

Protocolo de adaptación gradual y progresiva al puesto de trabajo después de un periodo de baja de muy alta duración

Francisco López Barón

Doctor en Psicología. Vicepresidente primero de la Asociación de Expertos en Psicopsicología Aplicada (AEPA)

Este trabajo ha sido seleccionado para su publicación por: don Manuel FERNÁNDEZ RÍOS, don Luis José AMIGO GÓMEZ, don Jerónimo CORRAL GENICIO, don José Luis RISCO ROJAS y don Miguel Ángel SASTRE CASTILLO.

Los trabajos se presentan con seudónimo y la selección se efectúa garantizando el anonimato de los autores.

EXTRACTO

Actualmente en España existen alrededor de un millón y medio de personas supervivientes de cáncer. Estas personas necesitan reincorporarse a su vida cotidiana y, por ende, a su actividad laboral, con necesidades particulares.

La reincorporación de este personal que ha estado durante mucho tiempo alejado del trabajo produce una serie de preocupaciones, tanto para el afectado como para la empresa u organización en la que trabaja. Para resolver esta u otras situaciones y reducir el impacto, surgen los programas de retorno o vuelta al trabajo. En España apenas existen este tipo de programas. En este contexto se presenta un programa pionero de retorno al trabajo, cuya estructura y diseño de base están inspirados en personas que han superado procesos oncológicos, pero no se circunscribe únicamente a este tipo de casos. Con esta amplitud de alcance, evitando en todo momento hacer referencia a la causa del proceso y a una posible estigmatización, se elaboró el «Protocolo de adaptación gradual y progresiva al puesto de trabajo después de un periodo de baja de muy alta duración». Este es un programa de adaptación proactivo, del que se presenta la tercera versión, fruto del análisis de la experiencia de estos años.

Palabras clave: supervivientes de cáncer; retorno al trabajo; adaptación al puesto; programa de adaptación gradual y progresivo.

Fecha de entrada: 03-05-2017 / Fecha de aceptación: 04-07-2017

Protocol of gradual and progressive adaptation to the workplace after a period of very high duration

Francisco López Barón

ABSTRACT

At present in Spain there are about one a half million cancer survivors. They are people who need to regain their daily lives and therefore their work activity, with particular needs.

The reincorporation of these people being away from work a long time produces a series of concerns, both for the affected person and for the company or organization. To solve this or other situations and to reduce the impact, return to work programs are arising. In Spain, programs of this kind are very few. In this context, a pioneering program of return to work is presented; people who have overcome oncological processes inspire its structure and basic design, but it is not limited only to this type of case. With this breadth of scope, always avoiding referring to the process cause and possible stigmatization, the «Protocol of gradual and progressive adaptation to the workplace after a period of very high duration» was elaborated. This is a proactive adaptation program; the third version is presented as the fruit of the several years experience analysis.

Keywords: cancer survivors; return to work; adaptation to the workplace; gradual and progressive adaptation program.

Sumario

1. Introducción
2. Programas de vuelta al trabajo
3. Protocolo de adaptación gradual y progresiva al puesto de trabajo después de un periodo de baja de muy alta duración
 - 3.1. Contexto de la empresa/organización
 - 3.2. Cronología
 - 3.3. Filosofía y denominación del protocolo
 - 3.4. Información del alcance y parte introductoria del protocolo
 - 3.5. Proceso de gestión
 - 3.5.1. Revisión del protocolo
 - 3.6. Información sobre la delimitación del programa a través de las «preguntas más frecuentes» (FACTS)
 - 3.7. Implantación
 - 3.8. Evaluación del resultado
4. Conclusiones

Referencias bibliográficas

NOTA: El género masculino se utiliza en sentido genérico únicamente para aligerar la lectura del trabajo.

Cómo citar este estudio:

López Barón, F. (2018). Protocolo de adaptación gradual y progresiva al puesto de trabajo después de un periodo de baja de muy alta duración. *RTSS.CEF*, 425-426, 24 páginas.

1. INTRODUCCIÓN

Las empresas y organizaciones deben disponer de mecanismos internos para gestionar el retorno de las personas trabajadoras que han estado alejadas del ámbito ocupacional debido a determinados procesos oncológicos o de otro tipo, con el objetivo de mantener el vínculo laboral y reducir el impacto emocional.

Este tipo de situaciones no son aisladas, se dan cada vez más en la actualidad, y van a verse incrementadas en el futuro por el aumento de la supervivencia de los pacientes de procesos oncológicos, el incremento de enfermedades crónicas, así como el envejecimiento de la población laboral; por ello se hace necesario disponer de datos al respecto para contextualizar la cuestión.

La estimación de la incidencia de cáncer en España en 2012 para nuevos casos, excluyendo tumores cutáneos no melanoma, fue de 215.534 personas (128.550 hombres y 86.984 mujeres). Si bien no existen datos estadísticos vinculados directamente con la población trabajadora, puede hacerse una aproximación considerando las personas menores de 65 años que supondrían la población activa, aunque existen sesgos como la ampliación obligatoria de la edad de jubilación o aquellas personas que voluntariamente pueden prolongar su actividad más allá de la edad prevista de jubilación. La estimación de la incidencia de cáncer para menores de 65 años en 2012 fue de 85.427 personas (46.202 hombres y 39.225 mujeres).

Las estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC), perteneciente a la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del proyecto EUCAN, en relación con los tumores más frecuentemente diagnosticados en España para el año 2012 de la población general, en orden decreciente, fueron las siguientes: cáncer de colon (32.240 casos nuevos), próstata (27.853 casos nuevos), pulmón (26.715 casos nuevos), mama (25.215 casos nuevos) y vejiga (13.789 casos nuevos).

Según la Sociedad Española de Oncología Médica (2016) (SEOM), el incremento de la incidencia de algunos tumores ha aumentado de forma progresiva y se prevé aún más en un futuro cercano; ello parece deberse además de al aumento de la población al envejecimiento de la misma.

Considerando las previsiones demográficas de las Naciones Unidas (SEOM, 2016), la predicción por incidencia de cáncer, excluyendo tumores cutáneos no melanoma, que se diagnosticará para 2020 es de 246.713 casos nuevos de cáncer en España, de los que 97.715 serán mujeres y 148.998 hombres. Respecto al número de casos previstos para menores de 65 años es de 97.282 personas, de los cuales 54.031 serán hombres y 43.251 mujeres, representando un incremento de casos en comparación con los datos de 2012.

En 2014, los tumores provocaron la cuarta causa de ingreso hospitalario en varones con 1.044 ingresos por 100.000 habitantes (por detrás de las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo y respiratorio) y la quinta causa en mujeres con 912 ingresos por 100.000 habitantes (por detrás de los ingresos por episodios de embarazo, parto y puerperio, y las enfermedades del aparato circulatorio, digestivo y respiratorio).

Según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), este es la segunda causa de muerte después de las enfermedades del aparato circulatorio en la población general española y la primera causa de muerte en varones en España. En 2012, en España, fallecieron a causa de cáncer 3 de cada 10 hombres y 2 de cada 10 mujeres.

