

# VNiVERSiDAD D SALAMANCA

DPTO. D MEDICINA

---

## TESiS DOCTORAL

“EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCAPACIDAD  
TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN  
POR NEOPLASIAS EN ESPAÑA”

RAQUEL DíEZ GARCÍA

Salamanca, 2014





VNiVERSIDAD DE SALAMANCA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

---



**TESIS DOCTORAL**

---

“EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL  
POR CONTINGENCIA COMÚN POR NEOPLASIAS  
EN ESPAÑA”

RAQUEL DÍEZ GARCÍA

SALAMANCA, 2014

**Directores:** Ana M<sup>a</sup> Martín Nogueras

Feliciano Sánchez Domínguez



PROF. DRA. DÑA. ANA MARÍA MARTÍN NOGUERAS. PROFESORA DE FISIOTERAPIA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

PROF. DR. D. FELICIANO SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ. PROFESOR ASOCIADO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

CERTIFICAN

Que el presente trabajo titulado “Epidemiología de la Incapacidad Temporal por Contingencia Común por neoplasias en España”, realizado por Dña. Raquel Díez García bajo su dirección en el Departamento de Medicina, reúne, a su juicio, todos los requisitos exigidos para ser presentado ante el tribunal correspondiente y optar al grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, y a los efectos oportunos, firman la presente en Salamanca a 18 de Julio de 2014.

DÑA. ANA Mª MARTÍN NOGUERAS

D. FELICIANO SÁNCHEZ DOMÍNGUEZ



*“LA POSIBILIDAD DE REALIZAR UN SUEÑO  
HACE QUE LA VIDA SEA INTERESANTE”*

*(Paulo Coelho)*



## AGRADECIMIENTOS

Quiero aprovechar la posibilidad que me brinda el finalizar esta tesis doctoral para dar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado en este proyecto.

A Dña. Ana María Martín Nogueras, directora de esta tesis, profesora en mi Diplomatura de Fisioterapia y sobre todo gran amiga, porque sin su dedicación horaria, sus conocimientos compartidos, su esfuerzo y apoyo, no hubiera sido posible la realización de la misma.

A D. Feliciano Domínguez Sánchez, director de esta tesis, profesor en mi Máster Tratamiento de Soporte y Cuidados Paliativos en el Enfermo Oncológico por su interés y conocimientos teóricos en el tema aportados.

A la Mutua de Accidentes de Trabajo Midat Cyclops Mutual (MC MUTUAL), por brindarme la oportunidad de trabajar en un lugar donde me siento realizada y poner a mi disposición los datos necesarios para el desarrollo del estudio.

A Dña. Maite Sampere Valero y al resto de equipo del Comité Científico Sanitario de MC MUTUAL, por ayudarme en la extracción de dichos datos y animarme desde la distancia.

A la Universidad de Salamanca, a la Escuela de Enfermería y Fisioterapia, al Departamento de Física, Ingeniería y Radiología Médica, al Área de Fisioterapia y Departamento de Medicina, por poner toda su infraestructura a mi disposición.

A mis compañeros de trabajo, D. Enrique Bartolomé Rodríguez, Dña. Natalia Martín Gil, Dña. Elena García Mateos, Dña. Natalia Gabriel Diego, Dña. Esperanza Corrales Arganda, Emilio Moreno Domínguez, Dña. Rocío Martín Cubas, Dña.

Carmen Sánchez Martín, Dña. Ana Rosa Pérez Pérez, Dña. Vanesa Parras Sánchez, Javier García Sánchez, Dña. M<sup>a</sup> Ángeles García Carballo, Dña. M<sup>a</sup> José García Mata y D. Jesús M<sup>a</sup> Sánchez García por el trabajo diario compartido y los ánimos o ayuda que en algún momento haya podido necesitar.

A mis compañeros de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia, D. José Ignacio Calvo Arenillas, D. Fausto José Barbero Iglesias, D. Jesús Orejuela Rodríguez, D. Ignacio Rubio López, Dña. Carmen Sánchez Sánchez, D. Roberto Méndez Sánchez, D. Carlos Moreno Pascual, D. José Luis Sánchez Sánchez, Dña. Silvia Puente González, D. José Julio Lorenzo González, Dña. Ana Belén Calvo Vera, D. Francisco Albuquerque Sendín y Dña. Mercedes Bozal Antolin por la oportunidad de compartir trabajo y conocimientos conmigo.

A todos mis profesores de la Diplomatura en Fisioterapia, del Máster en Cuidados Paliativos y del Doctorado en Oncología Clínica de los que he aprendido mucho tanto profesional como personalmente.

A mi familia, lo más importante en mi vida. En especial a mis padres y hermana por su apoyo, cariño y comprensión en todo momento, lo que hace que cada día me sienta muy orgullosa de ellos.

A Antonio Díez Villoria, a quien deseo hacer un agradecimiento especial, por cruzarse en mi “paso de peatones”, por ser desde entonces mi motor TDCI cada día, por llenar de luz y alegría mi vida, por hacerme sentir tan especial y a gusto en todo momento... en definitiva por ser “tan genial” como es. RT mucho NMC!

A Dña. Berta Díaz Gómez, Dña. Beatriz Onecha Celestino, D. Noé González García, D. Javier Mateos García, Dña. Ana Isabel Rodríguez Méndez, Dña. Raquel Rodríguez Rodríguez, D. Javier López Cordobés, D. José Mariano de la Iglesia Vivas, Dña. Verónica Martín Rodríguez, D. Jorge González Sánchez, D. Marco

Juan Hernández...por disfrutar con ellos tan buenos momentos y hacer mis días únicos.

A mis compañeras/os de carrera y colegas de profesión, Dña. Cristina Fernández Calle, Dña. Almudena Díaz Castañedo, D. Federico Montero Cuadrado, Dña. Jaione Estévez Carpio,..y a todos los que no puedo nombrar por espacio físico, gracias por haberme acompañado en ese trayecto de formación tan especial y seguir formando parte de mi vida como grandes amigos.

A todos mis amigos del pueblo, del gimnasio y en general, los cuales hacen que me sienta privilegiada por tenerles a mi lado y porque todos y cada uno de ellos aportan para que cada día intente ser mejor persona.

A mis pacientes, por conseguir sacarme una sonrisa diaria durante mi jornada laboral.

A mis alumnos, que siempre han logrado emocionarme y motivarme para seguir aprendiendo.

En definitiva a todas aquellas personas cuyas "huellas dactilares" nunca se borrarán de mi vida.

MUCHAS GRACIAS A TODOS





# ÍNDICE

---



<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>5</b>
1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER.....	5
1.1 INCIDENCIA EN ESPAÑA.....	5
1.2 MORTALIDAD EN ESPAÑA POR CÁNCER.....	8
1.3 EPIDEMIOLOGÍA EN EUROPA.....	16
1.4 EPIDEMIOLOGÍA A NIVEL MUNDIAL .....	20
1.5 SUPERVIVENCIA.....	22
2. LA INCAPACIDAD TEMPORAL.....	23
2.1 DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL.....	25
2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL .....	32
2.3 REQUISITOS PARA TENER ACCESO A LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL.....	33
2.4 EXTINCIÓN O PÉRDIDA DE LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL .....	34
2.5 MOTIVOS DE ALTA MÉDICA .....	34
2.6 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y ASPECTOS ECONÓMICOS.....	35
2.7 INCAPACIDAD O INVALIDEZ PERMANENTE .....	36
3. CÁNCER Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO .....	42
3.1 DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL .....	46
3.2 DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER .....	48
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>55</b>
<b>METODOLOGÍA Y DISEÑO EXPERIMENTAL.....</b>	<b>59</b>
1. TIPO DE ESTUDIO .....	59
2. SUJETOS .....	59
2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:.....	59
3. EXTRACCIÓN Y MANEJO DE LOS DATOS:.....	60
4. ANÁLISIS DE LOS DATOS:.....	65
4.1 CÁLCULO DE LA INCIDENCIA MEDIA ANUAL .....	65
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>69</b>
POBLACIÓN ORIGEN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS .....	69
CASOS DIAGNÓSTICADOS .....	70

TIPOS DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO.....	74
INCAPACIDAD TEMPORAL .....	77
MOTIVO FINAL DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.....	82
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>109</b>
1. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL TRABAJO.....	109
1.1 DEPURACIÓN DE DATOS .....	110
2. DISCUSIÓN.....	111
2.1 INCIDENCIA .....	111
2.2 TIPO DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO .....	115
2.3 REINCORPORACIÓN AL TRABAJO .....	119
2.4 DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL .....	125
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>133</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>137</b>



# INTRODVCCIÓN

---



---

## INTRODUCCIÓN

---

En la actualidad la incidencia de cáncer aumenta de forma alarmante en todo el mundo, muchos de los cuales se diagnostican en edad laboral, lo que implica que, los aspectos entre vida laboral y bajas por enfermedad oncológica tengan cada vez más relevancia, debido al gran impacto en la salud y calidad de vida de estos enfermos.

Hoy en día la incapacidad temporal (IT) es un gran problema de salud pública con importantes repercusiones socioeconómicas. El gasto total de la IT por Contingencia Común (ITCC) ha experimentado un crecimiento continuo, sólo en España supone en este momento 8.000 millones de euros anuales, y reducir este coste se ha convertido en un objetivo prioritario de empresas y administración pública. La prestación económica de la IT es de alrededor un 6% de todo el presupuesto de la Seguridad Social (S.S) y el 88% de dicho apartado corresponde a Contingencias Comunes (CC), es decir, enfermedad común y accidente no laboral.

Es necesario realizar investigaciones encaminadas al estudio de datos para proporcionar resultados que permitan mejorar los sistemas de información, lo que a su vez ayude a tomar las medidas de actuación oportunas, elementos fundamentales para mejorar la gestión de la ITCC y la eficacia en las intervenciones con pacientes afectados de enfermedad oncológica. Y sin embargo, a pesar de la importancia del cáncer, por sus elevadas cifras de incidencia en personas que se encuentran en edad de trabajar y su repercusión en la vida laboral, en la posible continuidad o reincorporación al trabajo, existen

pocos estudios al respecto. Es clara la falta de información sobre incidencias de cáncer en el ámbito laboral en España y sobre la existencia o eficacia de intervenciones específicas para pacientes con cáncer orientadas a proporcionar una reincorporación óptima al trabajo.

En la actualidad en España, no existen estudios descriptivos, a nivel nacional, que analicen la incidencia y prevalencia de los procesos de ITCC originados por neoplasias y que sigan su proceso hasta el motivo final del proceso de IT. Por este motivo, surge la necesidad de realizar un estudio epidemiológico sobre la ITCC secundarias a procesos neoplásicos.

Con nuestro estudio se pretende mejorar los recursos de información, para poder, posteriormente, llevar a cabo intervenciones multidisciplinares y mejorar tanto la atención de pacientes con cáncer como poder facilitar su regreso al trabajo, aumentando la calidad de vida de los mismos, ya que el trabajo, a menudo, se relaciona con tener un propósito en la vida, con el sentido de contribuir, con una mera distracción, una forma de aumentar la autoestima o incluso con proporcionar los ingresos económicos necesarios para poder vivir. En concreto, algunos autores, han demostrado que poder reincorporarse al trabajo es de gran importancia e influye positivamente en la recuperación de enfermos de cáncer y en el mantenimiento de una normalidad en su situación de vida.



# MARCO TEÓRICO

---



---

## MARCO TEÓRICO

---

### 1. EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER

#### 1.1 INCIDENCIA EN ESPAÑA

Hoy en día, realizar estudios estadísticos precisos para determinar la incidencia del cáncer es esencial, tanto para fines de investigación (causas, prevención, tratamiento del cáncer) [1] como para la planificación y evaluación de los programas de control del cáncer [2]. Sin embargo, esta tarea no es nada sencilla, ya que para establecer datos de incidencia es necesario disponer de una buena base de datos de pacientes procedentes de un registro hospitalario (que no resulta representativo para la población general) o de un registro poblacional (que, coordinado o no con el registro hospitalario, se nutre, de forma general, de los certificados de defunción).

En el caso concreto de España, los estudios más actuales obtienen los datos y las tasas de incidencia desde los registros poblacionales de cáncer existentes en España que han sido incluidos en los volúmenes VI, VII, VIII, IX y X de la publicación de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) “Cancer Incidence in Five Continents” (CIFIC) [3, 4]. Pero la IARC, que lleva desde 1980 [5] colaborando con los registros de cáncer de Europa en la Red Europea de Registros del Cáncer (ENCR) [6], únicamente tiene homologados en nuestro país los siguientes registros poblacionales: Albacete (1990-2001), Principado de Asturias (1978-2000), Islas Canarias (1993-2001), Cuenca (1993-2002), Girona (1994-2002), Granada (1985-2002), Mallorca (2003-2007), Murcia (1981-2001), Navarra (1970-2002), Tarragona 1979-2001), País Vasco (1986-2001) y Zaragoza (1960-2001).

Los datos más recientes son los proporcionados por la CIE – X (Cancer Incidence en Five Continents volumen X) que estima que en España se diagnostican en el 2011 alrededor de unos 249.449 casos nuevos de cáncer al año (sin contar el cáncer de piel no-melanoma) [3] de entre los cuales 34.910 corresponden a carcinomas colorrectales, siendo el tumor más frecuente de todos en términos absolutos (13.961 en mujeres y 20.949 en varones) [2, 3, 7-9]. El siguiente tumor en frecuencia es el cáncer de próstata con 31.412 casos, ocupando el primer lugar en frecuencia dentro de los varones, por encima del cáncer colorrectal. A continuación le sigue el cáncer de pulmón con 27.437 nuevos (23.489 en varones y 3.948 en mujeres), seguido del cáncer de mama en mujeres con 26.616 casos, aunque es el primer tumor en número de casos en mujeres y siendo la probabilidad de desarrollar un cáncer antes de los 75 años del 24,1 % [3, 10]. En lo que respecta a localizaciones tumorales, para todos los tipos de tumores, de forma general, la incidencia fue mayor en hombres que en mujeres, excepto en el caso del cáncer de tiroides. En hombres, el tumor que presenta mayor número de casos es el cáncer de próstata, seguido del cáncer de pulmón y en tercer lugar el cáncer colorrectal [3]. En el caso de las mujeres es el cáncer de mama el tumor más frecuente [11] constituyendo aproximadamente el 25 % del total de los mismos, seguido del cáncer de colon y de cuerpo de útero.

Si se compara la incidencia del conjunto de tumores malignos de España con respecto a otros países de la Unión Europea, España ocupa una posición intermedia [12]. Ahora bien, cuando se confronta la incidencia de cáncer por sexos en España con la de otros países de nuestro entorno, en hombres España presenta unas tasas ajustadas inferiores a las del promedio de la UE [13].

Del mismo modo, algunas localizaciones tumorales específicas como laringe y vejiga en hombres ocupan desde hace pocos años tasas muy superiores en comparación con las del resto de países [8]. Sin embargo en mujeres, España evidencia las tasas de incidencia más bajas junto con Grecia.

Es importante constatar el incremento que está sufriendo la incidencia de cáncer en España y el contraste que supone frente a la evolución de la mortalidad [8, 9].

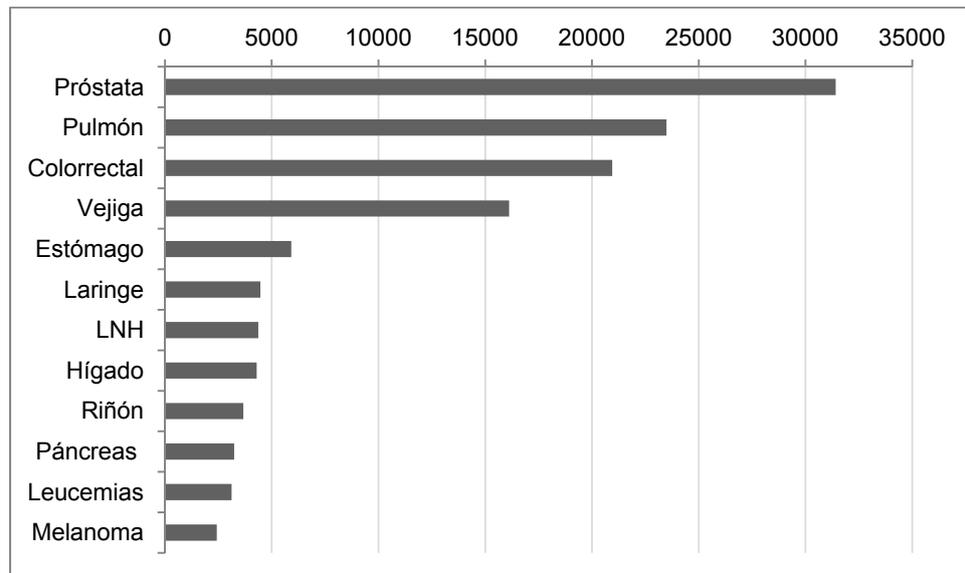


Gráfico 1. Incidencia anual del Cáncer en hombres en España en 2011 (Relación de las localizaciones más frecuentes) Elaboración propia fuente de datos CIE - X [3]

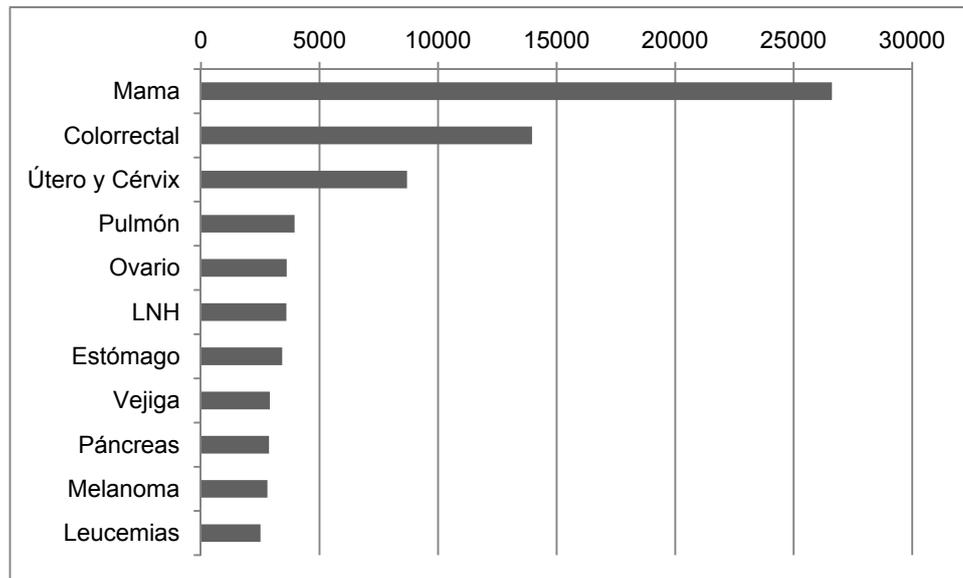


Gráfico 2. Incidencia anual del Cáncer en mujeres en España en 2011 (Relación de las localizaciones más frecuentes) Elaboración propia fuente de datos CIE - X [3]

## 1.2 MORTALIDAD EN ESPAÑA POR CÁNCER

Los datos de mortalidad por cáncer son extraídos de los certificados de defunción que, tanto en España como en Europa, se ha comprobado que resultan muy fiables para esta enfermedad [14], en concreto para España subestimarían la mortalidad real por cáncer solamente en un 5% [15].

