinary treatment in sick-listed patients with upper extremity musculoskeletal disorders: a randomized, controlled trial with one-year follow-up*. Int Arch Occup Environ Health. 2006 Sep; 79(8):654-64.
- Netterstrøm B, Friebel L, Ladegaard Y. *Effects of a multidisciplinary estrés treatment programme on patient return to*

work rate and symptom reduction: results from a randomized, wait-list controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013; 82(3):177-86.

- Poulsen OM, Aust B, Bjorner JB, Rugulies R, Hansen JV, Tverborgvik T, Winzor G, Mortensen OS, Helverskov T, Orbæk P, Nielsen MB. *Effect of the Danish return-to-work program on long-term sickness absence: results from a randomized controlled trial in three municipalities.* *Scand J Work Environ Health.* 2014 Jan; 40(1):47-56.
- Skouen JS, Grasdal AL, Haldorsen EM, Ursin H. *Relative cost-effectiveness of extensive and light multidisciplinary treatment programs versus treatment as usual for patients with chronic low back pain on long-term sick leave: randomized controlled study.* *Spine (Phila Pa 1976).* 2002 May 1; 27(9):901-9
- Ståhl C, Svensson T, Ekberg K. *From cooperation to conflict? Swedish rehabilitation professionals' experiences of interorganizational cooperation.* *J Occup Rehabil.* 2011 Sep; 21(3):441-8.
- Ståhl C, Svensson T, Petersson G, Ekberg K. *A matter of trust? A study of coordination of Swedish stakeholders in return-to-work.* *J Occup Rehabil.* 2010 Sep; 20(3):299-310.
- Steenstra IA, Anema JR, van Tulder MW, Bongers PM, de Vet HC, van Mechelen W. *Economic evaluation of a multi-stage return to work program for workers on sick-leave due to low back pain.* *J Occup Rehabil.* 2006 Dec; 16(4):557-78.
- Tiedtke C, Donceel P, de Rijk A, Dierckx de Casterlé B. *Return to work following breast cancer treatment: the employers' side.* *J Occup Rehabil.* 2014 Sep; 24(3):399-409.
- Tjulín A, Edvardsson Stiwné E, Ekberg K. *Experience of the implementation of a multi-stakeholder return-to-work programme.* *J Occup Rehabil.* 2009 Dec; 19(4):409-18.
- van Beurden KM, Vermeulen SJ, Anema JR, van der Beek AJ. *A participatory return-to-work program for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: a process evaluation alongside a randomized controlled trial.* *J Occup Rehabil.* 2012 Mar; 22(1):127-40.
- van Hal L, Meershoek A, Nijhuis F, Horstman K. *Disembodied abilities: sick role and participation in "activating" return-to-work practices.* *Soc Sci Med.* 2013 Nov; 96:9-16.
- Verbeek JH, van der Weide WE, van Dijk FJ. *Early occupational health management of patients with back pain: a randomized controlled trial.* *Spine (Phila Pa 1976).* 2002 Sep 1; 27(17):1844-51.
- Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, Knol DL, van Mechelen W, van der Beek AJ. *A participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders: results of a randomized controlled trial.* *J Occup Rehabil.* 2011 Sep; 21(3):313-24.
- Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJ, van Mechelen W, van der Beek AJ. *Intervention mapping for development of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders.* *BMC Public Health.* 2009 Jul 2; 9:216.
- Vermeulen SJ, Tamminga SJ, Schellart AJ, Ybema JF, Anema JR. *Return-to-work of sick-listed workers without an employment contract--what works?* *BMC Public Health.* 2009 Jul 14; 9:232.
- Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Adèr HJ, Anema JR, Hoedeman R, van Mechelen W, Beekman AT. *Collaborative care for sick-listed workers with major depressive disorder: a randomised controlled trial from the Netherlands Depression Initiative aimed at return to work and depressive symptoms.* *Occup Environ Med.* 2013 Apr; 70(4):223-30.
- Weiler SW, Foeh KP, van Mark A, Touissant R, Sonntag N, Gaessler A, Schulze J, Kessel R. *Outpatient rehabilitation of workers with musculoskeletal disorders using structured workplace description.* *Int Arch Occup Environ Health.* 2009 Mar; 82(4):427-34.

## ■ Enlaces de interés ■

[último acceso: 2 de enero de 2019]

- Solé MD, Cobos D. Mantenimiento y vuelta al trabajo: procedimiento. INSSBT 2018; Nota Técnica de Prevención nº1116. [https://www.insst.es/documents/94886/566858/ntp\\_1116w.pdf/c851d358-0fd7-4f72-a273-9682d21c9760](https://www.insst.es/documents/94886/566858/ntp_1116w.pdf/c851d358-0fd7-4f72-a273-9682d21c9760)
- EU-OSHA. Rehabilitation and return to work <https://osha.europa.eu/en/themes/work-related-diseases/rehabilitation-and-return-work>
- Reintegrate. Return to work. An integrated e-learning environment <http://www.re-integrate.eu/?i=reintegrate.es>
- Wynne R, McAnaney D. (2014) Employment and Disability: Back to Work Strategies [http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_files/pubdocs/2004/115/en/1/ef04115en.pdf](http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2004/115/en/1/ef04115en.pdf)
- ENWHP (2013) Promoting Healthy Work for Employees with Chronic Illness – Public Health and Work (PHWork). Analysis of Models of Good Practice [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/10/26/1\\_phwork-analysis\\_mogps.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/10/26/1_phwork-analysis_mogps.pdf)
- Fit for Work (2016) Phased Return to Work after Sickness Absence <https://fitforwork.org/blog/phased-return-to-work-after-sickness-absence/>
- Kausto, J. (2013) Effect of partial sick leave on work participation (en [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42340/kausto\\_thesis.pdf?sequence=1](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/42340/kausto_thesis.pdf?sequence=1))