A nivel global, el cáncer es una de las principales causas de morbimortalidad del mundo; según datos de la OMS, en el año 2012, hubo aproximadamente 8,2 millones de muertes relacionadas con tumores. A nivel mundial, los tumores responsables del mayor número de muertes fueron los siguientes: el cáncer de pulmón (1,59 millones de muertes), el de hígado (745.000 fallecimientos), el gástrico (723.000 fallecimientos), el colorrectal (694.000 muertes), el de mama (521.000 muertes) y el de esófago (400.000 muertes).

Aunque las cifras de mortalidad son muy elevadas, las investigaciones indican que la supervivencia de los pacientes con cáncer ha aumentado de forma continua en los últimos años en todos los países europeos, debido a los avances en la investigación aplicados a las técnicas diagnósticas y a los tratamientos.

La mortalidad por cáncer disminuye y la incidencia aumenta; se estima que en España un millón y medio de personas tienen o han tenido cáncer. El cáncer afecta a muchas personas, no únicamente a los pacientes, sino también a los familiares, amigos y compañeros. Tampoco se circunscribe únicamente a aspectos médicos, sino que genera una serie de conflictos psicológicos, sociales, laborales, familiares y emocionales en la vida de los pacientes, que deben abordarse durante todo el proceso oncológico e incluso tras haberlo superado, puesto que quedan, entre otras cuestiones, las revisiones, el miedo a la recaída, los efectos secundarios de los tratamientos, la reincorporación al trabajo, los desajustes emocionales, los cambios en las relaciones interpersonales o las barreras sociales.

Las personas afectadas por procesos oncológicos necesitan de apoyo psicosocial. Este debe reflejarse en medidas y planes efectivos que permitan incrementar el bienestar, favorecer la vuelta a la cotidianidad y la reducción del impacto de la enfermedad en la calidad de vida. La denominación que suelen recibir las personas que han finalizado un tratamiento oncológico activo es la de superviviente de cáncer. En este sentido, Miller *et al.* (2008) identificaron dentro de este colectivo las siguientes situaciones:

- Personas que han superado el cáncer pero que padecen secuelas a nivel físico, psicológico, económico y laboral.

- Personas que desarrollan un segundo tumor (relacionado o no relacionado con la primera neoplasia).
- Personas que desarrollan un cáncer secundario relacionado con el primer episodio.
- Personas en mantenimiento y vigilancia de la evolución del tumor.
- El informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer realizado por el Grupo Español de Pacientes con Cáncer (2012) (GEPAC) perfila un plan de seguimiento para supervivientes de cáncer, debido a que cada vez hay más personas que sobreviven a la enfermedad.

Actualmente existen en España alrededor de un millón y medio de supervivientes de cáncer, personas que necesitan reincorporarse a su vida cotidiana y que presentan unas necesidades particulares, sobre todo en relación con los aspectos psicológicos de la fase postratamiento y de las condiciones de reinserción a la vida laboral y social (Zebrack *et al.*, 2006).

En relación con el informe elaborado por GEPAC (2012), el perfil de los participantes del estudio de supervivientes de cáncer en relación con su situación laboral era el siguiente: un 41 % se encontraba trabajando, un 18 % tenía una incapacidad laboral y un 10 % se encontraba desempleado. Otra cuestión a considerar fue que el 84 % de los encuestados había finalizado los tratamientos oncológicos en un periodo de tiempo de entre 1 a 5 años. Debe tenerse en cuenta que estos datos no pueden generalizarse al total de la población superviviente de cáncer, pero esta información constituye una importante contribución para comprender las necesidades no cubiertas de personas menores de 65 años, con un periodo no mayor a 5 años desde la finalización de los tratamientos oncológicos, sobre todo en personas que han padecido cáncer hematológico.

La encuesta del estudio recoge información sobre los impactos a nivel físico, psicológico y social, laboral y económico.

A nivel de impacto psicológico y social, para el 60 % de los participantes, el miedo a la recaída es el mayor problema a nivel emocional tras haber finalizado los tratamientos, mientras que más de la mitad de los encuestados (53 %) declararon padecer angustia, ansiedad y preocupación. El 33 % de los encuestados mencionó, además, preocupaciones relativas a los cambios en el aspecto físico.

En relación con el impacto a nivel laboral y económico, el 30 % se ha sentido discriminado o perjudicado en el ámbito laboral a causa de la enfermedad, mientras que alrededor del 10 % ha perdido su empleo o ha tenido problemas en la reincorporación laboral. Un 10 % afirmó haber sufrido una reducción salarial o que la enfermedad constituyó un obstáculo en la promoción profesional; ello les ha imposibilitado trabajar durante una jornada completa o continuar con los estudios. Para un 5 % de los consultados la enfermedad ha sido también motivo de problemas económicos. Nadie recibió ningún tipo de asistencia para resolver esas situaciones.

Entre las áreas de interés a nivel psicológico se pueden mencionar la ansiedad, la depresión, el miedo a la recaída, los problemas de sueño o aquellos relacionados con las condiciones físicas, como, por ejemplo, el impacto de la fatiga, fertilidad y sexualidad o de secuelas que implican cambios en la imagen corporal. Se han de tener en cuenta también las dificultades a nivel familiar y el impacto que la situación de enfermedad puede ocasionar en la pareja y las relaciones a nivel generacional, entre padres e hijos (Bower, 2005; Ganz *et al.*, 2008).

Del estudio realizado por GEPAC, cabe destacar la siguiente información:

En relación con la edad, el 40% de los participantes tenía una edad comprendida entre 35 y 49 años, un 30% pertenecía al rango entre 50 y 64, y, finalmente, un 15% entre 25 y 34 años. Estas edades se aproximan a una realidad más cercana al ámbito laboral, ya que todas estas franjas representan a una muestra activa de la población y que están en edad de laborar.

Respecto a los estudios, alrededor de la mitad poseía estudios universitarios (31% universitarios superiores y 20% universitarios medios), un 25% había acabado los estudios de bachillerato superior o formación profesional y un 16% disponía del título de graduado escolar.

En relación con la situación laboral, el 41% de los participantes eran trabajadores por cuenta propia o ajena, un 13% se encontraban jubilados y a un 18% se le había concedido la incapacidad laboral. Un 10% se encontraba en situación de desempleo en el momento de realizar la encuesta.

También se consultó a los participantes del estudio sobre el tipo de tratamiento que recibieron; el 75%, quimioterapia; el 40%, radioterapia, o fueron sometidos a alguna intervención quirúrgica (44%).

Otro aspecto que tuvieron en cuenta fue el tiempo transcurrido después de la finalización de los tratamientos oncológicos. Para un 84% habían pasado entre 1 y 5 años desde el último tratamiento, mientras que para un 11% habían pasado entre 6 y 10 años, y para un 5% habían transcurrido más de 10 años.

Los datos del impacto que tuvieron a nivel emocional fueron que el 53% de los encuestados declaró padecer angustia, ansiedad y preocupación en el momento en que los tratamientos finalizaron. Además, para un 61%, el miedo a la recaída era el mayor problema a nivel emocional en esa fase. El 33% mencionó, además, preocupaciones relativas a los cambios en el aspecto físico, y un 26% estuvo muy preocupado en relación con los pensamientos sobre la muerte.