Los tumores malignos han sido la segunda causa de muerte en España en las últimas décadas, solamente superados por las enfermedades del aparato circulatorio [7] y aunque la mortalidad por cáncer había aumentado de forma progresiva desde los años 50, es a partir del año 2000 cuando se observa una disminución del número de muertes debidas a dicha patología.

En términos absolutos, el cáncer es la primera causa de muerte en España con 109.152 defunciones en el año 2011, 66.884 en hombres y 42.268 en mujeres (Tabla 1), lo que supuso el 28% de todas las defunciones (esto implica que el cáncer, cada año, produce el fallecimiento de 3,4 de cada mil hombres y 2,3 de cada mil mujeres.) [8, 16, 17]

Esta cifra representa un aumento de 17.529 defunciones sobre el número del año 2000 (57.382 casos en hombres y 34.241 en mujeres). [12, 16].

Causas ambos sexos	Defunciones	Edad media	Tasa	Tasae	(%)
I. Infecciosas y parasitarias	6353	73,35	13,77	8,62	1,80
II. Tumores	109152	73,3	236,64	156,61	32,76
III. Sangre, inmunidad	1515	79,84	3,28	1,79	0,37
IV. Endocrinas, nutrición, metabólicas	12752	81,25	27,65	14,52	3,04
V. Trastornos mentales y comportamiento	15283	86,87	33,13	15,02	3,14
VI,VII,VIII. Sistema nervioso, ojo y oído	20214	81,15	43,82	22,5	4,71
IX. Sistema circulatorio	117532	82,33	254,81	131,16	27,43
X. Sistema respiratorio	42107	82,89	91,29	45,81	9,58
XI. Sistema digestivo	19470	77,14	42,21	25,09	5,25
XII. Piel y tejido subcutáneo	1167	84,56	2,53	1,22	0,26
XIII. Sistema osteomusc. y tej. conjuntivo	3380	84,1	7,33	3,56	0,74
XIV. Sistema genitourinario	10992	84,57	23,83	11,34	2,37
XV. Embarazo, parto, puerperio	14	35,15	0,03	0,03	0,01
XVI. Afecciones origin. periodo perinatal	820	0,47	1,78	2,68	0,56
XVII. Malform. congénitas, anom. cromosom.	908	24,98	1,97	2,4	0,50
XVIII. Mal definidas	10469	75,94	22,7	13,91	2,91
XX. Causas externas	13889	64,22	30,11	21,86	4,57
<b>Todas las causas</b>	<b>386017</b>	<b>78,45</b>	<b>836,89</b>	<b>478,11</b>	<b>100,0</b>

Tabla 1. Número de defunciones registradas para las causas de muerte más frecuentes para el conjunto de España, 2011 [16]. Tasa cruda y estandarizada por edad por población europea (Tasae) por 100000h.

Ya en el año 2000 el cáncer se convertía en la primera causa de muerte en hombres para el conjunto de España y para las Comunidades Autónomas de Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-León, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja. En mujeres, aunque el cáncer todavía ocupa un segundo lugar tras las enfermedades cardiovasculares, presenta una tasa truncada ajustada (para los grupos de edad de 35-64 años) tres veces mayor que dichas enfermedades cardiovasculares, y es culpable del mayor número de años potenciales de vida perdidos en mujeres [18] (Tabla 2)

<b>Causas defunción</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
I. Infecciosas y parasitarias	3252	3101
II. Tumores	66884	42268
III. Sangre, inmunidad	625	890
IV. Endocrinas, nutrición, metabólicas	5228	7524
V. Trastornos mentales y comportamiento	5229	10054
VI,VII, VIII. Sistema nervioso, ojo y oído	7806	12408
IX. Sistema circulatorio	53256	64276
X. Sistema respiratorio	24414	17693
XI. Sistema digestivo	10296	9174
XII. Piel y tejido subcutáneo	391	776
XIII. Sistema osteomusc. y tej. conjuntivo	1044	2336
XIV. Sistema genitourinario	5026	5966
XV. Embarazo, parto, puerperio	0	14
XVI. Afecciones origin. periodo perinatal	455	365
XVII. Malform. congénitas, anom. cromosom.	474	434
XVIII. Mal definidas	5246	5223
XX. Causas externas	8902	4987
<b>Todos las causas</b>	<b>198528</b>	<b>187489</b>

Tabla 2. Número de defunciones registradas para las de muerte más frecuentes por sexo. España, 2011 [16]

#### - Mortalidad por Provincias y Comunidad Autónoma

Si se estudia la mortalidad por cáncer en España durante el periodo comprendido entre 1996 y 2000, y en concreto su distribución por provincias y

Comunidades Autónomas se observa que: Cádiz es la provincia que presenta una mayor incidencia de tumores, en varones, seguida de Sevilla, Vizcaya, Asturias y Pontevedra. Por otro lado, la incidencia en las mujeres es mucho más homogénea, destacando Guadalajara, Soria, Cuenca, Ávila, Jaén y Córdoba por su baja incidencia [8, 12].

En el año 2006, sin embargo, destaca la alta mortalidad por cáncer en hombres en la provincia de Asturias, seguida de la tasa de mortalidad correspondiente al País Vasco y Cantabria. Por el contrario, la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha fue la que menor mortalidad registró [7]. En mujeres correspondió a Canarias la mayor tasa ajustada de mortalidad global por cáncer. Siendo, al igual que en los hombres, en Castilla-La Mancha donde se encontró menor mortalidad.

En los últimos datos proporcionados por el Instituto de Epidemiología Carlos III se observa que en el año 2011 la mayor tasa de mortalidad, tanto en varones como en mujeres, aparece en Asturias, seguida de Castilla y León [16].

#### - Mortalidad por localización tumoral

En el año 2011 los tumores más importantes, según su localización y en términos de mortalidad absoluta, fueron para los hombres el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal y el cáncer de próstata, con 17.485, 8.979 y 6.024 muertes respectivamente, y para las mujeres el cáncer colorrectal, el cáncer de mama y cáncer de pulmón, con 6.383, 6.293 y 3.577 muertes [16] (Gráfico 3 y 4).

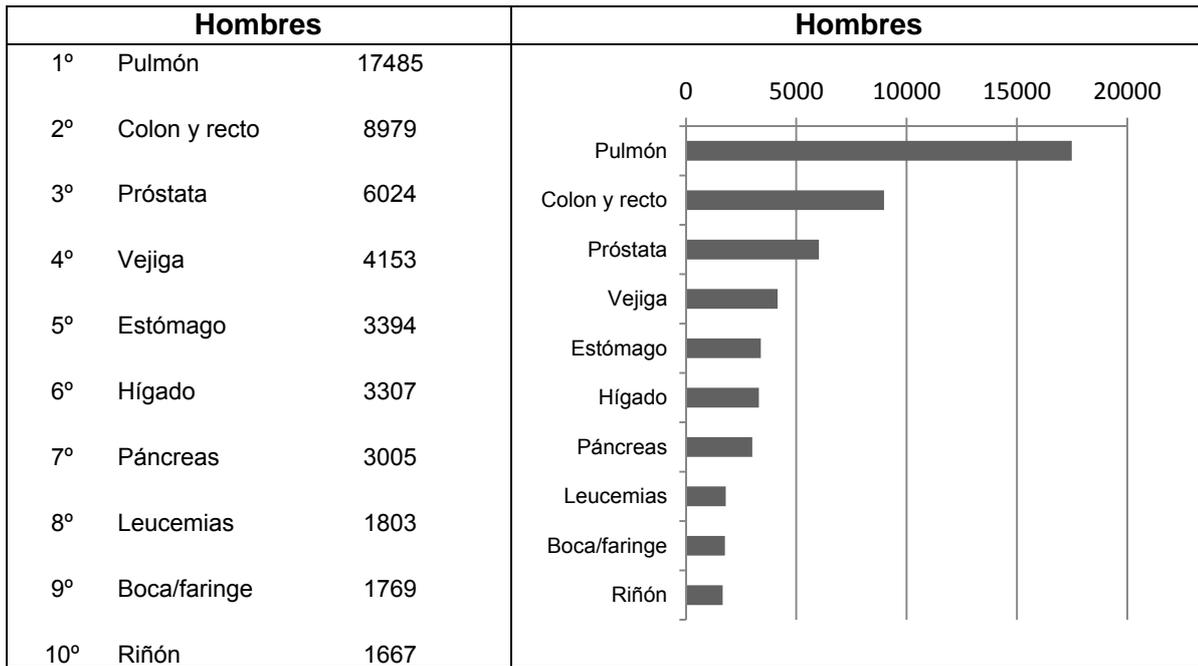


Gráfico 3. Número de defunciones registradas para los 10 tumores malignos más frecuentes y representación gráfica en hombres, para el conjunto de España. 2011. Elaboración propia fuente de datos Instituto Salud Carlos III [16]

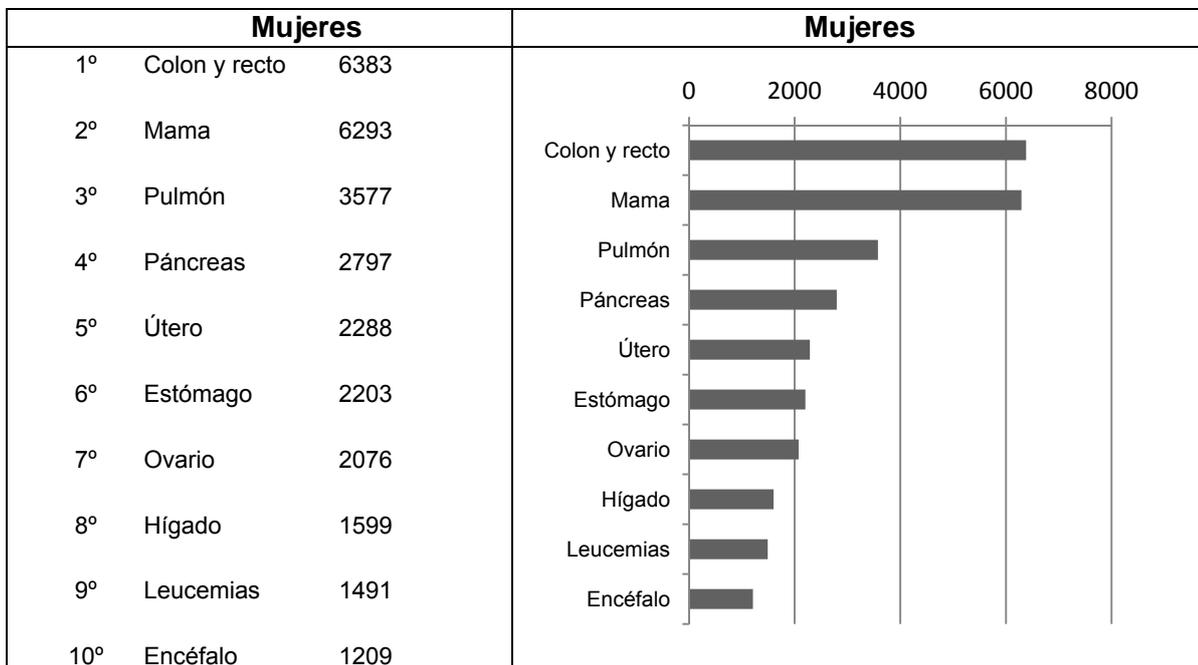


Gráfico 4. Número de defunciones registradas para los 10 tumores malignos más frecuentes y representación gráfica en mujeres, para el conjunto de España. 2011. Elaboración propia fuente de datos Instituto de Salud Carlos III. [16]

- Evolución de la mortalidad por cáncer

Si se observa la evolución de la mortalidad a lo largo del tiempo, se puede comprobar que durante la década 2003 - 2011 se han producido algunos cambios en la evolución, concretamente la mortalidad por cáncer colorrectal había experimentado un crecimiento, tanto en mujeres como en hombres, durante dicho período. [16] (Gráfico 5 y 6).

Para ambos sexos en el año 2003 la mortalidad por tumores representaba un 26,04% y al final del período, en el año 2011, este porcentaje se sitúa en el 28,3% [16]. En hombres, de forma general para el total de tumores, se había producido un aumento anual durante este período propiciado por el aumento de mortalidad por cáncer colorrectal, en este mismo período se puede observar un descenso de la mortalidad por cáncer de pulmón, próstata, vejiga y estómago (cuatro de los cinco tipos de tumores potencialmente más mortales). [16] En mujeres, la mortalidad total por cáncer también aumentó ligeramente durante el periodo 2003 - 2011. Únicamente se observa un descenso de la mortalidad debida a los tumores de mama, sin embargo se observa un aumento en la mortalidad por tumores colorrectales, páncreas, pulmón y útero, siendo el colorrectal el que produce el mayor número de muertes por cáncer en las mujeres [16] (Gráfico 6).

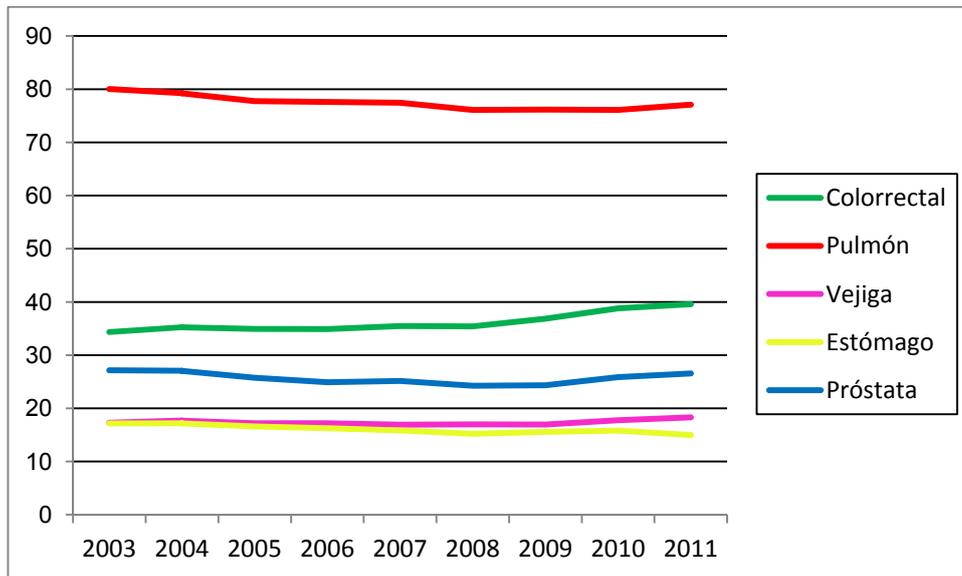


Gráfico 5. Evolución de la mortalidad período 2003 -2011 para las 5 localizaciones con mayor mortalidad en hombres. Elaboración propia fuente de datos Instituto de Salud Carlos III. [16]

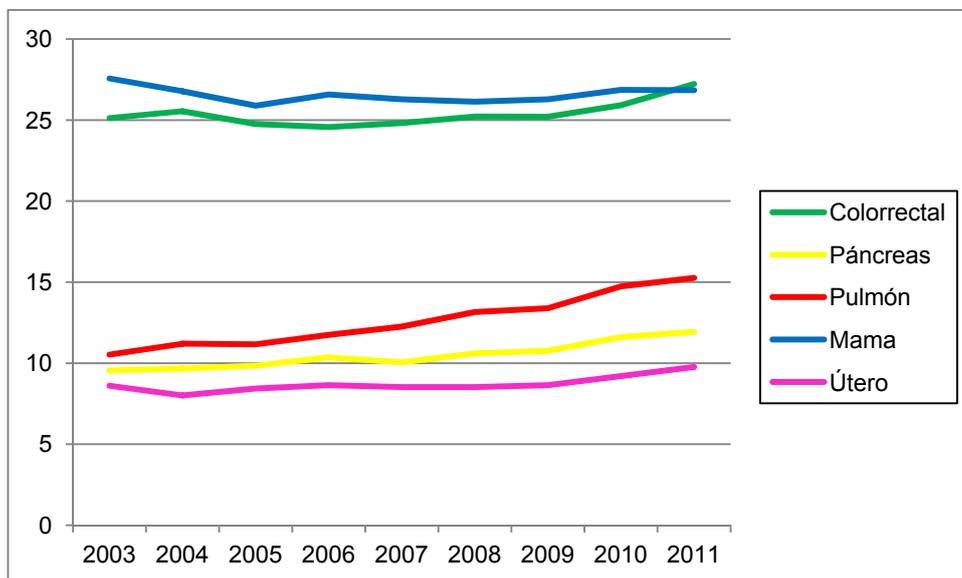


Gráfico 6. Evolución de la mortalidad período 2003-2011 para las 5 localizaciones con mayor mortalidad en mujeres. Elaboración propia fuente de datos Instituto de Salud Carlos III. [16]

- Mortalidad y edad

En el 2011, el cáncer es la causa más frecuente de muerte en varones entre los 35 y 84 años, y en mujeres pertenecientes a los grupos de edad comprendidos entre los 25 y los 50 años.

Considerando la mortalidad por localización tumoral y sexo, observamos que el cáncer de pulmón es la principal causa de mortalidad para hombres incluidos en los grupos de edad entre los 40 y 84 años, a partir de los 85 es el cáncer de próstata el responsable del mayor número de defunciones. Para los varones comprendidos entre los 15 y los 24 años son los tumores hematológicos los que producen el mayor número de muertes, y los tumores de encéfalo son responsables de la mayor tasa de mortalidad entre los hombres pertenecientes al grupo de edad de entre 25 y 34 años.

En las mujeres, es el cáncer de mama el responsable del mayor número de muertes para el grupo de edad comprendido entre los 25 y los 74 años. Los tumores de encéfalo son la principal causa de muerte en mujeres de entre 15 y 24 años y el cáncer colorrectal es el principal responsable de la mortalidad en mujeres mayores de 74 años.[16]

### 1.3 EPIDEMIOLOGÍA EN EUROPA

Los últimos datos publicados (utilizando los datos más recientes de la IARC, las estadísticas de los registros nacionales de cáncer y la base de datos de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS)) [2, 10, 19, 20] estiman que en el año 2008 aparecieron en Europa (considerando 39 países europeos [21] y Chipre) 3,2 millones de casos nuevos de cáncer (sin contar cáncer de piel no melanoma), de los cuales el 53% (1,7 millones) aparecen en hombres y el 47% (1,5 millones) en las mujeres. En lo que respecta a las localizaciones se estima que los más frecuentes son el cáncer colorrectal (436.000 casos, 13,6% de todos los casos de cáncer), seguido del cáncer de mama (421.000, 13,1%), cáncer de pulmón (391.000, 12,2%) y cáncer de próstata (382.000, 11,9%).

En hombres, los cánceres más frecuentes en Europa para el año 2008 son el cáncer de próstata (382.000, el 22,2% del total), seguido por el cáncer de pulmón (291.000, 17,0%), colorrectal (231.000, 13,5%), vejiga (110.000, 6,4%) y estómago (89.000, 5,2%). Y en mujeres el cáncer de mama fue el más frecuente (420.800, 28,2%), seguido del colorrectal (204.200, 13,7%), cánceres ginecológicos (121.500, 10%) y por último cáncer de pulmón (99.600, 6,7%).

En lo que se refiere a la mortalidad, estos mismos datos [2, 10, 19, 20], estiman que en Europa en el año 2008 fallecieron 1,72 millones de personas por cáncer (56% (0,96 millones) en los hombres y el 44% (0,76 millones) en mujeres).

En el año 2008, el cáncer de pulmón, con una estimación de 342.000 muertes (19,9% del total), fue la causa más común de muerte por cáncer en Europa seguida por cáncer colorrectal (212 000 defunciones, 12,3%), el cáncer de mama (129.000, 7,5%) y el cáncer de estómago (117.000, 6,8%).

El cáncer de mama es la principal causa de muerte en las mujeres (129.000, 17%) siendo en los hombres el cáncer de pulmón (255.000 muertes, el 26,6% del total) la causa más común de muerte (Gráfico 7).

De acuerdo con los últimos datos publicados, [2, 10], para los 27 países que constituyen la Unión Europea en el año 2008, estiman una incidencia de 2,4 millones de nuevos casos de cáncer (75,8% del total de europeo) y unas cifras de mortalidad de 1,2 millones (71,6% del total europeo). Cifras inferiores a las aportadas por una estimación de la incidencia y mortalidad del cáncer en Europa, con datos pertenecientes a los 25 estados miembros de la Unión Europea publicada en el *Annals of Oncology* de Marzo de 2005 por Boyle [22] de la Unidad de Epidemiología de la Agencia Internacional sobre el Cáncer (IARC), que estiman, para el año 2004, 2.886.800 casos nuevos de cáncer en Europa y 1.711.000 personas por dicha patología.

Haciendo referencia a la supervivencia, más del 55% de los enfermos afectados por cáncer en la Unión Europea, menores de 55 años y diagnosticados entre 1990 y 1994, presentaban una supervivencia mayor de 5 años desde el momento del diagnóstico.

Para el conjunto de la población europea, y de acuerdo con los resultados del estudio EURO CARE 4 (que incluye 83 registros de cáncer de adultos y 10 infantiles en 23 países Europeos) [23, 24], la supervivencia relativa a los 5 años es superior al 80% para los cánceres de testículo, tiroides, enfermedad de Hodgkin, melanoma y mama en mujeres [23]. En otros tipos de cáncer la supervivencia es del 20-60%, incluido cánceres bastante frecuentes como los tumores de vejiga (65,8%), colorrectales (53,5%), ovario (34,2%) y estómago (24,1%). Y destacando por su mala supervivencia (inferior al 20% a los 5 años) se encuentra la leucemia

mieloide aguda y los cánceres de pulmón, esófago, hígado, pleura y páncreas. Siendo valores muy similares a los que aparecen en España.

Para la mayoría de los tipos de cáncer analizados hasta el momento, la supervivencia relativa va aumentando con respecto a períodos anteriores, en Reino Unido, por ejemplo, se prevé que el número de supervivientes de cáncer crezca aproximadamente en un 3% por año [25].

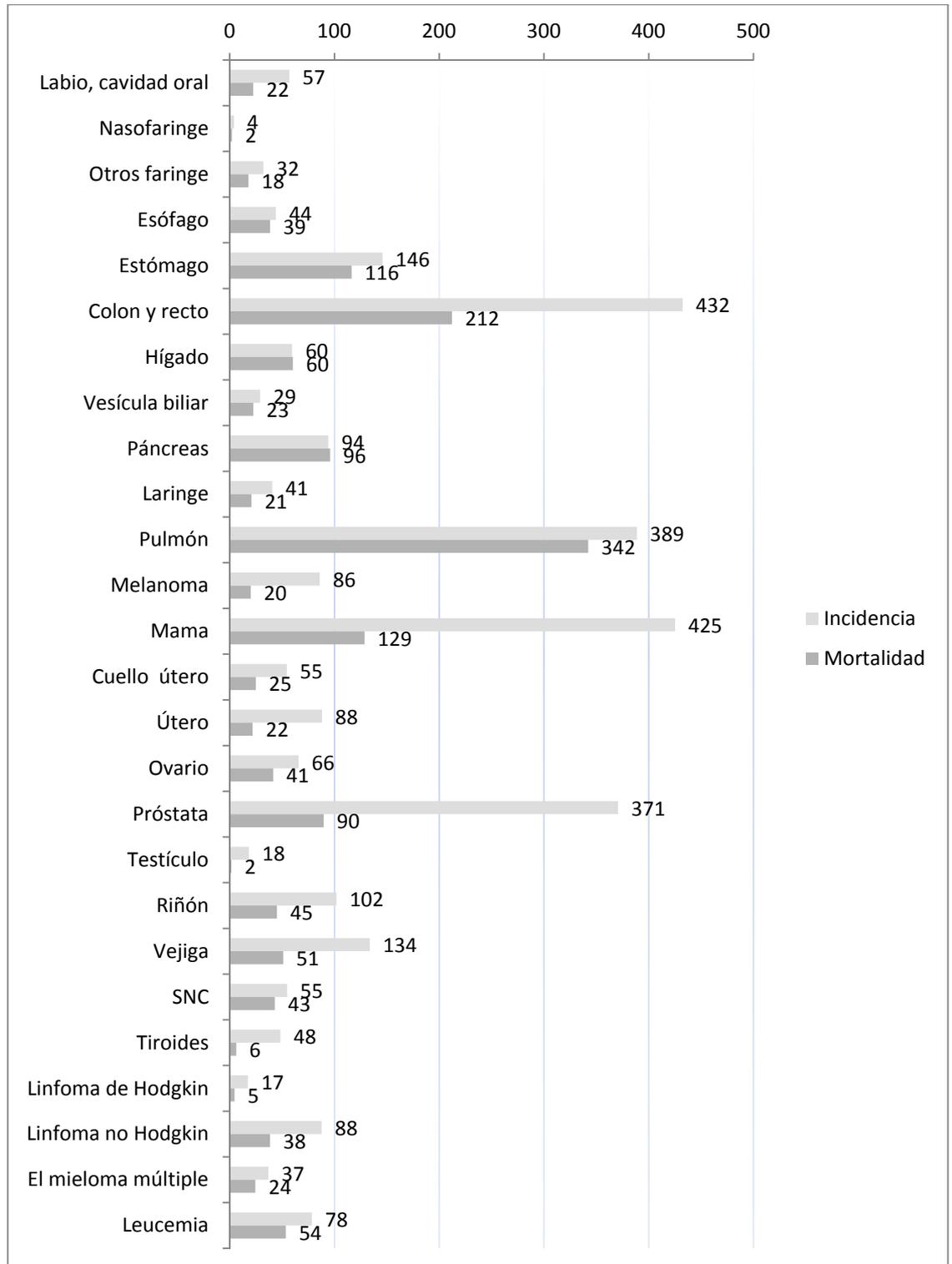


Gráfico 7. Número de casos de cáncer y muertes por cáncer en Europa (40 países) expresado en 1000 [2]

## 1.4 EPIDEMIOLOGÍA A NIVEL MUNDIAL

Las estimaciones para la incidencia son de 10,9 millones de casos nuevos al año. Los casos de muerte debidos al cáncer alcanzan aproximadamente 6,7 millones de muertes por año, en el año 2002 casi 25 millones de personas padecían cáncer [26].

Según la OMS, 2009 [20], el cáncer es la principal causa de mortalidad a nivel mundial. Se le atribuyen 7,9 millones de defunciones (aproximadamente el 13% de las defunciones mundiales) ocurridas en 2007 y aproximadamente el 72% de estas muertes se registraron en países de ingresos bajos y medios. Se prevé que el número de defunciones anuales por cáncer seguirá aumentando pudiendo llegar a los 12 millones en el año 2030.

Según los datos publicados por GLOBOCAN en el 2008, de todos los tipos y localizaciones de cáncer (excluyendo el cáncer de piel), en la población general a nivel mundial, destaca por su frecuencia el cáncer de pulmón (12,7%) seguido del cáncer de mama (10,9%) y el cáncer que más muertes provoca es el cáncer de pulmón (18,2%) seguido del cáncer gástrico (9,7%) y del hepático (9,2%) [10] (Gráfico 8 y 9).

El cáncer no es una enfermedad infrecuente en países subdesarrollados siendo los más frecuentes el cáncer colorrectal (15,2%) el de pulmón (12,4%), el de estómago (10,0%), mama (9,7%) y hepático (8,8%), aunque estos datos deben ser interpretados con cierta precaución por la escasez de registros y fuentes fiables de información en países subdesarrollados [10].

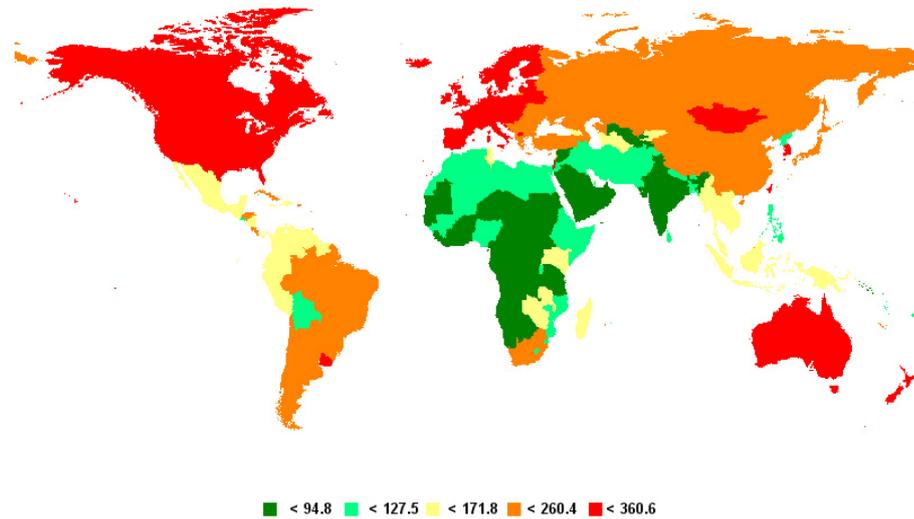


Gráfico 8. Incidencia estimada de cáncer en el mundo en hombres (no incluye cáncer de piel). Estimación para el 2008 (GLOBOCAN 2008) (Tasa de Incidencia estandarizada por 1000)

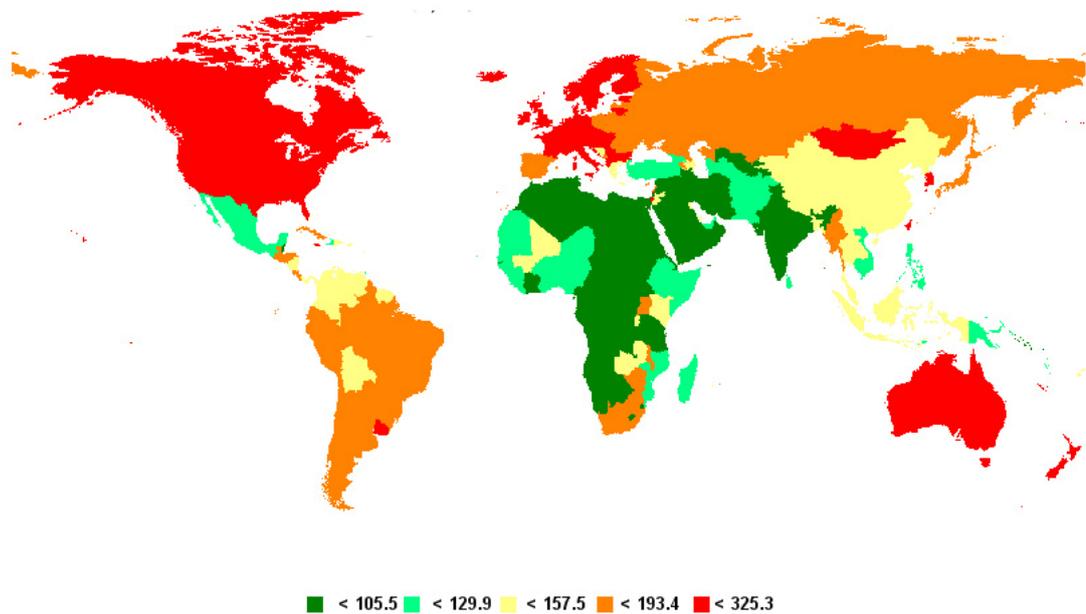


Gráfico 9. Incidencia estimada de cáncer en el mundo en mujeres (no incluye cáncer de piel). Estimación para el 2008 (GLOBOCAN 2008) (Tasa de Incidencia estandarizada por 1000)

## 1.5 SUPERVIVENCIA

Actualmente no existe una definición clara y universalmente aceptada de lo que significa superviviente de cáncer y se utiliza, a menudo, este concepto para referirse a las personas que se encuentran en cualquier punto de la trayectoria del cáncer desde el diagnóstico hasta el final de la vida. [27].

Gracias a los avances en los programas de detección precoz, así como en la aplicación de nuevos tratamientos, la supervivencia para la mayoría de los cánceres ha ido aumentando a lo largo de las últimas décadas [28, 29].

Si consideramos los diferentes tipos de cáncer de forma conjunta, en lo que respecta a la supervivencia por cáncer en Europa, España se encuentra en cuarto lugar por detrás de Francia, Austria y Suecia

Los tumores de páncreas e hígado son los que menor supervivencia presentan, siendo la probabilidad de sobrevivir a los 5 años tras el diagnóstico igual o menor al 10%. Les siguen el cáncer de pulmón, esófago, los tumores del sistema nervioso y el cáncer de estómago, con supervivencias relativas iguales o inferiores a 30% a los 5 años. Entre los tumores más frecuentes, destaca la alta supervivencia del cáncer de mama en mujeres cuya supervivencia en Europa a los 5 años aumentó entre 1992 y 2002 en un 1,6 %, situándose actualmente entorno al 83%, con pequeñas diferencias entre los países de la Unión Europea [30, 31].