A nivel laboral y económico, el impacto fue el siguiente: el 31% de las personas se sintió discriminado o perjudicado en el ámbito laboral a causa de la enfermedad. Alrededor del 20% había perdido su empleo o había tenido problemas en la reincorporación laboral. Para el 10% de los encuestados, la enfermedad les había afectado de tal modo que no podían trabajar de la misma manera que lo hacían antes o les imposibilitó desarrollar una jornada completa de trabajo. Un 10%

confirmó haber sufrido una reducción del sueldo o que la enfermedad había constituido un obstáculo en la promoción profesional. Para un 10% de los encuestados, la enfermedad les había imposibilitado continuar con los estudios.

En el área económica, la enfermedad también produjo problemas económicos para un 5% de los consultados.

De los resultados del grupo de discusión de los supervivientes, cabe destacar lo siguiente:

- En relación con el apoyo a nivel emocional, compartieron las vivencias relativas al miedo y a las dudas propias de la fase posterior de los tratamientos y consideraron fundamental un seguimiento psicológico. Opinaron, además, que se debería tener garantizada la continuidad del tratamiento psicológico una vez que se hubiera iniciado. Se intercambiaron experiencias relativas al modo en el que los cambios en la imagen corporal podían afectarles, como en el caso de la cirugía en el cáncer de mama y en el impacto que estos cambios pueden generar en las relaciones de pareja.
- En el apoyo a nivel laboral, los afectados comentaron las dificultades que se presentan en el momento de la reincorporación al trabajo, debido a la presencia de problemas de concentración y memoria y el modo en que puede verse afectado el rendimiento laboral. Además se pusieron en evidencia cuestiones relativas a las ausencias en el puesto de trabajo debido a controles, revisiones y pruebas y la manera en que estas circunstancias pueden impactar en la relación con el empleador. Plantearon la necesidad de promover e implementar medidas que favorecieran a las personas afectadas por esta enfermedad, entre ellas mencionaron la importancia de actualizar la legislación para que responda mejor a las necesidades de los pacientes oncológicos, así como las dificultades a la hora de conseguir el reconocimiento de minusvalías y sus progresivas revisiones.

El estudio concluye que, entre las necesidades relativas al seguimiento económico y laboral, el 30% se ha sentido discriminado o perjudicado en el ámbito laboral a causa de la enfermedad, mientras que alrededor del 20% ha perdido su empleo o ha tenido problemas en la reincorporación laboral. Un 10% confirmó haber sufrido una reducción del salario o que la enfermedad constituyó un obstáculo en la promoción profesional, les imposibilitó trabajar durante una jornada completa o continuar con los estudios. Para un 5% de los consultados, la enfermedad ha sido también motivo de problemas económicos. Nadie recibió ningún tipo de asistencia para resolver estas situaciones.

Ante este panorama, la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo promueve el proyecto «Rehabilitación y vuelta al trabajo después del cáncer, instrumentos y prácticas» (EU-OSHA, 2017). En esta línea, los miembros de la Acción Conjunta para el Control del Cáncer (CanCon) han elaborado la Guía europea para la mejora de la calidad del control integral del

cáncer (Albreht *et al.*, 2017). Dicho documento pretende dar a conocer los estándares de calidad para el control del cáncer en Europa, así como favorecer la cooperación de los Estados miembros a través de la difusión de buenas prácticas; también la identificación de los aspectos centrales para asegurar una atención óptima y comprensiva a estos pacientes en todo el territorio europeo.

Partiendo de la revisión de la literatura científica, los miembros de la Acción Conjunta han establecido un total de 36 recomendaciones, organizadas en torno a aspectos como el control integral del cáncer, la atención comunitaria posoncológica, la supervivencia al cáncer y la rehabilitación y los programas de cribado (*screening*) dirigidos a la población, entre otros.

La atención a las necesidades psicológicas se contempla como una línea fundamental de actuación, otorgando al psicólogo un papel esencial en el programa de atención a estos pacientes. Así, entre las recomendaciones vinculadas al área laboral se encuentran las siguientes:

- En prevención terciaria, se debe enfatizar la importancia del autocuidado, en especial los estilos de vida saludables y los riesgos para la salud a largo plazo. Este nivel de prevención debe contemplar el abandono del consumo de tabaco, el control del peso corporal y el establecimiento de una dieta saludable, así como la realización de actividad física mantenida, la evitación de la exposición excesiva a radiación ultravioleta y el manejo del estrés.
- Se recomienda implementar actuaciones basadas en guías de práctica clínica para el apoyo psicosocial de pacientes con cáncer, ya que suponen elementos muy valiosos para proporcionar programas de tratamiento basados en la evidencia.
- La intervención en el área interpersonal y la reincorporación al trabajo deben incorporarse de manera temprana en el plan de atención de cada paciente.
- La sintomatología somática y psicológica, así como las necesidades sociales, deben evaluarse en todas las fases de la enfermedad de manera temprana, sistemática y periódica.
- Se deben establecer programas de educación y autocuidado, así como evaluar su eficacia.

Con este programa se pretende impulsar la acción de los Gobiernos para mejorar la atención a los pacientes con cáncer, el desarrollo de intervenciones para mejorar la calidad de vida, prevención y control del cáncer en todo el territorio de la Unión Europea. La guía es el primer paso para la implementación de estas recomendaciones que pretenden aumentar la supervivencia del cáncer y reducir su mortalidad en Europa.

En España existen esfuerzos por parte de asociaciones contra el cáncer; desde la ayuda al personal afectado como a sus familias a través de servicios del área psicosocial, prevención y divulgación, fuente de conocimiento e impulsores de estudios, fomento del voluntariado, representación del colectivo. En este sentido, la Federación Catalana de Entidades contra el Cáncer (FECEC), que

agrupa a 16 entidades miembros que trabajan directamente con pacientes y familiares, está desarrollando un programa piloto de apoyo a empresarios, trabajadores y autónomos cuya denominación es «¿Qué hacer cuando aparece el cáncer en el trabajo?», y cuya finalidad es dar respuestas a las necesidades de información y asesoramiento que tienen los responsables de un negocio u organización cuando se diagnostica un cáncer a uno de sus trabajadores, con tal de maximizar las posibilidades de las personas que viven con cáncer de mantener y retomar un rol laboral activo después del diagnóstico y del tratamiento del cáncer. Los objetivos son asesorar e informar para mejorar la reincorporación laboral y reducir el estigma. Se pretende cubrir la necesidad que representan las dificultades en el ámbito laboral ante un proceso oncológico, llevándoles a poner en marcha dos tipos de actuaciones: la primera a través del programa ya citado («¿Qué hacer cuando aparece el cáncer en el trabajo?») y la segunda tiene que ver con la reincorporación al trabajo de personas que hayan pasado por un proceso oncológico y estén en situación de desempleo. Lo gestionan a través del programa «Reprèn» (servicio de orientación laboral después del cáncer) (FECEC, 2017).