La supervivencia global es menor en hombres (44% a los 5 años) que en mujeres (56%), ya que los tumores diagnosticados en varones tienen un comportamiento más agresivo.

En España durante el período 1975-2006, la supervivencia de los cánceres de mama, colorrectal, melanoma, ovario, próstata, testículo y enfermedad de

Hodgkin ha aumentado de forma significativa siendo especialmente relevante este aumento en los tumores de mama, próstata, melanoma y enfermedad de Hodgkin [7].

## 2. LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

La incapacidad laboral, teniendo en cuenta el significado de discapacidad [32, 33], puede definirse como el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral considerando la interacción entre estado de salud individual y condiciones personales y laborales.

La sociedad, a través de un sistema de prestaciones, ha establecido a lo largo de los últimos cien años dos formas de protección al trabajador incapacitado: la asistencia sanitaria y el pago de un subsidio económico. La baja médica de un trabajador conlleva para el mismo una serie de derechos, fundamentalmente la suspensión obligatoria contractual de no acudir a su puesto de trabajo y el de recibir una prestación económica compensatoria, siempre y cuando, reúna unos determinados requisitos [34].

En España, cuando una persona afiliada a la S.S. presenta un problema de salud que le impide trabajar y se prevé su recuperación en los próximos doce meses (prorrogable seis meses más), su médico le certifica una baja laboral (o IT) [35] durante el período de tiempo en el que recibe asistencia sanitaria [36, 37].

Las situaciones que pueden originar una IT son las llamadas contingencias, definidas en el artículo. 2. de La Ley General de la S.S.(LGSS) como: “la protección

que otorga el Sistema de la S.S, en caso de que el riesgo se actualice o acontezca” [38].

Estas contingencias a su vez, pueden ser de dos tipos comunes y profesionales.

La ITCC es una situación reconocida por nuestro sistema de protección social cuando un trabajador afiliado a la S.S. tiene un problema de salud (por accidente o enfermedad) de origen no laboral (contingencia común) que, en principio, se prevé que lo mantendrá alejado de su trabajo durante un periodo de tiempo [39]. Estudios recientes muestran que la duración de la ITCC depende de numerosas variables, muchas relacionadas con el problema de salud y las características demográficas y sociales del trabajador, pero también con las condiciones de trabajo y la actividad de la empresa [40]. Poder seguir los episodios así como los factores pronósticos de su duración y establecer unas medidas de prevención adecuadas son un objetivo prioritario del sistema de salud y del sistema de la S.S.

Y Las Contingencias Profesionales que a su vez pueden ser por accidente laboral o enfermedad profesional.

IT por accidente laboral, se define como toda lesión corporal o pérdida de salud imputable al trabajo realizado por cuenta ajena [41, 42].

Y la Enfermedad Profesional, es aquella enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en actividades que se especifican en el cuadro aprobado por las disposiciones de aplicación (Anexo I del Real Decreto (RD) 1299/2006) y provocada por la acción de elementos o sustancias que en dicho cuadro se indican para cada enfermedad profesional [43]. Las Mutuas

de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales se encargan de la gestión de la incapacidad por enfermedad profesional.

<b>Contingencia Común</b>	Enfermedad Común
	Accidente no laboral
<b>Contingencia Profesional</b>	Enfermedad Profesional
	Accidente laboral

*Tabla 4. Esquema de Contingencias. Elaboración propia.*

## 2.1 DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

El artículo 128.1 del RD Legislativo 1/1994, por el que se aprueba el Texto Refundido de la LGSS [38], recientemente modificado por la Ley 40/2007 [44], define la IT como la situación del trabajador que debido a enfermedad (común o profesional) o accidente, se encuentra imposibilitado para el desempeño de su trabajo y recibe asistencia sanitaria de la S.S.

*- Evolución Histórica hasta que las mutuas tienen intervención en IT por Contingencias Comunes*

Mediante la Ley de Accidentes de Trabajo, también denominada la Ley Dato, promulgada en el año 1900, la primera contingencia protegida fue el accidente de trabajo [45].

Esta “Ley Dato”, denominada así por referencia a su promotor el coruñés Eduardo Dato Iradier, hizo a los empresarios responsables de “los accidentes ocurridos a sus operarios con motivo y durante el ejercicio de la profesión o trabajo que realicen, a menos que el accidente sea debido a fuerza mayor extraña al trabajo en que se produzca el accidente” [46]. Se puede considerar que esta Ley fue el origen de la S.S. en España [47].

A partir de este momento, se impulsó las asociaciones empresariales [48], apareciendo las primeras Mutuas de Accidentes de Trabajo, para poder asegurar la indemnización a los trabajadores en caso que se accidentasen durante el trabajo.

A través de su Ley Fundacional de 27 de febrero, en el año 1908, se constituyó el Instituto Nacional de Previsión (INP), siendo el organismo encargado de la gestión y administración de los diferentes seguros sociales instaurados en nuestro país.

No tardó mucho en romperse este primer esquema privado de gestión y se fueron protegiendo paulatinamente otras contingencias, como fueron el Seguro Obligatorio del Retiro Obrero en 1919, la Ley de Accidentes de Trabajo de 1922, el Seguro Obligatorio por Maternidad en el año 1929 o la Ley de accidentes de Trabajo en la Industria en 1932, que dieron lugar al Seguro Social contra Accidentes de Trabajo que gestionó la Caja Nacional del Seguro de Accidentes de Trabajo [37].

Mediante la Ley de 14 de Diciembre de 1942, se implanta en España el Seguro obligatorio de Enfermedad (SOE) [49], dirigido a proteger al trabajador económicamente débil [50] y estableciendo entre sus fines (artículo. 2) la prestación de asistencia sanitaria en caso de enfermedad, la prestación de asistencia sanitaria

en caso de maternidad, la indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de los riesgos anteriores y también y como curiosidad, incluía la indemnización para gastos funerarios. En esta norma también se establece la Inspección de Servicios Sanitarios, entre cuyas funciones aparece la comprobación de los partes de enfermedad y curación.

En el año 1947 aparece también el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI). Durante 30 años, período que va desde la posguerra hasta el año 1966, continuó la compatibilidad de aseguramiento entre las mutuas, las compañías de seguros y la Caja Nacional de Seguro de Accidentes de Trabajo, pero las Mutuas patronales seguían actuando con estricto carácter privado y plenitud de gestión [51].

En la década de los sesenta se abre una etapa de gran trascendencia, en la historia de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, originada por La Ley de Bases de S.S. de 1963, de 28 de Diciembre, cuyo objetivo principal era la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación [52, 53].

En su artículo 29. dicha Ley regulaba la denominada Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) determinando las situaciones que tenían esta consideración y estableciendo la prestación económica en las distintas situaciones.

Con esta Ley de Bases se admitió que la gestión del Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, si bien asignada inicialmente a las Mutualidades Laborales, fuera compatible con la atribuida a las Mutuas Patronales

[54]. Se ha escrito reiteradamente que esta Ley pretendía erradicar el ánimo de lucro.

Tras las continuas modificaciones introducidas, el legislador optó por integrarlas todas en un único Texto Refundido de la Ley de 1974, aprobado en el Decreto 2065/1974, de 30 de Mayo, vigente durante veinte años [55].

En el año 1978, el Instituto Nacional de Previsión desaparece y se desdobra en entidades gestoras [56]: el Instituto Nacional de la S.S.(INSS) encargado de la gestión de las prestaciones económicas, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) encargado de la gestión de la asistencia sanitaria y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) encargado de la gestión de las prestaciones sociales. Este cambio significaba que los aspectos sanitarios de la prestación, incluido su control sanitario, quedaban encuadrados en el INSALUD, mientras que los económicos pasaban al INSS, existiendo una diferenciación en la gestión de los aspectos básicos de la incapacidad.

La Constitución de 1978, aprobada en Diciembre [57], fue un elemento fundamental en el sistema actual de la S.S. al establecer en su artículo 41 «los poderes públicos mantendrán un régimen público de S.S. para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo». El artículo 149.1.17 alude también a la S.S. para definir las competencias exclusivas del Estado que son «la legislación básica y régimen económico de la S.S., sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas». El artículo 129.1 encomienda a la ley «establecer las formas de participación de los interesados en la S.S. y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecte directamente a la calidad de vida o al bienestar general» [58].

La Ley General de Sanidad de 1986 [59], fue la norma más importante de la década de los 80, ya que crea el marco jurídico adecuado para la consolidación de un Sistema Nacional de Salud y estructura los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

En el año 1994 se publica el RD Legislativo 1/1994, de 20 de junio, que aprueba el Texto Refundido de la LGSS [38]. En esta norma se redefinen los conceptos de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) (artículo 128), de invalidez y de IP (Capítulo V). Sobre las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la S.S.(artículo 68), se establece que las Entidades Gestoras de la S.S. o las correspondientes Mutuas de Accidentes de Trabajo podrán acordar conciertos de colaboración con el Servicio Público de Salud o los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas [60].

En diciembre de ese año se promulga la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social [61], que unificó, en cuanto a las prestaciones económicas, los conceptos de ILT e IT y al mismo tiempo suprimió la contingencia de invalidez provisional [62]. Además, extrae la maternidad del concepto de incapacidad y lo configura como una contingencia específica. Por otra parte, ya desde este año 1995, las Mutuas, entidades colaboradoras de la S.S, comienzan a tener también un papel en la gestión de los procesos de ITCC [63] ya que se amplía la colaboración de las Mutuas en la gestión de la S.S, al permitir que voluntariamente aquellos empresarios ya asociados a una Mutua puedan concertar con esa misma entidad la prestación económica por IT derivada de CC de sus trabajadores. Asimismo se permitió optar por cubrir esta prestación con las Mutuas a los trabajadores autónomos y por cuenta propia del Régimen Especial Agrario.

Hasta este momento las Mutuas sólo actuaban en las contingencias profesionales. El RD 1993/1995, de 7 de diciembre, aprueba el vigente Reglamento de Colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la S.S.(MATEPSS) [64], modificándose por el RD 428/2004, de 12 de marzo, debido a la incorporación de los trabajadores autónomos en la cobertura de contingencias profesionales [65].

La Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social [66], en el artículo 78, apartado dos, establece como nueva medida que los médicos adscritos a las Entidades Gestoras de la S.S. o a las MATEPSS puedan formular propuestas de alta médica, con los efectos que reglamentariamente se establezcan, y que sean consecuencia de la actividad de control a la que vienen obligados los trabajadores para la percepción de las prestaciones [66]. Los médicos ajenos a los Servicios Públicos de Salud, pueden intervenir en el alta del trabajador, aunque en este primer momento lo sea sólo a nivel de propuesta.

La Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social, en su artículo 39 establece que, sin perjuicio de las competencias que corresponden a los Servicios Públicos de Salud, los médicos adscritos al INSS podrán expedir el correspondiente alta médica en los procesos de IT, a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la S.S. en los términos que reglamentariamente se establezcan[67]. Se atribuye a los médicos del INSS la facultad de declarar el alta en la situación de IT, exclusivamente en cuanto a las prestaciones económicas, y sin incidir, en consecuencia, en la posibilidad de que el trabajador continúe sometido a tratamiento sanitario, aspecto éste que corresponde a los Servicios de Salud [60].

La prestación de la IT se divide en sus dos aspectos, la sanitaria y la económica, delimitando competencias para cada una de ellas, según pertenezcan los médicos al INSS o al Servicio de Salud correspondiente.

El RD 575/1997 de 18 de abril, que regula determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la S.S. por IT [68], y que junto con el RD 1117/1998, de 5 de junio [69], que modifica el anterior, legislan aspectos importantes de la prestación, que inciden actualmente en la práctica diaria del médico de Atención Primaria del Servicio Público de Salud.

A través del artículo incorporado por el apartado tres del artículo único del RD 1117/1998 [69], se incluye la expedición de partes médicos de alta por facultativos adscritos al INSS a iniciativa de las MATEPSS.

En el RD Ley 6/2000 [70] en su artículo 44, se amplía la posibilidad de alta que tenían los médicos del INSS a los médicos de las MATEPSS.

En el año 2001 la Ley 24/2001 [71] establece la extinción del derecho al subsidio por IT si existe incomparecencia injustificada a los reconocimientos establecidos por los médicos del INSS o de las MATEPSS.

La Ley 40/2007 de 4 de diciembre, de Medidas en Materia de S.S. [72], modifica el artículo 128 de la LGSS y atribuye al INSS la competencia para que, una vez que las situaciones de IT hayan agotado el plazo de 12 meses, se proceda, o bien a reconocer la prórroga de la IT, o iniciar un expediente de incapacidad permanente (IP), o bien emitir un alta médica, no realizando ningún tipo de distinción entre las situaciones de IT derivada de CC y profesionales. La resolución de 14 de enero de 2008, de la Secretaría de Estado de la SS [73], establece que cuando la cobertura de la IT derive de contingencias profesionales y cuando dichas

contingencias profesionales se hubieran concertado con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la S.S, la mutua correspondiente efectuará ante el INSS o ante el Instituto Social de la Marina, según corresponda, propuesta de actuación en alguno de los sentidos indicados en el párrafo anterior, debiendo entenderse aceptada dicha propuesta por la entidad gestora si ésta no se manifiesta en contrario en el plazo de los cinco días siguientes al de su recepción.

En el año 2007 se realizó una modificación relevante de IT, de tal manera, que los trabajadores a partir de los doce meses de baja pasan a depender del INSS.

## 2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

El tiempo máximo de duración de la IT será de 365 días prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante ellos pueda el trabajador ser dado de alta por curación o mejoría [74].

Agotado el plazo de duración de doce meses previsto en el párrafo anterior el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la IP del trabajador, será el único competente [72] para reconocer la situación de prórroga expresa, bien para determinar la iniciación de un expediente de IP o bien para emitir el alta médica, a los efectos previstos.

Tras agotar la prórroga de 6 meses, el trabajador deber ser evaluado en un plazo de tres meses para calificar su situación, período durante el que seguirá percibiendo la prestación.

En caso de prever mejoría o curación se puede demorar la calificación del trabajador otros 6 meses sumando, por tanto, un total de 24 meses desde el inicio de la IT. La competencia de demorar la calificación es del INSS.

### 2.3 REQUISITOS PARA TENER ACCESO A LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Tendrán derecho a la prestación por IT los trabajadores integrados en cualquier régimen de la S.S. que se encuentren en la situación clínico-laboral referida en el concepto de IT y que además cumplan los siguientes requisitos:

- Estar afiliados y en alta en la S.S. o en situación asimilada al alta.
- No poder desempeñar el trabajo habitual mientras recibe asistencia sanitaria.
- Se requiere un período de cotización mínimo de 180 días en los cinco años previos al hecho causante en el caso de enfermedad común (fecha de la baja médica general) [74]. En caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exige período mínimo de cotización.
- Tener tramitada una baja médica.

## 2.4 EXTINCIÓN O PÉRDIDA DE LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

El derecho a la prestación económica por IT puede ser denegado o anulado por los siguientes motivos:

- Alta médica con o sin declaración de IP.
- Transcurso del plazo máximo establecido para la situación de IT.
- Incomparecencia no justificada a los reconocimientos médicos que procedan cuando sea requerido por la entidad gestora.
- Por fallecimiento.
- Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener la prestación.
- Por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación.
- Cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena estando en situación de IT.
- Cuando el beneficiario rechace o abandone sin causa razonable el tratamiento que le fuera indicado.

## 2.5 MOTIVOS DE ALTA MÉDICA

Los supuestos de alta médica que pueden constar en los partes médicos son

- Curación o mejoría suficiente para poder realizar su trabajo habitual.

- Por fallecimiento.
- Incomparecencia, no se acude a recoger los partes de confirmación de IT por parte del asegurado.
- Alta por resolución o por inspección, este tipo de alta sólo puede ser emitida por un inspector médico.
- Alta por propuesta de invalidez, mientras el trabajador espera ser evaluado por el Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS y se dicta la resolución, que puede ser finalmente un alta por inspección o una IP.
- Alta por Jubilación.

## 2.6 EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y ASPECTOS ECONÓMICOS

Desde 1990 la prestación de IT ha constituido un porcentaje variable del total de las prestaciones de la S.S.

La prestación por IT representa en torno a un 8% en el conjunto de las prestaciones del Sistema, con una clara tendencia a la estabilización de ese porcentaje en los últimos años.

La evolución del gasto en CC tiene un tramo ascendente entre 1990 y 1993, con una estabilización en torno a los 3000 millones de euros entre 1992 y 1996 y con un descenso posterior en el periodo 1997-1999. A partir del año 2001, el gasto presenta una tendencia incremental ininterrumpida superando los 6000 millones de euros en 2007 [75].

En el conjunto de la prestación tienen distinto comportamiento las derivadas de las contingencias profesionales (CP) de las CC.

En el acumulado del Sistema de S.S. a junio de 2008 en CC tienen las duraciones más altas la Comunidad Valenciana, Extremadura, Asturias y Andalucía. Las menores duraciones corresponden a Aragón, La Rioja y Ceuta. La mayor incidencia corresponde a Navarra y Canarias, mientras la prevalencia ha sido superior en País Vasco, Canarias y Asturias. El total nacional ha presentado 35,69 días de duración media. Una incidencia de 32,45 y una prevalencia de 30,91 [75].