En el caso de tratamientos oncológicos, los empleados públicos que se reincorporan al servicio efectivo a la finalización de un tratamiento de radioterapia o quimioterapia pueden solicitar una adaptación progresiva a la jornada de trabajo ordinaria. La Administración podrá conceder esta adaptación cuando la misma coadyuve la plena recuperación funcional de la persona o evite situaciones de especial dificultad o penosidad en el desempeño de su trabajo. Dicha adaptación podrá extenderse hasta 1 mes desde el alta médica y podrá afectar hasta un 25 % de la duración de la jornada diaria, preferentemente en la parte flexible de la misma, considerándose como tiempo de trabajo efectivo. Junto con la solicitud se debe incluir la documentación para acreditar la existencia de esta situación, debiendo resolver la Administración en un plazo de 3 días, sin perjuicio de que la Administración pueda recabar informes del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales u otros órganos. El plazo anterior podrá ampliarse en 1 mes más cuando el empleado justifique la persistencia en su estado de salud de las circunstancias derivadas del tratamiento de radioterapia o quimioterapia. También explicita que, con carácter excepcional, y en los mismos términos indicados, esta adaptación de la jornada se podrá pedir en procesos de recuperación de otros tratamientos de especial gravedad (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2015).

Respecto a las empresas privadas, algunas ya recogen dentro de sus convenios colectivos el que aquellos empleados que se encuentren en tratamiento oncológico (tumores malignos, melanomas y carcinomas) puedan solicitar, mientras dure el tratamiento, una reducción de su jornada de trabajo sin reducción de salario (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2016).

2. PROGRAMAS DE VUELTA AL TRABAJO

Como indica el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (s. f.) (INSHT), los programas de vuelta al trabajo son muy poco frecuentes en España. Consisten principalmente en instaurar una serie de acciones en la empresa para facilitar la reincorporación de los trabajadores de baja por enfermedad o accidente lo antes posible y en las mejores condiciones, pudiendo existir colaboración o no con otros organismos o entidades.

Los beneficios de estos programas se producen tanto para el trabajador como para la empresa/organización. El trabajador mantiene su capacidad de trabajo y su empleo; su nivel de ingresos, autoestima y estabilidad personal, familiar y las relaciones sociales y, por tanto, su salud física, mental y social. La empresa en términos de productividad reduce el absentismo, aumenta la satisfacción y la motivación de los trabajadores, disminuye los costes de formación o sustitución vinculados a la rotación involuntaria del personal, mejora la calidad del servicio o producto, etc.

Existen una serie de principios en los que se basa un buen programa de vuelta al trabajo (Institute for Work & Health, 2014; INSHT, s. f.; Guillén Subirán, 2017), siempre desde una perspectiva proactiva y de aproximación a las necesidades de cada caso, siendo, entre otros, los siguientes:

- Intervención precoz.
- Implicación del trabajador y de sus representantes.
- Compromiso de la dirección.
- Existencia de una política integral de salud en la empresa.
- Asignación de responsabilidades en el liderazgo y ejecución del programa. Es decir, debe haber un responsable de coordinar el programa de retorno al trabajo; los supervisores deben estar capacitados e incluidos en el programa.
- Soluciones a medida y flexibles para que se pongan a disposición recursos adecuados y suficientes.

De entre las opciones de retorno al trabajo de una persona trabajadora, pueden darse las siguientes (INSHT, s. f.):

- Mismo puesto de trabajo, con idénticas funciones y el mismo horario.
- Mismo puesto de trabajo, con una vuelta gradual al trabajo, incluyendo:
 - Reducción temporal del horario y aumento gradual.
 - Modificación temporal de las condiciones de trabajo.
 - Uso temporal de ayudas técnicas.
- Mismo puesto de trabajo, con adaptación permanente del puesto mediante:
 - Modificación de las condiciones de trabajo.
 - Ayudas técnicas.
- Cambio temporal del puesto de trabajo, con el desempeño de todas las tareas asociadas a ese puesto y con horario completo.

- Cambio temporal de puesto de trabajo, con vuelta gradual al trabajo, incluyendo:
 - Reducción temporal del horario y aumento gradual.
 - Modificación temporal de las condiciones de trabajo.
 - Uso temporal de ayudas técnicas.

- Cambio de puesto de trabajo, con adaptación permanente del puesto de trabajo mediante:
 - Modificación de las condiciones de trabajo.
 - Ayudas técnicas.
 - Formación.

- Cambio de empresa, nuevo puesto de trabajo, nuevas funciones.

3. PROTOCOLO DE ADAPTACIÓN GRADUAL Y PROGRESIVA AL PUESTO DE TRABAJO DESPUÉS DE UN PERIODO DE BAJA DE MUY ALTA DURACIÓN

3.1. CONTEXTO DE LA EMPRESA/ORGANIZACIÓN

La organización donde se ha llevado a cabo esta experiencia es una Administración pública local, con una plantilla aproximada de 350 personas que representa el 63 % de la plantilla del *holding* corporativo municipal.

En mayo de 2016 se aprobó el código ético de conducta y buen gobierno del ayuntamiento.

Dispone de una organización flexible del tiempo para la mayoría del personal técnico y administrativo, con una permanencia obligada de 9:00 a 14:00 horas, de lunes a viernes. El tiempo restante de la jornada diaria se debe hacer antes de las 17:00 horas, de lunes a viernes. Estableciendo el lunes por la tarde como día de recuperación de los saldos horarios hasta las 19:00 horas. En todo caso, los saldos horarios deberán estar recuperados a final de cada mes. Aunque al personal con hijos menores de 12 años se le puede autorizar a que empiece su jornada diaria hasta 30 minutos después del inicio del horario de permanencia obligada, supuesto en que el tiempo dejado de trabajar se deberá recuperar semanalmente entre las 15:00 y las 17:00 horas, de lunes a viernes. El personal con reducción de jornada recuperará diariamente el tiempo dejado de trabajar una vez finalizada la jornada correspondiente.

Existen determinados colectivos con horarios especiales según el servicio (atención ciudadana, recepción y equipos de atención primaria de servicios sociales; personal de conserjería ads-

crita a centros educativos, brigadas de obras y jardinería, vigilantes de parques y jardines, policía municipal; personal de centros cívicos, personal de biblioteca).

El modelo organizativo de prevención es el de servicio de prevención ajeno. Internamente la organización dispone de un servicio de prevención y salud laboral que es quien ejerce la coordinación y responsabilidad técnica a través de un técnico.

A partir del año 2012 se implantó el portal del empleado como medio de gestión e información interna. Desde el área de prevención y salud laboral, existe una carpeta con directorios y archivos propios del área a la que tiene acceso todo el personal.

En el último quinquenio se han producido avances desde el área de salud laboral, entre los que cabe destacar los siguientes: ciudad cardioprotégida, al instalarse desfibriladores en equipamientos municipales, además de ir formando periódicamente al personal tanto en primeros auxilios como en desfibriladores; en vigilancia de la salud, mejoras en cuanto a facilitar lugares adecuados para la campaña de reconocimientos médicos de los diferentes colectivos y la ampliación del contenido de las analíticas, el acceso en línea de los informes médicos, incremento considerable del número de reconocimientos médicos anuales; inclusión en la licitación del servicio de prevención ajeno de programas de promoción de la salud y complementarios, como: programas específicos a partir del estudio epidemiológico, de la investigación de accidentes y de la evaluación de riesgos; programa de vacunación de la gripe estacional, mediciones antropométricas a todos los colectivos efectuadas en la propia visita médica de la campaña de reconocimientos; revisión ginecológica y urológica.

Información en salud a través del portal del empleado, previa difusión personalizada a través del correo electrónico, en temas como los siguientes: recomendaciones sobre puestos de trabajo compatibles con el embarazo o lactancia natural, hidratación, piel y exposición solar, cómo usar la orina como guía de la hidratación propia, beneficios de los alimentos antioxidantes, vacunación contra la gripe, recomendaciones para la comida cardiosaludable, qué es un infarto y cómo reconocerlo.

En colaboración con otros servicios, por ejemplo, salud pública, deportes, etc., o con la mutua de accidentes de trabajo, se han llevado a cabo formaciones o jornadas monográficas, por ejemplo, sobre desfibriladores, sobre actividad física («utiliza las escaleras»), sobre hábitos saludables.

Los programas y actuaciones se realizan a partir de necesidades detectadas en la propia organización desde una perspectiva de gestión psicosocial integrada y proactiva.

3.2. CRONOLOGÍA

A mediados del año 2015, la organización tuvo conocimiento del posible retorno al trabajo de una persona que estaba pasando por un proceso oncológico. Su puesto de trabajo se enmarcaba dentro del ámbito de los servicios sociales, por lo que desde la dirección de esos servicios y en colaboración con el área de prevención y salud laboral, se planteó cómo debía efectuarse un

proceso de adaptación para este caso. Mientras se estaba trabajando en ello, el servicio de prevención y salud laboral tuvo noticias de que otra persona estaba en una situación parecida. Ello hizo intuir que, teniendo en cuenta las estadísticas de la población española sobre incapacidades temporales y sobre diagnósticos anuales de cáncer, además de las tasas de supervivencia, este tipo de situaciones se irían dando, debiendo proceder a elaborar un protocolo para este tipo de casuística. Cabe mencionar que los procesos oncológicos que aquí se tratan no son de origen laboral.

El primer caso sirvió como prueba piloto para la elaboración del borrador del primer protocolo. El redactado se realizó por el área de prevención y salud laboral y fue revisado por servicios sociales y, en particular, por esta primera participante. Su contenido e ideario se fundamenta en las líneas de intervención psicosocial y de organizaciones saludables de la Asociación de Expertos en Psicología Aplicada (AEPA) (Carrión García, 2012), que incluye también los pilares estratégicos para el abordaje de la promoción de la salud mental en el trabajo a través de la prevención, la promoción y la gestión de casos (Gálvez y Solé, 2015). Tras la incorporación y revisión de los aspectos anteriores, se cerró la primera versión definitiva del protocolo en septiembre de 2015, aprobándose y ratificándose por el Comité de Seguridad y Salud la primera semana de octubre de 2015.

La segunda versión del protocolo es de octubre de 2016 y se aprobó y ratificó por el Comité de Seguridad y Salud a finales de noviembre de dicho año. Supuso una actualización, se incluyeron matizaciones, explicitación del tiempo máximo del programa, una hoja de preguntas más frecuentes (FACT) y su relación con pautas de apoyo social.

A mediados de marzo de 2017, y tras la experiencia de estos años, se divulgó la tercera versión del protocolo, donde se incluía una recomendación en el proceso de gestión del mismo, la manera de resolver las peticiones no ajustadas y dudosas, un apartado de revisión del protocolo y una pregunta relacionada con los procesos precedentes de salud mental.

3.3. FILOSOFÍA Y DENOMINACIÓN DEL PROTOCOLO

Determinadas incapacidades temporales mantienen a la persona trabajadora alejada del ámbito laboral durante mucho tiempo. Entre los periodos más largos figuran los procesos oncológicos (entre 180 y 240 días, según el tipo de tumor), pero esta desvinculación prolongada del trabajo no es exclusiva de los procesos oncológicos, ya que puede darse otra casuística diferenciada.

Asimismo, la reincorporación debe entenderse como un paso más de la persona hacia su recuperación, siendo las razones de ser del programa las siguientes:

- Fomentar la empatía y ayudar a la persona en la normalización de su actividad.
- Facilitar la adaptación y reducir el impacto del retorno a las personas que han estado alejadas durante un tiempo prolongado.

- Atenuar la vuelta al trabajo en un momento en que la persona afectada tiene dudas y contradicciones, respecto a si podrá trabajar de nuevo en su puesto de trabajo.
- Para disminuir el nivel de exigencias del puesto de trabajo tanto a nivel mental y físico como social, y ajustar la duración de la jornada, se propone una adaptación progresiva, que dependerá de las condiciones psicofísicas de la persona y de los requisitos del puesto.
- Mejora de la calidad de vida a través del estímulo de fortalecimiento físico y mental para vencer las resistencias a enfrentarse al día a día en el entorno laboral.

La denominación del protocolo debía contemplar un periodo de reincorporación adecuado, que no solo sirviera para procesos oncológicos, sino para todos aquellos que bajo esa misma filosofía y tras un periodo prolongado de baja laboral volvieran al trabajo; que sirviera para adaptarse de manera gradual y progresiva e incluyera dentro del procedimiento, en caso de que se diera, la adaptación del propio puesto de trabajo si la persona participante tuviera en su aptitud ciertas limitaciones psicofísicas o hubiera que efectuar un cambio de puesto.

Con las consideraciones anteriores se elaboró el documento, que contenía las pautas de gestión del programa progresivo de adaptación al puesto de trabajo de una persona trabajadora que hubiera padecido una baja de muy larga duración. Evitando en todo momento hacer referencia a la causa de su proceso y a una posible estigmatización, se optó por denominarlo «Protocolo de adaptación gradual y progresiva al puesto de trabajo después de un periodo de baja de muy alta duración».

3.4. INFORMACIÓN DEL ALCANCE Y PARTE INTRODUCTORIA DEL PROTOCOLO

En la primera parte del documento protocolizado se indica el alcance de dicho protocolo, informando a todo el personal de la organización y, en particular, a las personas afectadas por ese tipo de baja, mandos directos y jefes de servicio implicados en la gestión del protocolo.

Tras ello, se incluye un apartado introductorio en el que se explicita la existencia de ciertas incapacidades temporales que mantienen a la persona trabajadora alejada del ámbito laboral durante mucho tiempo. Se explicitan, a modo de ejemplo, algunas patologías para que las personas trabajadoras lo tengan en cuenta.

Del trabajo de revisión de la primera versión del protocolo, en colaboración con la primera persona participante en este programa, y que se sigue manteniendo en la tercera versión, el texto de la introducción a partir del segundo párrafo dice lo siguiente:

Cada año se diagnostican en España más de 220.000 casos de cáncer, de los cuales aproximadamente un 40 % se dan en personas menores de 65 años, es decir, en adultos en pleno periodo de actividad laboral, que causan baja por incapacidad temporal.

En los últimos años, los avances en el diagnóstico precoz y en la atención al paciente han conseguido duplicar la tasa de superación del cáncer.

Es frecuente que muchas personas después de un proceso oncológico encuentren barreras importantes llegado el momento de volver a su actividad laboral. Experimentan lo que se denomina «miedo anticipatorio», un sentimiento que se manifiesta por un aumento en los niveles de ansiedad con el hecho de pensar en no rendir, preocupación por una recaída, temor de haber perdido competencias y habilidades, así como a no tener una red social de apoyo interno.