Los trabajadores masculinos y femeninos también presentan diferencias. La duración media en las mujeres es prácticamente superior en dos días a la de los varones: siendo de 37,7 y 39,46 días para hombres y mujeres respectivamente en cuenta ajena y de 88,82 y 117,25 días para hombres y mujeres en cuenta propia.

En relación con la duración y el porcentaje de las ausencias laborales por IT, según los diferentes estudios y trabajos comparativos, España se encuentra en una posición media-baja en comparación con los países de la UE y de la OCDE.

## 2.7 INCAPACIDAD O INVALIDEZ PERMANENTE

En España se utiliza el término de IP, en el contexto del sistema de la S.S, para definir una prestación “que reconoce al trabajador, cuando, por motivos de enfermedad (común o profesional) o accidente (de trabajo o no) y después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médicamente, presenta unas deficiencias graves, previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulen su capacidad laboral de forma presumiblemente definitiva” [38, 76, 77].

Puede resolverse IP de carácter revisable, si es posible, una mejoría que permita al trabajador reincorporarse a su trabajo habitual; generalmente se indica el período máximo de revisión (2 años) y puede conllevar si así se indica la reserva del puesto de trabajo [77].

Se considera "profesión habitual" (artículo. 137.2 del RD Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el Texto Refundido de la LGSS [44, 77]), en caso de accidente (de trabajo o no), la profesión desempeñada normalmente por el trabajador al tiempo de sufrirlo. En caso de enfermedad (común o profesional), es la profesión a la que el trabajador dedicaba su actividad fundamental durante los doce meses anteriores a la fecha en la que se inició la IT que desembocó en IP, o aquella a la que pudiera ser destinado dentro del mismo grupo profesional.

La IP conlleva una prestación económica que pretende compensar las pérdidas salariales debidas a la imposibilidad de realizar un trabajo remunerado [78].

El paciente debe haberse sometido al tratamiento propuesto por el médico del Servicio Público de Salud. La negativa a aceptar la terapia prescrita sin causa justificada, cuando ésta es razonablemente segura, puede suponer la pérdida del derecho a la prestación por IP. Sin embargo, cuando el tratamiento propuesto es invasivo y los resultados esperables son inciertos (por ejemplo, cirugía para hernia discal cervical) los Tribunales (Extracto de la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, 26/04/2005) reconocen el derecho del trabajador a negarse al tratamiento (Artículo 2.4. Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente) sin perder la prestación [79].

Las secuelas que dan lugar a la prestación pueden tener su origen en enfermedad común, accidente no laboral, enfermedad profesional o accidente de trabajo. Lo habitual es que la IP se derive de una IT. Sin embargo, puede afectar a personas que no tengan protección para IT, como en determinadas situaciones "asimiladas al alta" [77].

La reducción anatómica o funcional será posterior a la afiliación a la S.S. Sin embargo, podía ya existir cuando el paciente se afilió, si en aquel momento dicha minusvalía no impedía el trabajo y posteriormente se ha agravado impidiendo la realización del mismo.

Las secuelas de la IP habrán de ser persistentes, definitivas o de evolución incierta. Tras realizar el tratamiento han de persistir secuelas anatómicas o funcionales graves, objetivables y permanentes, a consecuencia de las cuales habrá quedado disminuida su capacidad laboral para su trabajo habitual.

#### REQUISITOS PARA SOLICITAR UNA IP

Los requisitos necesarios para obtener la IP son: presentar una secuela definitiva, haber completado el tratamiento, que sea un proceso revisable y que exista una secuela posterior al tratamiento que impide la profesión habitual [77]. Aunque la merma en la capacidad ha de ser definitiva, nunca puede asegurarse, la evolución puede ser también "incierta" a largo plazo [77], por lo que, la calificación de la IP puede reconsiderarse tanto por mejoría como por agravamiento de las secuelas anatómicas y funcionales, si afectan al desarrollo de su trabajo.

Ser menor de 65 años en el momento del hecho causante o bien no reunir los requisitos para la jubilación con una pensión contributiva (sólo en el caso de contingencias comunes).

Estar afiliado a la SS y de alta (o situación asimilada al alta) en el momento del cese de la actividad por la enfermedad o accidente, excepto en caso de IP por enfermedad profesional. No obstante, en situación de IP absoluta o gran invalidez por contingencias comunes, se permite que el trabajador no se encuentre de alta en el momento de la enfermedad o accidente [77].

Período mínimo de cotización:

– Si la IP es consecuencia de un accidente (de trabajo o no laboral) o una enfermedad profesional, no se exige tiempo mínimo de cotización.

– En los casos de enfermedad común:

Si el trabajador tiene menos de 31 años, la tercera parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que cumplió 16 años y la fecha de comienzo de la enfermedad (lo que se conoce como «el hecho causante»).

Si el trabajador tiene más de 31 años, la cuarta parte del tiempo transcurrido entre la fecha en que haya cumplido 20 años y el día de la enfermedad, con un mínimo de 5 años. En este supuesto, al menos la quinta parte del período de cotización exigible deberá estar comprendida dentro de los 10 años inmediatamente anteriores al comienzo de la enfermedad [77].

En el caso de IP parcial, el período mínimo de cotización será de 1.800 días, que deberán estar comprendidos en los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha en la que se haya extinguido la IT de la que se derive la IP. Para contratos a tiempo parcial, de relevo o fijo-discontinuo se computan las cotizaciones en función de las horas trabajadas.

### GRADOS DE INCAPACIDAD

En la IP se definen varios grados en función de la afectación de la capacidad laboral, reguladas en los artículos 137 y siguientes de la LGSS [59].

- IP Parcial, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual, del 50% en el caso de los trabajadores autónomos, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma [77].

- IP Total, aquella que impide al trabajador la realización de todas o de las tareas fundamentales de su profesión, pero le permite siempre que pueda dedicarse a otra distinta. Puede seguir trabajando en otro empleo, y recibe una indemnización del 55 % de la base reguladora (BR).

- IP Absoluta, la situación en la que, por accidente o enfermedad, inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio. Se percibe el 100 % de la BR. No impide el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión [77].

- Gran Invalidez, la situación del trabajador afecto de IP y que, debido a sus pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para las actividades básicas de la vida diaria, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. Si es capaz de realizar estas tareas aunque sea de un modo dificultoso, no se concede la gran invalidez [80]. Se percibe el 100 % de la BR más un complemento para retribuir a la persona que le asiste. Ello no impedirá el ejercicio de aquellas actividades, sean o no lucrativas, compatibles con el estado del inválido y que no representen un cambio en su capacidad de trabajo a efectos de revisión [77].

Obviamente no todas las patologías producen el mismo grado o tipo de incapacidad para el trabajo, aunque sólo sea por las diferencias en el tiempo necesario para recuperarse de una enfermedad u otra. El médico que valora una situación de baja debe tener en cuenta, por un lado, el grado y severidad de la pérdida de salud y, por otro, el tipo de trabajo que desempeña el paciente. Estos son los aspectos claves que conforman la valoración de la IP. El facultativo del INSS, tras el reconocimiento médico del trabajador, elabora el denominado «informe médico de síntesis» (IMS), que se aporta al EVI (en Cataluña, al ICAM) del INSS para que elabore el correspondiente «dictamen-propuesta», que a su vez se elevará al director provincial del INSS para que resuelva el expediente con la resolución expresa. En ella deberá constar la concesión o no de la IP y el grado de la misma, así como el plazo a partir del cual puede instarse la revisión por agravamiento o mejoría. Dicha resolución es recurrible por el interesado de acuerdo con la Ley de Procedimiento Laboral [77].

El posible carácter transitorio de esta incapacidad hace que la legislación haya puesto límites temporales a este concepto, fundamentalmente por la necesidad de establecer actuaciones de control del mismo [77].

### 3. CÁNCER Y REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

Los diagnósticos de cáncer en personas que todavía están en edad de trabajar son cada vez más frecuentes [81] y, gracias a la mejora sostenida del diagnóstico y el pronóstico [82] de muchos de los principales tipos de cáncer, la supervivencia para la mayoría de ellos ha ido aumentando a lo largo de las últimas décadas [28, 29, 83]. Casi la mitad de los adultos supervivientes de cáncer son menores de 65 años [84-86] y un creciente número de dichos supervivientes se reincorporan al trabajo tras el tratamiento oncológico o incluso continúan trabajando durante el mismo [87].

Cuando los pacientes reciben un diagnóstico de cáncer, momento que resulta ser muy importante, uno de los principales temores de los afectados al recibir dicha noticia es cómo puede afectar a su trabajo o carrera profesional [88].

Las tareas necesarias para realizar el trabajo, incluso pueden ayudar a facilitar la recuperación física, cognitiva, emocional e interpersonal, funciones que pueden haber disminuido tras el tratamiento oncológico [89]. La importancia en la reincorporación al trabajo radica tanto en su relación con la calidad de vida, como en la seguridad financiera [90], ya que el trabajo proporciona los ingresos económicos necesarios para poder vivir y contribuye a la inserción social después de una fase de tratamiento [91]. No ser capaz de trabajar después de un tratamiento puede provocar una alteración en la estructura de la vida cotidiana y conducir a la pérdida de confianza y el aislamiento social [92, 93].

Pero, aunque la mayoría (aproximadamente el 60% - 85%) de estos supervivientes de cáncer consigue reincorporarse a su trabajo durante los primeros años tras su diagnóstico oncológico [94-100], está demostrado que los

supervivientes de cáncer tienen menos probabilidades de encontrar un trabajo en comparación con un grupo control de personas sanas [101]. En concreto, los supervivientes de cáncer tienen 1,4 veces más de posibilidad de sufrir desempleo que las personas sanas [102].

El cáncer altera la vida de los pacientes en muchos aspectos y la esfera laboral es una de las más afectadas [103], algunos afectados de cáncer se ven obligados a disminuir sus horas de trabajo, a dejar temporalmente el trabajo o perder definitivamente el empleo como consecuencia de su enfermedad oncológica [85, 104-106]. Respecto a los porcentajes de reincorporación al trabajo habitual, algunos autores [100, 104, 107, 108] sitúan estos valores entre el 72% y el 77,9%. Porcentajes que difieren ligeramente y son superiores a los que han mostrado otros estudios [101, 109-112] que señalan que los porcentajes de reincorporación se encuentra entre el 56% y el 66,7%. Sin embargo, en contraposición otros estudios [92, 113, 114] presentan cifras superiores de reincorporación al trabajo (82,1% y 84%).

Algunos de los factores que influyen en el retraso o incapacidad para conseguir la reincorporación al trabajo son la mayor edad, el momento del diagnóstico, el sexo femenino, el estado avanzado de la enfermedad, [84, 95, 115, 116] un nivel educativo menor, la aplicación de quimioterapia, radioterapia y la falta de apoyo moral entre los compañeros [113, 117]. También, según los diferentes autores, estos porcentajes de reincorporación pueden variar [101, 118, 119], en particular, en función del tratamiento recibido [120] por los pacientes y los síntomas asociados (fatiga residual, reducción de la capacidad física, la motivación personal...), el factor psicológico, intelectual o financiero (como, por ejemplo, los pacientes trabajadores por cuenta propia suelen reanudar el trabajo con más

facilidad que los pacientes que trabajan por cuenta ajena), la categoría industrial y ocupacional, la carga de trabajo físico de trabajo, también el tipo de protección social (posibilidad de prestación de invalidez), el asesoramiento médico...aunque no existe un consenso sobre los factores que influyen en la reincorporación al trabajo [116].

Aunque algunos estudios no han encontrado diferencia alguna en cuanto al rendimiento por sexo [121], otras investigaciones [110, 122] llegaron a la conclusión de que las mujeres supervivientes de cáncer tenían menos probabilidades de volver al trabajo que los hombres. En concreto, Kirchhoff [110] concluyó que las mujeres tenían un 50% menos de probabilidades de incorporarse al trabajo que el sexo masculino, sugiriendo que esta diferencia podía deberse a los diferentes tipos de trabajo desarrollados por mujeres y hombres y las diferentes exposiciones a factores cancerígenos, aunque estos resultados deben interpretarse con cautela debido al escaso porcentaje de mujeres que se incorporaron. Respecto a la edad, aunque algunos autores, entre ellos Molina [111] afirmaron también, que la edad avanzada, el tener un estadio IV de la enfermedad y la presencia de secuelas derivadas del tumor o del tratamiento de éste, sí influyeron en el retraso a la reinserción laboral una vez finalizado el tratamiento específico, otros, por el contrario como Earle [104] concluyeron que los pacientes jóvenes fueron los que sufrieron más desempleo atribuible al cáncer.

Igualmente Short y su equipo, en su estudio [123], compararon supervivientes de cáncer mayores, de 55 a 65 con los adultos sin antecedentes de cáncer. En esa investigación, la tasa de empleo de las mujeres mayores supervivientes, a los 2-6 años después del diagnóstico se redujo en un 4,8%, mientras que el empleo en los hombres supervivientes de mayor edad no fue

significativamente más baja que la tasa de empleo para el grupo control de los hombres de edad similar sanos.

Atendiendo al tipo de cáncer, Bradley [124] realizó un estudio en el que participaron 52 supervivientes de cáncer de cérvix y de endometrio. El objetivo de este estudio era analizar la calidad de vida y el estado de ánimo en los largos supervivientes por estas dos patologías, relacionándolo con factores demográficos. En las conclusiones de este estudio, observa que existe un mayor porcentaje de pacientes que abandonan el trabajo dentro del grupo de los supervivientes por cáncer de endometrio (44,4%), frente al grupo de supervivientes por cáncer de cérvix (18,2%) o el grupo control de personas sanas (29,5%). Pero no obtuvo diferencias significativas en la calidad de vida o presencia de síntomas depresivos con respecto al grupo control. Aunque sí se concluyó en este mismo trabajo que los supervivientes de cáncer de cuello de útero presentaban niveles de ansiedad más altos y un estado de ánimo más negativo que el grupo de supervivientes de cáncer de endometrio o el grupo control.

Weis y su equipo informaron que los pacientes con tumores de cabeza y cuello tienen más probabilidades de no volver al trabajo (57%) en comparación con los pacientes tratados de cáncer de colon (48%), cáncer de mama (24%), y el cáncer de próstata (22%) [125].

En un estudio llevado a cabo por Fang y cols [126] vieron que en los pacientes tratados por cánceres otorrinolaringológicos, aspectos como la salivación, la audición y la deglución están significativamente relacionados con la salud, la calidad de vida y la posible reincorporación al empleo.

Sin embargo, a pesar de la importancia del cáncer y su tratamiento en la vida laboral y en la posible continuidad o reincorporación al trabajo, existen pocos estudios al respecto [127] y una falta de eficacia en las intervenciones orientadas a proporcionar una reincorporación al trabajo específicas para pacientes con cáncer. Es necesario llevar a cabo intervenciones multidisciplinares [27,136] para mejorar la atención de pacientes con cáncer y facilitar así su regreso al trabajo aumentando la calidad de vida de los mismos, concretamente en España no existen estudios epidemiológicos sobre incidencias de cáncer en el ámbito laboral.

### 3.1 DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La literatura reciente muestra que la duración de un episodio de ITCC depende de numerosas variables y existen multitud de factores que influyen en la misma [116], algunas de estas variables están relacionadas con el problema de salud y las características demográficas y sociales del trabajador, pero también con las características de las condiciones de trabajo de su ocupación y la actividad de la empresa [40, 82, 128]. Según Theurer, las neoplasias fueron la segunda patología con duraciones de IT más altas tras las enfermedades endocrinas y trastornos del sistema inmune, mostrando que las principales variables que afectan a esta duración de la IT son, la edad, el género y el medio rural [129].

Igualmente, el cáncer y los trastornos mentales fueron los diagnósticos con una mayor duración de la baja médica en los niveles ocupacionales más altos [130], según un estudio en el que se comparó la relación entre la IT y la posición ocupacional y en el que se concluyó que no existe diferencias estadísticamente significativas entre la duración de la baja médica y la posición o nivel ocupacional.

Algunos autores [92, 105, 108, 113, 120, 131-133] muestran en sus estudios duraciones medias de la IT por neoplasias que se sitúan entre los 0 y 13 meses.

Sin embargo, Bradley [81] presentó un estudio en el que analizó cómo afecta el cáncer en 800 pacientes enfermos de cáncer que se encontraban activos laboralmente en el momento del diagnóstico, mostrando unas duraciones de IT de 12 a 18 meses.

Teniendo en cuenta el tipo de neoplasia, el cáncer de pulmón es el responsable del mayor número de días de baja médica, según concluyó un estudio [82] en el que se analizó la IT en pacientes con cáncer de colorrectal, mama, próstata o pulmón.

En otro estudio [128] en el que se compara las duraciones por IT de los diez tipo de cánceres más comunes en Noruega, se observó que una mayor proporción de pacientes con bajo nivel de educación, con problemas económicos, tratados con quimioterapia, hormonas y el tratamiento multimodal pertenecía al grupo con mayor duración de baja por IT (n= 481) en comparación con el grupo cuyas bajas médicas tenían menor duración (n= 359).

Igualmente, hay que destacar las diferencias observadas entre hombres y mujeres, por grupos de edad y para las diferentes actividades económicas estudiadas. Diferencias que son realmente importantes a partir del Percentil 75. La mayor duración de los episodios de ITCC entre las mujeres respecto a los hombres, y entre las personas mayores respecto a las jóvenes son hechos conocidos [35, 134] pero lo son menos cuando se compara la duración por ITCC por actividad económica.