En esas circunstancias, la persona trabajadora ha de entender la reincorporación al trabajo como un paso más hacia su recuperación, procurar ser tolerante y flexible en sí misma.

Desde el entorno laboral es importante fomentar la empatía y ayudar a la persona trabajadora en la normalización de su actividad. De esta necesidad surge el programa de incorporación gradual y progresiva al puesto de trabajo, para facilitar la adaptación y reducir el impacto del retorno de las personas que han estado alejadas durante un tiempo prolongado.

El programa representa atenuar la vuelta al trabajo en un momento en que la persona afectada tiene dudas y contradicciones, a nivel físico, emocional, cognitivo y conductual, respecto a si podrá trabajar de nuevo en su puesto habitual.

Para disminuir el nivel de exigencias del puesto de trabajo tanto a nivel mental y físico como social, y ajustar la duración de la jornada de trabajo, se proporciona una adaptación progresiva, que dependerá de las condiciones psicofísicas de la persona y de los requisitos del puesto (valoración del servicio médico del servicio de prevención a través del informe de aptitud).

Este tipo de adaptación puede mejorar la calidad de vida de estas personas a través del estímulo del fortalecimiento físico y mental para vencer las resistencias para enfrentarse en su día a día en el entorno laboral.

De manera general se recomienda a la persona trabajadora reducir, por un lado, el nivel de autoexigencia ante la incorporación. También debe evitar pensamientos y expresiones como: «no puedo», «he de...» o «es mi obligación». Se debe prevenir la sobrecarga de trabajo y delegar o pedir ayuda de manera anticipada. No se han de hacer comparaciones con el nivel laboral que tenía antes del proceso de enfermedad, porque seguramente el rendimiento no será el mismo. Debe prestar atención al cuidado personal especialmente en la alimentación, el ejercicio físico y el descanso.

Si bien no se explicita en ninguna parte del protocolo ni articula ningún apartado del acuerdo regulador de las condiciones de trabajo de los funcionarios de esta Administración pública local (entiéndase como convenio colectivo), la remuneración de la persona participante se mantiene durante todo el periodo de la adaptación gradual y progresiva, es decir, se garantiza el mismo nivel salarial.

3.5. PROCESO DE GESTIÓN

La participación en este programa depende en todo momento de la elección de la persona trabajadora.

Se presentan los sucesivos pasos del protocolo, que son los siguientes:

- 1a) Presentación del comunicado de alta médica del proceso que ha mantenido alejada del trabajo a la persona trabajadora.

En esta parte se le recuerda que, antes de reincorporarse al puesto, deben hacerse las vacaciones anteriores a las del año en curso en el momento del alta y de manera continuada.

Esto permite disponer del tiempo suficiente para poder hacer la convocatoria con el servicio médico y prever los días y horarios que hará cuando se reincorpore.

- 1b) Contacto de la persona trabajadora con la organización para informar de la fecha de su incorporación.
- 2) Reunión previa con su jefe de servicio/sección/unidad y, si procede, la aceptación de participar en el programa. Si lo consideran las partes, el técnico de prevención de riesgos laborales de la organización puede asistir a esa reunión para aclarar cualquier consulta o asesorar sobre el programa.

Aquellas peticiones que no procedan estrictamente del objetivo del protocolo deben resolverse de la siguiente manera:

- Peticiones no ajustadas a las finalidades del programa (rechazadas). El jefe informará directamente a quien lo solicita que no procede la petición.
- Peticiones de dudosa resolución, por ejemplo, las que aparecen en la hoja de preguntas más frecuentes (FACTS) como un caso que se ha de estudiar. El jefe hará la consulta (vía correo electrónico) al servicio de recursos humanos con copia al servicio de prevención y salud laboral para conocer la viabilidad de la petición.

La persona trabajadora tiene la potestad de acogerse al programa, y puede renunciar en cualquier momento a su participación. Ello supone comunicar por escrito el cese a través de su jefe inmediato, que lo debe comunicar al servicio de recursos humanos. En este caso, se incorporará a su puesto de trabajo en jornada completa.

También debe enviar al servicio de prevención y salud laboral el consentimiento/renuncia para el reconocimiento médico firmado (se indica el código del documento), y se informa que está a disposición y es de libre acceso a través del repositorio de documentación del portal del empleado.

- 3) Elaboración por parte de la dirección de servicio o persona autorizada de un informe dirigido a la dirección de recursos humanos, donde solicite la adaptación incluyendo el calendario propuesto para la incorporación progresiva. Si en el momento de redactar el informe se conocen limitaciones de la persona para hacer algunas funciones propias del puesto de trabajo habitual se han de hacer constar, especialmente, si pueden implicar la conveniencia de un cambio de puesto.

En este punto se le direcciona a una página anexa donde se recoge un modelo de informe. Previo al texto del informe se le recuerda que los datos contenidos en el mismo no han de explicitar datos personales de la persona trabajadora, especialmente sobre su diagnóstico o patología.

- 4) El servicio de prevención y salud laboral, una vez informado del día y de la incorporación y del cronograma de adaptación, solicitará una cita al servicio médico para que la persona lo visite el mismo día de la incorporación, si es posible, y comunicará esta cita a la persona a través de su jefe. La persona interesada debe aportar en la visita los informes médicos y las últimas analíticas del proceso por el cual ha pasado o está pasando.

En la práctica, y con la buena voluntad de la persona solicitante, se promueve que, cuando está en el periodo de alta y gozando del periodo de vacaciones que le quedan por hacer del año anterior, pueda hacer el reconocimiento médico completo. Así, previamente se gestiona todo para facilitar su reincorporación y conocer su aptitud.

- 5) Después de la visita médica se incorporará al puesto de trabajo siguiendo el programa pactado. (Este texto está descrito para casos en los que no se hubiera procedido como indica el párrafo anterior).
- 6) El servicio médico expedirá el informe de aptitud, detallado y personalizado para la persona trabajadora, y de conclusiones para la empresa (indicando en ambos casos las limitaciones que pudiera haber).
- 7) En casos de limitaciones o cambio de puesto de trabajo, la organización ha de proceder en consecuencia. En caso de tener que modificar las funciones que la persona tiene asignadas, el director de servicio o responsable del área ha de elaborar un informe para recursos humanos proponiendo esta modificación e indicando cuáles serán estas nuevas funciones, teniendo en cuenta tanto las limitaciones y recomendaciones del servicio médico como de la organización del trabajo.
- 8) La persona trabajadora será convocada, según indique el servicio médico, a reuniones de seguimiento fijadas temporalmente.

En este apartado se indica que, de manera general, y considerando las personas que han ido participando en este programa, el periodo de reincorporación adecuado, excepto que el servicio médico recomiende periodos inferiores, es el siguiente:

- 4 horas diarias durante las cinco primeras semanas (1 a 5).
- 5 horas diarias durante las cuatro semanas siguientes (de la 6 a la 9).

- 6 horas diarias durante las tres semanas siguientes (de la 10 a la 12).
- A partir del primer día de la semana 13 se hace la jornada completa.

Pueden existir casos excepcionales y diferenciados de la filosofía inicial de este protocolo, donde se prescriba desde el servicio médico y se sustente por los informes médicos que se haya de acortar este periodo de adaptación.

Se incluye una nota que indica que el tiempo máximo de participación está fijado hasta el último día de la semana 12.

3.5.1. Revisión del protocolo

Se indica que es un protocolo vivo, que se va perfeccionando de manera continua a través de la experiencia sobre la casuística que va apareciendo.

Además de lo anterior, se revisará justificadamente cuando así lo acuerde el Comité de Seguridad y Salud.

3.6. INFORMACIÓN SOBRE LA DELIMITACIÓN DEL PROGRAMA A TRAVÉS DE LAS «PREGUNTAS MÁS FRECUENTES» (FACTS)

De la experiencia sobre la gestión del programa, a partir de la opinión de las personas trabajadoras que han pasado por el mismo, y del conocimiento de las consultas previas que, en gran parte, se hacen directamente con el servicio de recursos humanos, derivó la incorporación en la segunda versión del protocolo (2016) de una hoja que plasmara las preguntas más frecuentes a modo de FACTS con sus correspondientes respuestas. Con ello se perseguía darle un marco para explicitar la filosofía del programa, qué situaciones formarían parte o no del mismo.

Por razones reservadas a la organización donde se ha implantado este programa, no se adjuntan a este trabajo dichas FACTS originales ni el flujograma de decisión.

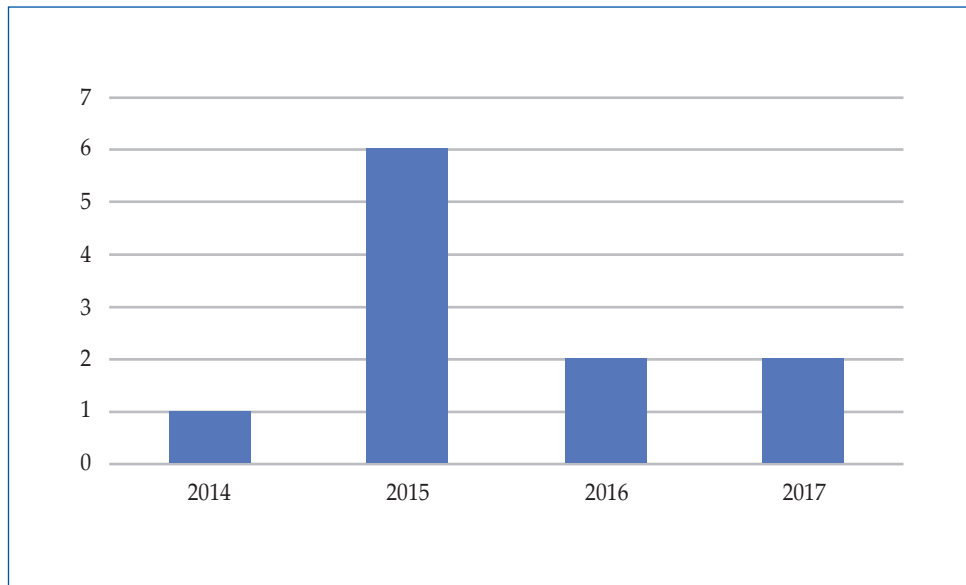
En la última versión se incluyó a partir de un caso de salud mental un apartado relacionado con dicha casuística. La primera condición es que haya pasado por el Instituto Autónomo de Evaluaciones Médicas y haya sido rechazado por el mismo. En este caso se deriva al servicio de prevención (servicio médico). La persona trabajadora debe aportar los informes médicos correspondientes a su proceso que indiquen la necesidad de esta adaptación, pudiéndose dar dos situaciones, de las que el servicio médico deberá recomendar una de ellas, así como, en su caso, precisar el periodo para la adaptación gradual y progresiva.

- a) De manera general, gran parte de los tratamientos de recuperación en salud mental recomiendan trabajar como parte de la terapéutica. Por ello, lo mejor es reincorporarse a la jornada del 100 %.
- b) En determinados casos, puede ser necesario, por prescripción facultativa, que la adaptación sea gradual y progresiva. Si así fuera, el servicio médico recomienda la participación en este programa, indicando si mantendrá el programa general o se deberá establecer uno específico (por ejemplo, que el número de horas inicial sea mayor y/o que el tiempo de adaptación sea más corto; puede ser que 2 o 3 semanas, o como máximo 1 mes, sea suficiente para este tipo de adaptaciones más rápidas).

3.7. IMPLANTACIÓN

Desde el primer caso hasta finales de 2017, se han gestionado 11 casos. A continuación se incluye un gráfico que recoge el periodo de inicio y finalización de cada caso, además del género.

Programa de adaptación gradual y progresiva al puesto de trabajo después de un periodo de baja de muy alta duración



La participación en este programa hasta finales de 2017 fue de un 63,6% de mujeres (7 casos) y un 36,4% de hombres (4 casos). Teniendo en cuenta la confidencialidad y discreción

de los datos, se conoce por lo manifestado por los propios participantes que un 54,5 % (6 casos) procede de procesos oncológicos; un 27,3 % (3 casos) de salud mental; un 9,1 % (1 caso) de problemática visual, y, finalmente, un 9,1 % (1 caso) por violencia doméstica de género. El periodo de adaptación fue para un 90,9 % (10 casos) de 3 meses y para un 9,1 % (1 caso) de 1 mes.

Se realiza un seguimiento de cada caso y, desde el área de prevención y salud laboral, se hace una breve reunión de retroalimentación al cierre del programa. Se considera que dicha reunión debe servir para mejorar el programa y se centra en la experiencia del participante respecto a la adaptación, evitando en todo momento profundizar en el proceso padecido y que le mantuvo apartado del trabajo.

La implantación y desarrollo del programa ha permitido crear un entorno positivo de trabajo, una organización que da apoyo a sus empleados; la minimización de las fuentes de estrés, al aplicar estrategias de afrontamiento ante el retorno al trabajo que reducen en gran medida el impacto emocional. También se fomenta una cultura de prevención y protección ante aspectos psicológicos y sociales, de participación, así como de no tolerancia a la estigmatización y a la discriminación en el trabajo.

En relación con los criterios de calidad de la promoción de la salud (Red Europea de Promoción de la Salud –ENWHP– y Solé, 2003), para este programa, la actividad considerada ha alcanzado su objetivo, siendo un ejemplo óptimo de buenas prácticas.

3.8. EVALUACIÓN DEL RESULTADO

Debido a la dinámica de trabajo, así como a las limitaciones de recursos de la organización, especialmente humanos y temporales, del área de prevención y salud laboral, de disponer de indicadores del programa, y en la línea de no hurgar en las heridas de los participantes, se suele tratar desde la perspectiva cualitativa la opinión manifestada tras la realización del programa. Así, cabe destacar las siguientes opiniones:

- «Programa imprescindible».
- «Enormemente agradecida».
- Lo siente como un regalo.
- «Apoyada en todo momento».
- Periodo de 3 meses, correcto.
- Aprecia a la empresa por esta fórmula de adaptación.
- «Es excelente».
- «Se ha de extender a todo el mundo, no solo a esta organización».