### 3.2 DISCAPACIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER

Dado que las tasas de supervivencia de cáncer han aumentado considerablemente en los últimos años, los efectos secundarios a largo plazo de los tratamientos relacionados con el cáncer también han aumentado y pueden afectar a la capacidad de los supervivientes de recuperar una vida normal. Esto implica que algunas formas de cáncer se están convirtiendo en enfermedades crónicas [83, 90, 135]. Los síntomas residuales a largo plazo, tales como la fatiga, la depresión, el dolor y la limitación funcional, implican una peor calidad de vida en general en comparación con la población general [136, 137].

Hoy en día, el cáncer puede causar en los pacientes estrés físico y psicológico, dolor, miedo, depresión, problemas socioeconómicos o incluso riesgo de padecer una discapacidad permanente [138].

Diferentes estudios han demostrado recientemente que, tanto física como mentalmente, la capacidad para el trabajo [139] puede deteriorarse debido al cáncer, los supervivientes de cáncer presentan niveles de productividad menores [140-144] e informan de una gran variedad de problemas en el desarrollo de su trabajo [145, 146]

La mayoría de los estudios encontrados hablan más de discapacidad que de IP, sería importante llevar a cabo análisis que valoraran a nivel legislativo cuáles son las situaciones laborales de pacientes que han padecido algún tipo de cáncer en diferentes países.

Concretamente, un estudio finlandés en el año 2007, [144] demostró que la capacidad total de trabajo de los pacientes con cáncer fue mucho menor que en los

sujetos control sin cáncer, el 26% de los pacientes se quejaron de ciertos síntomas físicos que dificultaba sus tareas y un 19% presentaban síntomas mentales que influían también en su calidad de vida.

Kirchhoff informó que [110] más de un tercio de los supervivientes que se incorporaron a su trabajo a tiempo completo, a los 3 años no tenían la misma capacidad para desempeñar actividades propias de su trabajo igual a la que presentaban antes de su enfermedad, aunque la mayoría pusieron de manifiesto que mantenían una capacidad alta (promedio de 80% - 87% de la capacidad previa a la enfermedad) para la realización de los requisitos propios de su actividad laboral a lo largo de los 3 años de seguimiento. Sin embargo, otro estudio demostró que un 18 % los supervivientes de cáncer que se reincorporaban a sus trabajos encontraban dificultades a la hora realizar tareas físicas, el 12% se enfrentaban a limitaciones con respecto a la concentración mental prolongada y el 22% tenía problemas para mantener el mismo ritmo en el trabajo que el resto de trabajadores [147].

Muchos de los supervivientes de cáncer presentan algún tipo de discapacidad (ya sea física o cognitiva) que le limita a la hora de realizar las tareas propias de su puesto de trabajo [148], Oberst evaluó, en pacientes diagnosticados de cáncer (n=447 de mama y n=267 de próstata), el grado de discapacidad que presentaban como consecuencia de la enfermedad. Los resultados concluyeron que a los 12 meses del diagnóstico oncológico el 60% de las mujeres presentaban una discapacidad física importante para su trabajo, reduciéndose este porcentaje al 36% a los 18 meses, en contraposición con los hombres en los que sólo el 29% presentaba discapacidad física a los 12 meses que se redujo a 17% a los 18 meses.

Varios estudios se han centrado en analizar el trabajo y la ausencia de enfermedad después del cáncer en general, pero considerándose los diferentes grupos diagnósticos de cáncer por separado [127], ya que las secuelas de la enfermedades y el tratamiento varía sustancialmente entre los diferentes tipos de cáncer, por ejemplo: estudios internacionales han demostrado que una proporción importante de mujeres (13 -33%) con cáncer de mama se ve obligada a reducir sus horas de trabajo o dejar de trabajar de forma total IP entre los 4-6 años después de un diagnóstico de cáncer [105, 106].

Otros autores, como Johnsson, [149] evaluaron los principales factores que pueden influir en la reincorporación al trabajo en 102 mujeres suecas entre 18 y 64 años, habían sido sometidas a una cirugía por cáncer de mama, estos autores demostraron que no solamente el tratamiento recibido (quimioterapia y radioterapia) influían en el regreso al trabajo sino también factores psicosociales como la satisfacción en la vida y los recursos de afrontamiento positivo frente a la enfermedad.

Short en su estudio incluyó a pacientes con tumores en cabeza y cuello e informó que tenían el mayor riesgo de dejar de trabajar junto con los supervivientes de la fase IV y los pacientes afectados de tumores hematológicos [85].

En esta misma línea, Damkjae y cols. [105] evaluaron una muestra de 2.661 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama durante un período de 2,8 años, observando que 231 (8,7%) se encontraron en situación de IP durante el periodo de seguimiento del estudio. Aunque curiosamente, en este estudio se encontró un efecto protector en la quimioterapia, en general otras investigaciones mantienen que la quimioterapia tiene un efecto negativo tanto en reincorporación al trabajo [120, 150] como en la duración de la ausencia al mismo [133].

Algunos autores [151] han analizado en diferentes países la relación entre la jubilación anticipada y el estado mental, concluyendo que existe, de forma general, una relación entre jubilación anticipada y deterioro cognitivo. Sin embargo, en contraposición con esta afirmación, existe un estudio en el que se evaluaron 253 supervivientes de cáncer tras 5-7 años de haber sido diagnosticados de diferentes tipos de cáncer (de mama, colorrectal, de pulmón o próstata) y con edades comprendidas entre los 35-75 años, en este estudio se concluye que la IP o jubilación anticipada no influye negativamente en los supervivientes de cáncer ni en su calidad de vida [152].

Chao [153] estudió el grado de aceptación de la IP en 110 pacientes con cáncer colorrectal, observando que los participantes manifestaban niveles de aceptación moderados ante dicha situación y que entre los factores que influían en la peor aceptación se encontraban el nivel cultural bajo así como la menor duración de la enfermedad.

Las recaídas, la comorbilidad con otras enfermedades, la edad avanzada, el trabajo manual de ingresos medios, la formación profesional y la baja médica por enfermedad en el año anterior al diagnóstico, son factores que aumentan el riesgo de IP y desempleo [132, 154-156].





## OBJETIVOS

---



---

## OBJETIVOS

---

- Conocer la incidencia de neoplasias en una población trabajadora perteneciente a empresas cuyos episodios de ITCC estaban gestionados por una mutua de accidentes de trabajo de ámbito estatal, durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero de 2005 y el 31 de Diciembre de 2010.
- Describir las características socio-laborales de los casos de cáncer diagnosticados en la población de estudio.
- Conocer la incidencia de enfermedad oncológica en cada uno de los sectores de actividad empresarial por sexo durante el periodo de estudio.
- Analizar los distintos diagnósticos oncológicos determinados en la población de estudio y calcular su incidencia durante el tiempo de estudio.
- Estudiar la relación entre los diferentes tipos de diagnóstico oncológico y su distribución por sexo.
- Determinar la duración de los procesos de IT por neoplasias y conocer su distribución en las distintas variables socio-laborales.
- Determinar la duración de los procesos de IT en los diferentes tipos de diagnóstico por neoplasias y estudiar la diferencia entre sexos.

- Comprobar cuáles son los principales motivos de finalización del proceso de IT en los casos estudiados y su distribución en cada una de las variables socio-laborales.
  
- Estudiar las diferencias de los motivos de finalización del proceso de IT entre los distintos tipos de cáncer y el sexo.



# METODOLOGÍA Y DISEÑO EXPERIMENTAL

---



---

## METODOLOGÍA Y DISEÑO EXPERIMENTAL

---

### 1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de una muestra constituida por trabajadores con uno o más episodios de ITCC por neoplasias, iniciados en el período comprendido entre el 1 de Enero de 2005 y el 31 de Diciembre de 2010 y que han sido gestionados por una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de ámbito estatal.

### 2. SUJETOS

La muestra está constituida por trabajadores que presentan uno o más episodios de ITCC por neoplasias, que se encuentran afiliados a la S.S. y desempeñan su profesión en empresas, las cuales tienen contratada [63] la gestión de la ITCC con una mutua de ámbito estatal en España, incluyendo tanto a trabajadores del Régimen General de la S.S.(RGSS) como del Régimen Especial de Autónomos.

#### 2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

Fueron incluidos todos aquellos trabajadores con edades comprendidas entre los 16 y 65 años y que tenían un diagnóstico por neoplasia correcto según la clasificación CIE-9-MC (ICD-9) [157] durante el periodo comprendido entre el 01 de Enero de 2005 y el 31 de Diciembre de 2010.

Se estableció como criterio de inclusión que el episodio de ITCC por neoplasia hubiese sido seguido por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales hasta su resolución y durante el período de estudio.

La fecha final del seguimiento de los casos fue Diciembre del 2011.

Se excluyeron todos aquellos casos que no presentaron, ni pudo ser recuperada, la información relativa al grupo de edad y/o sexo.

### 3. EXTRACCIÓN Y MANEJO DE LOS DATOS:

Los datos fueron extraídos a partir de las bases de datos de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Para ello en un primer momento se contactó con la Central de la Mutua para solicitar todos los permisos oportunos de cesión de los mismos.

En presencia de un abogado, se firmó un compromiso de uso adecuado de los datos, que incluía la utilización de los mismos de forma anónima y con únicos fines investigadores.

Los datos fueron extraídos de las Unidades de Gestión de cada Comunidad Autónoma a partir del programa COGNOS, base de datos utilizada por la Mutua para el registro y control de los casos, durante los primeros días de Enero de 2011.

Los datos fueron exportados a ficheros Excel, a partir de los cuales se procedió a la fusión, organización, estructuración y corrección de errores.

Los errores detectados en los datos o las ausencias de contenido en alguna de las variables fueron corregidas a partir de búsquedas manuales en las historias individuales de cada uno de los pacientes.

Los casos se han clasificado en cinco grupos de edad: de 16 a 25 años, de 25 a 35 años, de 35 a 45 años, de 45 a 55 años y de 55 a 65 años.

La nacionalidad contemplada en los casos se distribuyó en tres categorías: Española, Europea y Resto del Mundo.

Los diagnósticos de neoplasia contemplados en los registros se habían realizado teniendo en cuenta el listado CIE-9-MC (ICD-9) (Tabla x) [157], lo que contemplaba 786 tipos distintos de diagnósticos en los casos de estudio. Dado el excesivo número de posibles categorías en la variable Tipos de Diagnóstico se decidió agruparlas en 22 categorías.

Para establecer el Año de Diagnóstico se tuvo en cuenta la fecha del diagnóstico médico de neoplasia. En los casos que tenían más de un proceso de IT por el mismo diagnóstico, se tuvo en cuenta únicamente la fecha de baja del primer proceso.

Para el cálculo de la Duración de la IT (en meses) de aquellos casos en los que se contempló más de un periodo de baja con un mismo diagnóstico oncológico, se procedió a la suma de cada uno de los periodos de baja temporal, razón por la cual algunos casos superan la duración máxima legal de la IT, que es de 18 meses de modo continuo.

Cada uno de los casos fue etiquetado por actividad empresarial llevada a cabo según Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-2009) [158]. Teniendo en cuenta que, los casos correspondientes a los años 2005-2008 se habían registrado con el CNAE 93, se realizó una recategorización de los mismos a CNAE-2009. Dado el excesivo número de subcategorías iniciales contempladas, 716, se decidió reagruparlas y quedando finalmente reducidas en 20 categorías.

También se ha considerado el tipo de afiliación a la S.S, siendo dos las categorías contempladas: afiliado empresarial (trabajadores por cuenta ajena) y autónomos.

La antigüedad en la empresa fue establecida mediante una variable categórica con cuatro categorías: Menos de un año, entre 1 y 5 años, entre 5 y 10 años y más de 10 años.

El tamaño de la empresa, fue otra variable considerada en algunos de los análisis, estableciendo diferencia entre los autónomos y los trabajadores por cuenta ajena, los cuales fueron agrupados en tamaños de empresa de 0 a 100 trabajadores, de 100 a 500 trabajadores, de 500 a 1000 trabajadores y Más de 1000 trabajadores.

Inicialmente los Motivos de Alta Médica contemplados en la base de datos cedida por la Mutua eran 10: “Mejoría que permite reincorporación al trabajo/Recuperación” (M/R), “Por curación”, “Agotamiento de plazo”, “Inspección médica”, “Propuesta de invalidez”, “Alta por resolución”, “Por fallecimiento”, “Incomparecencia”, “Fin de responsabilidad”, “Desconocido”.

Dado el escaso interés que tenía alguno de ellos, se decidió reducirlos a 8 categorías:

- “Mejoría que permite trabajo habitual o Recuperación” (M/R): contempla aquellos casos que reciben un alta médica, porque según el criterio médico ya no existe impedimento alguno para que la persona pueda realizar su trabajo habitual.

- “IP”: incluye aquellos casos que tras haber pasado por el tribunal médico correspondiente, la Inspección Médica determina que debido a su enfermedad la

capacidad laboral de esa persona se ve reducida o anulada de forma presumiblemente definitiva.

- “Por fallecimiento”.

- “Alta por resolución”: aquellos casos que tras pasar el tribunal médico correspondiente, la Inspección Médica determina que esa persona se encuentra apto para realizar su trabajo habitual.

- “Incomparecencia”: incluye aquellos casos en los que estando de baja médica no acuden de forma justificada a las visitas médicas concertadas con la entidad gestora, por lo que se procede a la extinción de la prestación por IT y deja de ser responsabilidad de la mutua.

- “Fin de responsabilidad”: contempla aquella situación en la que la mutua deja de tener responsabilidad sobre ese proceso por el motivo que fuera, por ejemplo, en el caso de que la empresa decidiera contratar la gestión con otra mutua de accidentes.

- “Jubilación”: son aquellos casos en los que estando de baja médica le ha sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación.

- “Desconocido”: contempla por un lado aquellos casos cuyo proceso clínico ya estaba cerrado pero no se completó el motivo del alta médica final en ningún apartado de la historia clínica y por otro lado, incluye también los casos abiertos, es decir, aquellos que tras la segunda revisión de los mismos continuaban en situación de baja médica.

Posteriormente y de cara a simplificar algunos de los análisis posteriores se decidió agrupar algunas de estas categorías y reducir la variable a 6 categorías (Mejoría/Recuperación, IP, Por Fallecimiento, Fin de responsabilidad y Desconocido):

- En la nueva categoría “Mejoría que permite trabajo habitual o Recuperación” (M/R) se incluyeron los casos categorizados como M/R junto con los casos de “Alta por resolución”.
- En la nueva categoría “Fin de responsabilidad” se agruparon los casos correspondientes a “Incomparecencia”, “Fin de responsabilidad” y “Jubilación”.

Los casos cuyos procesos inicialmente no estaban cerrados (diagnosticados en los últimos trimestres del seguimiento), fueron revisados en Diciembre de 2011 para comprobar si habían finalizado y cuál era el motivo final del proceso de IT. Tras esta última revisión 66 casos continuaban en situación de baja laboral, por lo que fueron considerados como “casos abiertos”.

En todas las variables no vinculantes se consideró una categoría extra denominada “no informado”, que incluía aquellos casos con ausencia de información para la variable en cuestión.

Una vez completado el fichero de datos inicial se procedió a su conversión en un formato de IBM-SPSS, programa estadístico utilizado en este estudio.

#### 4. ANÁLISIS DE LOS DATOS:

El análisis estadístico de los datos se ha llevado a cabo con el programa IBM-SPSS Statistics versión 20. Se ha incluido un análisis descriptivo y epidemiológico de cada una de las variables (recuentos, porcentajes, incidencias, tasas, etc.), así como análisis inferenciales a través de correlaciones, pruebas t de student, análisis de la varianza de un factor (ANOVA) y pruebas chi – cuadrado.

Para el cálculo de algunas Incidencias se accedió al número de trabajadores totales protegidos por la Mutua, que constituye la población origen de los casos diagnosticados (PPM).

##### 4.1 CÁLCULO DE LA INCIDENCIA MEDIA ANUAL

La incidencia Media Anual o Tasa de incidencia anual (IM anual) se ha calculado a partir de la media de las incidencias acumuladas en cada uno de los años del periodo de seguimiento, teniendo en cuenta para dicho cálculo el número de sujetos con algún tipo de cáncer diagnosticado.

$$\text{IM anual} = \frac{\sum \text{Incidencia anual 2005-2010}}{\text{-----}}$$

6

Para el cálculo de la Incidencia por Tipos de Diagnóstico Oncológico se ha tenido en cuenta el número de procesos oncológicos distintos diagnosticados durante el periodo de seguimiento (Enero de 2005-Diciembre de 2010), de tal forma

que, en aquellos sujetos con más de un proceso oncológico de baja médica por diferentes tipos de neoplasia se han considerado cada uno de estos procesos de forma independiente.

El cálculo de la incidencia por categoría de Actividad Empresarial se ha realizado con la información de la PPM total en cada una de las Actividades Profesionales incluidas en CNAE 09 [158], pero agrupadas en 4 categorías: Primario, Construcción, Industria y Servicios.



## RESVLTADOS

---



---

## RESULTADOS

---

### POBLACIÓN ORIGEN DE LOS CASOS DIAGNOSTICADOS

La población origen de los casos estuvo formada por una media contabilizada a la mitad del seguimiento de  $n=775.101$  trabajadores anuales (Tablas 1 y 2), con edades entre los 16 y 65 años. Dichos trabajadores pertenecían a diferentes empresas de España, cuya ITCC estaba gestionada por una Mutua de Accidentes de Trabajo de ámbito estatal y que se encontraban en situación de alta laboral en el periodo comprendido entre el 01 de Enero de 2005 y el 31 de Diciembre de 2010.

La Población Protegida por la Mutua de Accidentes (PPM), se extiende a todas las Comunidades Autónomas de España, y ha ido en aumento desde el año 2005 donde la PPM fue de  $n= 656.766$  trabajadores hasta los  $n=910.305$  trabajadores en el año 2010 (Tabla 2).

La media de la PPM representó aproximadamente el 3,8% de la media de la Población Ocupada en España (POE) para el mismo intervalo de tiempo, según datos proporcionados por el INE [159] (Tablas 1 y 2). En este cálculo hay que tener en cuenta que la POE contabilizaba los casos de mayores de 65 años y nosotros no lo hemos hecho en nuestro estudio.

El número medio de hombres protegidos por la Mutua a mitad del seguimiento fue de  $n=468.645$  (58,2%), mientras que el de mujeres fue de  $n=306.456$  (41,8%), lo que representa el 4,0% y 3,6% medio respectivamente de la POE (Tablas 1 y 2).

Los sujetos se han categorizado según su edad en 5 grupos (Tablas 1 y 2). El 62,6% medio (n=484.875) de los sujetos de la PPM se encontraban entre los 25 y 45 años, siendo el grupo con mayor porcentaje el de los 25 a 35 años (33,4%), tanto en hombres como en mujeres (Tabla 1). En todos los grupos de edad era mayor el número de hombres que el de mujeres.

La distribución de los sujetos por grupo de edad en la PPM fue similar a la POE para el mismo periodo, tanto para la población total como para cada uno de los sexos, siendo todas las relaciones estadísticamente significativas (chi-cuadrado).

## CASOS DIAGNOSTICADOS

El número de sujetos con algún tipo de cáncer diagnosticado en la población de estudio durante todo el periodo de seguimiento (Enero 2005-Diciembre 2010) fue de n=9146, contabilizándose n=4519 (49,4%) en los hombres y n=4627 en las mujeres (50,6%) (Tabla 3), sin embargo, el número de procesos oncológicos distintos diagnosticados fue de n=9197.

El cálculo de la incidencia media o tasa de incidencia anual (IM) durante el periodo de seguimiento de padecer cáncer, se ha realizado a partir de la media de las incidencias acumuladas en cada uno de los años del seguimiento. La IM durante el periodo de seguimiento fue de 1,9 por cada 1000 trabajadores, registrándose las mayores incidencias en los años 2008 y 2009 con unos 2000 casos al año y una incidencia anual por encima del 2,3 por cada 1000 trabajadores (Tabla 4).

El número de casos de cáncer diagnosticados para todo el periodo de seguimiento fue similar en hombres (n=4519) que en mujeres (n=4627), si bien la IM anual para las mujeres fue del 2,41 por 1000 frente al 1,6 por 1000 de los

hombres (Tabla 4), siendo el Riesgo Relativo (RR) de las mujeres con respecto a los hombres de 1,56 [IC95% 1,50-1,63], estadísticamente significativo. La relación entre el número de casos por cáncer y el sexo resulta estadísticamente significativa (chi-cuadrado), tanto para el total de los casos como en cada año de seguimiento ( $p < 0,001$ ).

El 85,8% de los casos ( $n=7844$ ) se han registrado en los grupos de edad entre los 35 y 65 años, siendo el grupo con mayor número y porcentaje el de los 45 a 55 años ( $n=2999$ ; 32,8%), y con una IM anual del 3,35 por 1000 (Tablas 3 y 4). En las mujeres el mayor porcentaje correspondió al grupo de los 45 a 55 años ( $n=1590$ ; 34,4%) y una IM anual del 4,49 por 1000, mientras que en los hombres, éste se encontraba en el grupo de 55 a 65 años ( $n=1887$ ; 41,8%) y una IM anual del 6,84 por 1000 (Tabla 3). La relación entre el número de casos y los grupos de edad resultó estadísticamente significativa, tanto para la muestra total como en cada uno de los sexos y para todos los años de seguimiento (chi-cuadrado  $p < 0,001$ ).

Resulta interesante el estudio del RR en cada uno de los grupos de edad en función del sexo, en todos los casos se registran diferencias estadísticamente significativas. En el grupo de 16 a 25 años el RR de las mujeres con respecto a los hombres fue de 1,48 [IC95% de 1,11-1,97], en el de 25 a 35 años  $RR=2,30$  [IC95% 2,04-2,59], en el de 35 a 45 años  $RR=3,29$  [IC95% 3,01-3,59] y en el de 45 a 55 años  $RR=1,77$  [IC 95% 1,65-1,90]; sin embargo en el grupo de edad de 55 a 65 años el riesgo se invierte, siendo  $RR=0,83$  [IC 95% 0,76-0,90] (si lo calculamos hombres con respecto a las mujeres  $RR=1,20$  [IC95% 1,11-1,31]).

En la variable nacionalidad se han contemplado tres categorías: Nacionalidad Española, Europea, Resto del mundo y no informado. El 86,1%

(n=7877) de los casos diagnosticados correspondieron a sujetos de nacionalidad española (Tabla 3), siendo la distribución en cada sexo similar al total.

En las tablas 3 y 5 se recogen la distribución de los casos según la Actividad Empresarial a la que se dedicaban los sujetos en el momento del diagnóstico. En un caso corresponde a una clasificación en 4 categorías (Tabla 3) y en el otro en 21 categorías (según CNAE 09) (Tabla 5).

Respecto a la clasificación de la Actividad Empresarial en 4 categorías (Tabla 3), el mayor porcentaje de casos diagnosticados (71,3%; n=6520) correspondió al sector Servicios. Con porcentajes mucho menores se situaron el sector de la Industria (15,4%; n=1412) y el de la Construcción (11,2%; n=1022). Respecto a dicha clasificación por sexo, es mayor el porcentaje de casos en mujeres que se dedicaban al sector servicios (84,9%) que el de los hombres (57,3%). En los hombres, el sector de la Industria y el de la Construcción representaron porcentajes superiores al 19% (Tabla 3). La relación entre el número de casos con cáncer y la actividad empresarial contemplada en 4 categorías resultó estadísticamente significativa, tanto para la muestra total como en cada sexo por separado, y no sólo para el total de los casos, sino para cada año del seguimiento (chi-cuadrado  $p < 0,001$  en todos los casos).

La tabla 5 recoge la distribución de los casos diagnosticados en cada una de las 21 categorías de la Actividad Empresarial contempladas en el CNAE 09. Para el total de la muestra, el mayor porcentaje de casos de cáncer diagnosticados (17,2%) se situó en el sector del “Comercio al por mayor y por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas” (n=1573), seguido de la categoría “Industria manufacturera” con un 15,3% (n=1398) de los sujetos. Por sexo, en las mujeres destaca el número de casos en la categoría “Comercio al por mayor y por menor,

reparación de vehículos de motor y motocicletas” (n=904), seguido de la “Hostelería” (n=686) y las “Actividades administrativas y servicios auxiliares” (n=646); mientras que en el grupo de los hombres las tres actividades con mayor número de casos fueron la “Industria Manufacturera” (n=947), la “Construcción” (n=862) y el “Comercio al por mayor y por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas” (n=669) (Tabla 5). No podemos calcular la posible relación entre el número de casos y la Actividad Empresarial en la que se registran al no disponer de los datos de esa distribución en la PPM

La variable tipo de afiliación se ha codificado en 2 categorías: afiliado empresarial (trabajadores por cuenta ajena), autónomos y no informado (Tabla 3). El 77,1% de los sujetos con diagnóstico de cáncer (n=7053) se encontraban en situación de afiliación empresarial frente a un 22,8% que ejercían su actividad empresarial como autónomos (n=2089).

La variable Antigüedad en la Empresa se categorizó en 4 categorías (Tabla 3). Aunque el mayor porcentaje se registró en el grupo de sujetos que llevaban en la empresa entre 1 y 5 años (30,4%), la distribución fue homogénea entre el resto de categorías.

En la tabla 3 también se recoge la variable Tamaño de Empresa, en número de trabajadores, la cuál ha sido categorizada en 5 categorías. El mayor número de sujetos con diagnóstico de cáncer pertenecían a empresas con un tamaño entre 0 y 100 trabajadores (n=5605; 61,3%), y tanto en las mujeres (57,9%; n=2680) como en los hombres (64,7%; n=2925).

En las variables Nacionalidad, Actividad Empresarial, Tipo de Afiliación, Antigüedad en la Empresa y Número de trabajadores en la Empresa se consideró una categoría extra para los casos no informados.

## TIPOS DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

A partir de todos los procesos oncológicos diagnosticados (n= 9197), establecemos el análisis según el tipo de diagnóstico oncológico, siendo las localizaciones más destacadas el cáncer de mama (n=1750; 19,0%), los tumores ginecológicos (n=1142; 12,4%), el cáncer colorrectal (n=735; 8,0%), los cánceres hematológicos (n=738; 8,0%) y el cáncer de pulmón (n=732; 8,0%) (Tabla 7).

En el análisis por sexo, en los hombres los cánceres con mayor frecuencia registrada corresponden al cáncer de pulmón (n=584; 12,8%), el cáncer colorrectal (n=517; 11,4%), los cánceres hematológicos (n=472; 10,4%), los ORL (n=467; 10,3%) y en quinto lugar los de próstata (n=435; 9,6%) (Tabla 7). La IM anual varió entre el 2,1 por 10000 del cáncer de pulmón y el 1,5 por 10000 correspondiente al cáncer de próstata (Tabla 7).

En las mujeres, ha sido el cáncer de mama (n= 1717; 36,9%), los cánceres ginecológicos (n=1142; 24,6%), los hematológicos (n=266; 5,7%), el cáncer colorrectal (n=218; 4,7%) (Tabla 7) y el cáncer de SNC (n=171; 3,7%) los más frecuentes. De hecho, en las mujeres, la suma del cáncer de mama y los ginecológicos representaron el 61,5% de todos los cánceres diagnosticados en mujeres. La IM anual para el cáncer de mama en las mujeres durante el periodo de seguimiento fue del 8,91 por 10000. Los cánceres ginecológicos presentaron una IM anual del 5,87 por 10000 (Tabla 7).

Se han registrado varios diagnósticos en los que existen diferencias en cuanto al sexo (al margen de los que sólo permiten diagnóstico en un sexo en concreto); así en los hombres con respecto a las mujeres, son mucho más frecuentes el cáncer de vejiga (n= 342; IM anual=1,21 por 10.000 versus n=50; IM anual 0,3 por 10.000), el cáncer de pulmón (n=584; IM anual 2,1 por 10.000 versus

n=148; IM anual 0,8 por 10.000) y el cáncer de hígado y vías biliares (n=117; IM anual 0,4 por 10.000 versus n=34; IM anual 0,2 por 10.000). Y por el contrario, el cáncer de mama (n= 1717; IM anual 8,9 por 10.000 versus n=33; IM anual 0,1 por 10.000) y los tumores de glándulas endocrinas (n= 123; IM anual 0,7 por 10.000 versus n=73; IM anual 0,3 por 10.000) son más frecuentes en las mujeres que en los hombres (Tabla 7).

En el análisis de los riesgos relativos entre hombres y mujeres destacan los siguientes resultados: el riesgo de padecer cáncer de mama durante el periodo de seguimiento es 79,57 veces más probable [IC95% 56,4 -112,3] en las mujeres que en los hombres. Sin embargo, los hombres tienen 4,5 veces [IC 95% 3,3-6,0] más probabilidad de sufrir cáncer de vejiga que las mujeres, y más del doble de padecer cáncer de pulmón (RR=2,6 [IC 95% 2,2-3,1]), de hígado y vías biliares (RR=2,25 [IC 95% 1,5-3,3]) o hipernefoma (RR=2,36 [IC 95% 1,6-3,5]) (Tabla 7).

Los datos en relación al tipo de diagnóstico oncológico, el sexo y el año de seguimiento aparecen en las Tablas 8 y 9.

Cada uno de los tipos de diagnóstico oncológico por grupo de edad se presentan en la Tabla 10. No teniendo en cuenta aquellos diagnósticos que sólo son posibles en uno de los sexos, incluyendo el de mama, en los grupos de 16 a 45 años el mayor número de casos se registra en los cánceres hematológicos, concretamente, en el grupo de 16 a 25 años (n=51; 27,1%) con una IM anual de 10,9 por 100.000; en el grupo de 25 a 35 años (n=142; 12,7%) con una IM anual de 8,0 por 100.000 y en el de 35 a 45 años (n=192; 8,7%) con una IM anual de 14,0 por 100.000; y en los grupos de 45 a 55 años y de 55 a 65 años es el cáncer de pulmón con una IM anual de 31,6 por 100.000 (n=276; 9,1%) y de 82,5 por 100.000 (n=344; 12,9%) respectivamente.

Este análisis resulta mucho más real y concluyente cuando se establece en cada sexo por separado (Tablas 11 a y b). Tanto en hombres como en mujeres, se establece una relación estadísticamente significativa (chi-cuadrado) entre el Grupo de Edad y el Tipo de Diagnóstico ( $p < 0,001$  en ambos sexos), si bien en los hombres, el diagnóstico con mayor IM anual difiere de unos Grupos de Edad a otros, mientras que en las mujeres, las mayores IM anuales prácticamente se repiten en los mismos diagnósticos en todos los grupos.

En los hombres, y en concreto en los grupos de 16 a 25 años y de 35 a 45 años, la mayor IM anual correspondió a los cánceres hematológicos con un 12,9 y 14,8 por 100.000 hombres respectivamente; en el grupo de 25 a 35 años la mayor IM anual fue en los cánceres urológicos con un 9,0 por 100.000; en el grupo de 45 a 55 años se registró en el cáncer de pulmón (IM anual 38,3 por 100.000), seguido de los ORL (IM anual 37,1 por 100.000) y los colorrectales (IM anual 34,6 por 100.000); en el grupo de 55 a 65 años destaca la IM del cáncer de próstata (IM anual 124,0 por 100.000) seguido por el cáncer de pulmón y colorrectal.

En las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en las de 25 a 35 años, la mayor IM anual se registra en el cáncer de mama, siendo la IM anual a partir de los 45 años del 1,9 por 1000 aproximadamente. La segunda localización con mayor IM anual, primera en el grupo de 25 a 35 años, es la correspondiente a los cánceres ginecológicos.

## INCAPACIDAD TEMPORAL

La Duración de la IT sólo ha podido ser calculada sobre los casos de tipo de diagnóstico (n=9197) que en el momento de finalización de este estudio se encontraban cerrados. El número de casos abiertos ("sin resolución") en diciembre de 2011 fueron n=66.

El tiempo medio de la Duración de la IT para los casos cerrados (n=9131) fue de 251,61 días (DT 191,90) [IC 95% 247,67-255,54]; 247,32 días (DT 179,27) en los hombres y de 255,79 días (DT 203,41) en las mujeres (Tabla 12). Aunque la diferencia entre hombres y mujeres respecto a la duración de la IT es estadísticamente significativa (p=0,035) (Media de la diferencia: 8,48 días IC95 [0,60-16,35]), clínicamente consideramos que carece de relevancia.

Se registran diferencias estadísticamente significativas (ANOVA) en la duración de la IT entre grupos de edad, tanto para la muestra completa (p<0,001) como en cada uno de los sexos (hombres p<0,001, mujeres p>0,001) (Tabla 12). El valor más alto en la Duración de la IT corresponde al grupo de edad de 45 a 55 años con 271,29 días (DT 195,66). En el análisis por sexo, encontramos que en el grupo de los hombres la categoría con mayor valor de duración de la IT corresponde al grupo de 16 a 25 años con una media de 284,37 días (DT 207,90), mientras que en el grupo de las mujeres la mayor duración de IT corresponde al grupo de edad de 55 a 65 años con 315,31 días (DT 196,71) (Tabla 12).

En el análisis entre sexos en cada uno de los grupos de edad, llama la atención que en los grupos de menor edad, la duración de la IT es mayor en hombres que en mujeres, mientras que en los grupos de mayor edad es al revés. En el grupo de edad de 35 a 45 años no se registran diferencias significativas (p=0,710). Es destacable la diferencia estadísticamente significativa (Prueba T

muestras independientes) en el grupo de edad de 16 a 25 años ( $p < 0,001$ ), donde los hombres tienen una duración media de la IT superior a las mujeres de 111,01 días [IC 95% 52,91-169,10]. La diferencia en los grupos de edad de 25 a 35 años ( $p = 0,018$ ) y de 45 a 55 años ( $p = 0,006$ ), aunque estadísticamente significativa, administrativamente es poco interesante. En el grupo de 55 a 65 años es donde la diferencia entre sexos (69,76 días [IC 95% 54,66-84,85]) vuelve a ser mayor, en este caso son las mujeres las que registran una mayor duración ( $p < 0,001$ ) (Tabla 12).

El 71,9% de los casos diagnosticados tienen una duración menor a 12 meses. La duración más frecuente es la de entre 3 y 12 meses donde se contabilizan el 43,3% de los casos (Tabla 13). La distribución de porcentajes en cada uno de los sexos es similar al total. Existe relación (chi-cuadrado) estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre la Duración de la IT categorizada y los Grupos de Edad, manteniéndose en el análisis en cada sexo.