Como puede inferirse de los comentarios de las personas participantes, estas se sienten más vinculadas con la organización, apoyadas, agradecidas; incluso, algunas de ellas indican que hubieran accedido al programa aunque les hubieran reducido el salario. Se consideran personas privilegiadas en comparación con el resto de empresas, donde, lamentablemente, personas en su misma situación hubieran tenido problemas laborales y en el peor de los casos la salida forzada de la empresa.

4. CONCLUSIONES

Se ha presentado un programa pionero para facilitar el retorno al trabajo de las personas trabajadoras que han estado alejadas del mismo durante un periodo de muy alta duración; siendo de gran amplitud casuística (procedentes de procesos oncológicos, de salud mental e, incluso, de violencia doméstica de género), la denominación del programa no hace mención a ningún tipo de problemática, ya sea relacionada con la salud o de otro tipo, con el fin de no estigmatizar a los participantes. Se fundamenta en las líneas de intervención psicosocial y desde la perspectiva de organizaciones saludables de la AEPA (Carrión García, 2012), interviene a nivel terciario a través de la adaptación y flexibilidad de la organización del tiempo de trabajo para reducir el impacto psicofísico y social del retorno al trabajo, y se denomina «Protocolo de adaptación gradual y progresiva al puesto de trabajo después de un periodo de baja de muy alta duración».

Los resultados del programa son exitosos, ya que ha facilitado en gran medida a todos los participantes su retorno al trabajo, en un clima adecuado de confianza, motivación y seguridad en las relaciones interpersonales. Cabe destacar, en relación con el periodo de adaptación, que una de las personas participantes eligió acortar su periodo de adaptación, al poco tiempo replanteó esa elección y solicitó nuevamente las 12 semanas.

Una cuestión importante para la generalización e implantación de este tipo de protocolo, y que se viene manifestando en diferentes foros (López Barón, 2015, 2016), es que esta experiencia que se está llevando a cabo en una Administración pública pudiera aplicarse a todas las empresas del sector privado y, especialmente, a las pequeñas y medianas empresas, microempresas, y llegara, incluso, a los trabajadores autónomos. Ello supone un planteamiento que debe tratarse como una cuestión de salud pública, donde se construyeran fórmulas para potenciar esta protección a las personas trabajadoras y a las empresas/organizaciones, ya sea a través de subvenciones, bonificaciones de los seguros sociales, dispositivos de apoyo psicosocial, leyes y normativas, que permitieran integrar esta cuestión tanto en la gestión de las empresas como en la coordinación sistemática con el sistema sanitario y laboral del país. No deben olvidarse organismos y entidades que, de manera directa o indirecta, empiezan a trabajar en programas de apoyo para empresarios, trabajadores y autónomos, por ejemplo, cuando hay un caso de cáncer, y que también se extiende a la reinserción laboral en el caso de personas desempleadas.

La vitalidad de este programa de adaptación puede observarse en su total integración y mejora continua, siendo sus actuaciones rápidas y flexibles a cada caso, evidenciándose este avance

en las sucesivas versiones del protocolo, que han ido acumulando la experiencia y la diversidad de la casuística tratada. Esta experiencia debe ser considerada como ejemplo de buenas prácticas y tomada, inicialmente, como guía para otras empresas u organizaciones.

Referencias bibliográficas

- Albreht, T., Kiasuwa, R. y Van den Bulcke, M. (2017). *European guide on quality improvement in comprehensive cancer control*. Brussels, Ljubljana: National Institute of Public Health.
- Bower, J. (2005). Prevalence and causes of fatigue after cancer treatment: the next generation of research. *Journal of Clinical Oncology*, 23(33), 8280-8282.
- Carrión García, M. A. (2012). *Actualización del modelo AEPA de empresa saludable y sostenible. Primer Congreso Internacional y Cuarto Foro de las Américas sobre factores psicosociales en el trabajo, estrés y salud*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- European Agency for Safety and Health at Work. (2017). *Rehabilitation and return to work after cancer*. Luxemburg.
- FECEC. (2017). Què fer quan apareix el càncer a la feina. Recuperado de <<http://www.juntscontraelcancer.cat/news/fecec-pimec-posen-marxa-programa-que-apareix-cancer-feina-valles-oriental/>>.
- Gálvez Herrero, M. y Solé Gómez, M.ª D. (2015). *Salud mental: etapas para su promoción en la empresa*. NTP 1.045. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Ganz, P. A., Casillas, J. y Hahn, E. E. (2008). Ensuring quality care for cancer survivors: implementing the survivorship care plan. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3), 208-217.
- Guillén Subirán, C. (2017). De vuelta al trabajo: rehabilitación y reincorporación. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 144(57), 1-6.
- Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) (2012). *Informe sobre las necesidades de los supervivientes de cáncer*.
- Institute for Work & Health (2014). *Seven «principles» for successful return to work*. Toronto. Canada.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (s. f.). Vuelta al trabajo. Portal de la promoción de la salud en el trabajo. Recuperado de <<http://www.insht.es/portal/site/PromocionSalud/menuitem.084224e92eb1cbede435b197280311a0/?vgnnextoid=c271c1228b755310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=71bdc4b793cc4310VgnVCM1000008130110aRCRD>>.
- López Barón, F. (2015). Disseny i implantació d'un Protocol d'adaptació gradual i progressiva al lloc de treball després d'un període de baixa de molt alta durada (Ajuntament de Mollet del Vallès). Trobada presencial Espai Prevenció. Gestió de la prevenció: casos d'èxit en l'àmbit local. Barcelona (25 de novembre). Diputació de Barcelona. Recuperado de <http://riscoslaborals.diba.cat/sites/riscoslaborals.diba.cat/files/paco_lopez.mp4>.

- López Barón, F. (2016). Cultura preventiva en una Administració municipal espanyola. Jornada: Salut laboral. Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. Barcelona (17 de maig). Recuperado de <<http://canaltv.copc.cat/home/salut-laboral-part-1.html>> (a partir 86:18).
- Miller, K., Merry, B. B. y Miller, J. (2008). Seasons of survivorship revisited. *Cancer Journal*, 14(6), 369-374.
- Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas (2015). Resolución de 25 de noviembre, de la Secretaría de Estado de Administraciones Públicas, por la que se modifica la de 28 de diciembre de 2012, por la que se dictan instrucciones sobre jornada y horarios de trabajo del personal al servicio de la Administración General del Estado y de sus organismos públicos. BOE núm. 295, de 10 de diciembre, 116500-116501. Recuperado de <<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-13386>>.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2016). Resolución de 16 de abril de 2015, de la Dirección General de Empleo, por la que se registra y publica el convenio colectivo del Grupo Asegurador Reale. BOE núm. 102, de 29 de abril, 37495-37515. Recuperado de <<https://www.boe.es/boe/dias/2013/05/10/pdfs/BOE-A-2013-4878.pdf>>.
- Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo –ENWHP– y Solé Gómez, M.^a D. (2003). *La promoción de la salud en el trabajo: cuestionario para la evaluación de la calidad*. NTP 639. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) (2016). *Las cifras del cáncer en España*.
- Zebrak, B., Ganz, P., Bernaards, C., Petersen, L. y Abraham, L. (2006). Assessing the impact of cáncer: development of a new instrument for long-term survivors. *Psycho-oncology*, 15, 407-421.