En los grupos de edades inferiores (de 16 a 25 años y de 25 a 35 años) la duración de la IT se sitúa por debajo de los 3 meses en el aproximadamente 42% de los casos, mientras que en los grupos de mayor edad, los mayores porcentajes corresponden a duraciones entre 3 y 12 meses (Tabla 13). Esta relación entre los grupos de edad y la duración de la IT categorizada en grupos es estadísticamente significativa (chi-cuadrado  $p > 0,001$ ), relación que también resulta estadísticamente significativa en cada uno de los sexos (Tabla 13).

Las localizaciones que mayor media de la duración de la IT registraron fueron el cáncer colorrectal (336,80 días, DT: 186,19), seguido de los cánceres hematológicos (324,27 días, DT: 197,39), el cáncer de mama (318,05 días, DT: 202,15) y el cáncer de estómago (296,50 días, DT: 172,82), todos ellos por encima

de los 9 meses. Por otro lado, los cánceres con menor duración de esa incapacidad fueron los tumores de Tejidos Blandos (122,93 días, DT: 132,51), con una duración alrededor de los 4 meses (Tabla 14). Se registran diferencias estadísticamente significativas (ANOVA) entre el Diagnóstico Oncológico y la Duración de la IT ( $p < 0,001$ ).

En los hombres, sólo hay dos localizaciones que superen los 300 días, y son el cáncer colorrectal y los cánceres hematológicos, mientras que en las mujeres son seis las localizaciones que superan esta cifra: los cánceres colorrectales, los del Sistema Nervioso Central, los gástricos, los hematológicos, los de pulmón, y los de mama (Tabla 14). Tanto en hombres como en mujeres, se mantienen las diferencias estadísticamente significativas (ANOVA) entre el Diagnóstico Oncológico y la Duración de la IT ( $p < 0,001$ , en ambos casos).

Se registran diferencias estadísticamente significativas y clínicamente interesantes en cuanto a la duración de la IT entre hombres y mujeres en el cáncer de pulmón, en el de páncreas, en el hipernefoma, en los otorrinolaringológicos, en los oftalmológicos y en los del Sistema Nervioso Central, siendo la diferencia superior a los 68 días. En todos ellos, excepto en los otorrinolaringológicos y en los oftalmológicos, la duración es siempre superior en las mujeres que en los hombres (Tabla 14).

En todos los diagnósticos oncológicos el mayor porcentaje de duración de la IT cuando categorizamos la variable, corresponde a la duración entre 3 a 12 meses, tanto en la muestra total (Tabla 15) como en cada uno de los sexos. La relación entre la Duración IT categorizada y el Diagnóstico Oncológico (Chi-cuadrado) resulta estadísticamente significativa en todos los casos ( $p < 0,001$ ).

La duración de la IT en cada una de las actividades empresariales según la clasificación en 4 categorías varía entre los 249,06 días del sector industria y los 269,30 días del sector primario (Tabla 12). En todos los sectores la duración de la IT es mayor en las mujeres que en los hombres, sin embargo, no se registran diferencias estadísticamente significativas entre la duración de la IT entre hombres y mujeres en ninguno de los sectores. Respecto a la variable duración de la IT categorizada en intervalos de tiempo, el tiempo con mayor porcentaje en todos los sectores corresponde al intervalo de 3 a 12 meses (Tabla 13).

Por otro lado, se presenta también la duración de la IT en cada una de las actividades empresariales según la Clasificación CNAE 09 en la Tabla 16, tanto en forma de variable cuantitativa como categórica. La mayor duración se registra en el sector “Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado” con una media de 304,67 días (DT 265,58), si bien, teniendo en cuenta que el número de casos diagnosticados fue de tan sólo 3. El resto de las Actividades están cerca de la media (Tabla 16). Se registran diferencias estadísticamente significativas (ANOVA) entre las categorías del CNAE 09 y el tiempo de duración de las IT ( $p < 0,001$ ).

En todas las Actividades empresariales, según la clasificación CNAE 09, el mayor número de sujetos (entre el 35 y 57%) presentan duraciones de la IT entre 3 y 12 meses (Tabla 16). El estudio de relación (Chi-cuadrado) entre la duración de la IT categorizada y la Clasificación CNAE 09 también resulta estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ).

Según el tiempo de antigüedad en la empresa, la media de mayor duración de la IT se registró en el grupo de antigüedad menor a un año con 250,58 días (DT 197,57) (Tabla 12). Se registraron diferencias estadísticamente significativas

(ANOVA) entre la duración de la IT y la antigüedad en la empresa categorizada en grupos ( $p > 0,001$ ), aunque la relevancia epidemiológica de este hecho no resulta demasiado interesante, ya que las diferencias entre grupos no superan los 20 días. En el análisis de la variable de duración de la IT categorizada, se observó que, en todos los grupos de antigüedad en la empresa, el mayor porcentaje de sujetos tuvieron una duración de la IT entre 3 y 12 meses (Tabla 13).

En cuanto a la duración de la IT por la variable Tamaño de Empresa, se observa que, la mayor duración media de la IT corresponde a los Autónomos con una media de 265,35 días (DT 194,33). Respecto a los trabajadores por cuenta ajena, la mayor duración se establece en aquellos casos en los que los trabajadores pertenecen a empresas de 0 a 100 trabajadores con una media de 254,94 días (DT 189,46) (Tabla 12). Se registran diferencias estadísticamente significativas (ANOVA) entre la duración de la IT y el tamaño de la empresa en la que trabaja el sujeto diagnosticado de cáncer ( $p = 0,002$ ). En la Tabla 13 se presenta la duración de la IT categorizada en cada categoría de la variable Tamaño de Empresa, donde se repite el hecho de que la mayor duración de la IT corresponde a la duración entre 3 y 12 meses. La relación (chi-cuadrado) entre ambas variables resulta igualmente estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

## MOTIVO FINAL DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Inicialmente el Motivo Final del proceso de IT fue categorizado en 8 categorías pero de cara a simplificar el análisis posterior de los datos se decidió agrupar algunas de estas categorías y reducir la variable a 5 categorías (Mejoría/Recuperación, IP, por Fallecimiento, Fin de Responsabilidad y Desconocido).

El 62,7% (n=5763) de los diagnósticos oncológicos tienen como motivo final del proceso la M/R. Tan sólo el 9,4% (n= 869) de los diagnósticos de cáncer mueren durante el periodo de seguimiento, lo cual no significa que esa sea precisamente la mortalidad debido al cáncer, ya que una vez resuelta la IT, ésta puede llegar a producirse. El 24,4% (n= 2243) de los casos terminan su proceso oncológico en IP (Tabla 17).

En el análisis en cada sexo, observamos que es más elevado el porcentaje de mujeres que finalizan su proceso oncológico con una M/R (72,8%; n=3388) que el de los hombres (52,2%; n=2375). Sin embargo, cuando el motivo final es “fallecimiento” los porcentajes se invierten, siendo mayor la probabilidad de éste en los hombres (14,1%; n=643) que en las mujeres (4,9%; n=226). La relación entre el motivo final de la IT y el sexo fueron estadísticamente significativas (chi-cuadrado;  $p < 0,001$ ) (Tabla 17).

En el análisis del motivo final de la IT por grupo de edad, observamos que el porcentaje de M/R es mayor cuanto menor es la edad del sujeto, mientras que el de IP aumenta según aumenta la edad de los sujetos. Así, el porcentaje de M/R en el grupo de 16 a 25 años se eleva hasta el 73,9% (n=139), mientras que el de IP en el de 55 a 65 años alcanza el 33,4% (n=889). Los mayores porcentajes por fallecimiento se registran en los grupos de edad a partir de los 45 años, a medida

que aumenta la edad, aumenta el porcentaje de fallecimiento (Tabla 17). Se registra una diferencia estadísticamente significativa (chi-cuadrado) entre el motivo final de la IT y el grupo de edad ( $p < 0,001$ ).

En el análisis entre el Motivo final de la IT y el Tipo de Diagnóstico Oncológico se registra una relación (chi-cuadrado) estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Destacan los porcentajes superiores al 80% en la categoría M/R en los cánceres urológicos, de los Tejidos Blandos, ginecológicos, dermatológicos y oftalmológicos. Por otro lado, el fallecimiento presenta porcentajes por encima del 30% en el cáncer de páncreas, de hígado y vías Biliares, de pulmón y de estómago. En la categoría de IP destacan los porcentajes correspondientes a los cánceres del aparato respiratorio y de pulmón (Tabla 18).

En el análisis entre el Motivo final de la IT por Tipo de Diagnóstico Oncológico en cada sexo (Tabla 19), se ha incorporado el riesgo relativo (RR) de los hombres con respecto a las mujeres en cada tipo de diagnóstico oncológico y en los principales motivos finales del proceso. De dicho análisis se desprenden resultados muy interesantes. El riesgo en un cáncer otorrinolaringológico de terminar en una IP es casi cinco veces mayor en los hombres que en las mujeres (RR=4,93 [IC 95% 2,77-8,78]). El riesgo de muerte en los hombres es mayor que en las mujeres en casi todos los casos, de forma total para todos los diagnósticos el riesgo en los hombres se multiplica casi por tres respecto a las mujeres (RR=2,91 [IC 95% 2,52-3,37]). Destacan el riesgo relativo de muerte en los hombres con respecto a las mujeres en los cánceres de aparato digestivo (RR=3,31 [IC 95% 1,48-7,38]), de páncreas (RR=3,71 [IC 95% 1,45-9,51]), de Sistema Nervioso Central (RR=1,99 [IC 95% 1,11-3,56]) o de pulmón (RR=1,87 [IC 95% 1,33-2,64]).

También hemos analizado la relación entre las distintas actividades empresariales y los motivos finales de la IT, destacando que la actividad en la que el porcentaje de sujetos que tienen una M/R es mayor en la de “Información y Comunicaciones” (73,2%; n=123), mientras que la actividad con mayores porcentajes en IP y fallecimiento es la de “Actividades de los hogares: como empleadores de personal” con un 37,5% y 15,0% respectivamente (Tabla 20). Se encontró relación estadísticamente significativa (chi cuadrado) entre la Actividad Empresarial y el Motivo Final de IT ( $p > 0,001$ ).

Si el mismo análisis lo estableciésemos con el CNAE categorizado en 4 categorías, destaca que los sujetos que se dedican al sector de la construcción son los que presentan menor posibilidad de M/R (47,7%; n=488), mientras que son los que presentan mayor probabilidad de IP (34,4%; n=352) o fallecimiento (14,1%; n=144) (Tabla 17).

En el análisis entre la antigüedad en la empresa y el motivo final (Tabla 17) aunque estadísticamente (chi-cuadrado) se detectó relación significativa ( $p < 0,001$ ), epidemiológicamente no detectamos ningún dato relevante a destacar.

Sin embargo, en el análisis entre el motivo final de la IT y el número de trabajadores de la empresa, encontramos un hecho llamativo, el porcentaje de M/R es mayor en aquellos sujetos que pertenecen a empresas con mayor número de trabajadores, mientras que el fallecimiento es menor en éstas (Tabla 17), la relación (chi cuadrado) es estadísticamente significativa ( $p > 0,001$ ).

GRUPO EDAD	TOTAL			SEXO							
	PPM(%)	POE(%)		HOMBRES		MUJERES					
				PPM (%)	POE (%)	PPM (%)	POE (%)	PPM (%)	POE (%)	PPM (%)	POE (%)
De 16 a 25 años	79.639 (10,3)	1.902.950 (9,4)		46.318 (9,9)	1.084.550 (9,1)	33.321 (10,9)	818.400 (9,7)				
De 25 a 35 años	258.647 (33,4)	5.961.850 (29,4)		149.952 (32,0)	3.335.800 (28,8)	108.695 (35,5)	2.626.050 (31,1)				
De 35 a 45 años	226.228 (29,2)	5.744.400 (28,3)		139.014 (29,7)	3.340.750 (28,2)	87.214 (28,5)	2.403.650 (28,4)				
De 45 a 55 años	142.963 (18,4)	4.374.200 (21,5)		87.796 (18,7)	2.579.450 (21,8)	55.167 (18,0)	1.794.750 (21,2)				
De 55 a 65 años	67.625 (8,7)	2.323.300 (11,4)		45.566 (9,7)	1.513.250 (12,8)	22.059 (7,2)	810.050 (9,6)				
<b>TOTAL</b>	<b>775.101 (100,0)</b>	<b>20.306.700 (100,0)</b>		<b>468.645 (100,0)</b>	<b>11.853.800 (100,0)</b>	<b>306.456 (100,0)</b>	<b>8.452.900 (100,0)</b>				

PPM: Media de la Población Protegida por la Mutua a mitad del periodo de seguimiento; POE: Media de la Población Ocupada Española a mitad del periodo de seguimiento  
%: Porcentaje

**Tabla 1. Media de la Población Ocupada Española y Protegida por la Mutua de Accidentes de Trabajo por grupo de edad y sexo durante el periodo de seguimiento**

AÑO Y GRUPO EDAD	TOTAL			SEXO						
				HOMBRES			MUJERES			
	PPM(%)	POE (%)	% PPM/POE	PPM(%)	POE (%)	% PPM/POE	PPM(%)	POE (%)	% PPM/POE	
<b>2005</b>										
De 16 a 25 años	82.387 (12,5)	2.004.200 (10,6)	4,1	49.248 (12,0)	1.167.500 (10,6)	4,2	33.139 (13,4)	836.700 (11,0)	4,0	
De 25 a 35 años	235.164 (35,7)	5.709.200 (30,1)	4,1	95.191 (38,6)	3.263.800 (28,7)	4,3	95.191 (38,6)	2.445.400 (32,2)	3,9	
De 35 a 45 años	178.751 (27,1)	5.276.100 (27,8)	3,4	114.507 (27,8)	3.150.200 (27,7)	3,6	64.244 (26,0)	2.125.900 (28,0)	3,0	
De 45 a 55 años	109.823 (16,7)	3.892.200 (20,5)	2,8	70.549 (17,2)	2.398.700 (21,1)	2,9	39.274 (15,9)	1.493.500 (19,7)	2,6	
De 55 a 65 años	50.641 (7,7)	2.091.300 (11,0)	2,4	35.635 (8,7)	1.408.300 (12,4)	2,5	15.006 (6,1)	683.000 (9,0)	2,2	
<b>TOTAL</b>	<b>656.766 (100)</b>	<b>18.973.000 (100)</b>	<b>3,5</b>	<b>409.912 (100)</b>	<b>11.388.500 (100)</b>	<b>3,6</b>	<b>246.854 (100)</b>	<b>7.584.500 (100)</b>	<b>3,3</b>	
<b>2006</b>										
De 16 a 25 años	82.929 (11,9)	2.030.400 (10,3)	4,1	49.134 (11,3)	1.167.900 (9,9)	4,2	33.795 (12,8)	862.500 (10,8)	3,9	
De 25 a 35 años	245.452 (35,2)	5.889.200 (29,8)	4,2	145.546 (33,6)	3.353.000 (28,6)	4,3	99.906 (37,7)	2.536.200 (31,7)	3,9	
De 35 a 45 años	193.213 (27,7)	5.514.300 (27,9)	3,5	122.990 (28,4)	3.253.600 (27,7)	3,8	70.223 (26,5)	2.260.700 (28,2)	3,1	
De 45 a 55 años	119.223 (17,1)	4.113.300 (20,8)	2,9	76.173 (17,6)	2.500.800 (21,3)	3,0	43.050 (16,3)	1.612.500 (20,1)	2,7	
De 55 a 65 años	54.743 (7,8)	2.200.700 (11,1)	2,5	37.997 (8,8)	1.467.500 (12,5)	2,6	16.746 (6,3)	733.200 (9,2)	2,3	
<b>TOTAL</b>	<b>695.560 (100)</b>	<b>19.747.900 (100)</b>	<b>3,5</b>	<b>431.840 (100)</b>	<b>(100)</b>	<b>3,7</b>	<b>263.720 (100)</b>	<b>8.005.100 (100)</b>	<b>3,3</b>	
<b>2007</b>										
De 16 a 25 años	80.564 (10,9)	1.991.300 (9,8)	4,0	47.721 (10,5)	1.154.100 (9,6)	4,1	32.843 (11,5)	837.200 (10,0)	3,9	
De 25 a 35 años	251.370 (34,0)	6.045.900 (29,7)	4,2	147.638 (32,6)	3.416.400 (28,5)	4,3	103.732 (36,4)	2.629.500 (31,4)	3,9	
De 35 a 45 años	210.951 (28,9)	5.730.600 (28,2)	3,7	131.835 (29,1)	3.354.900 (28,0)	3,9	79.116 (27,7)	2.375.700 (28,4)	3,3	
De 45 a 55 años	131.777 (17,8)	4.316.900 (21,2)	3,1	82.841 (18,3)	2.572.500 (21,5)	3,2	48.936 (17,2)	1.744.400 (20,8)	2,8	
De 55 a 65 años	60.803 (8,2)	2.271.600 (11,2)	2,7	41.446 (9,1)	1.489.300 (12,4)	2,8	19.357 (6,8)	782.300 (9,3)	2,5	
<b>TOTAL</b>	<b>735.465 (100)</b>	<b>20.356.300 (100)</b>	<b>3,6</b>	<b>451.481 (100)</b>	<b>11.987.200 (100)</b>	<b>3,8</b>	<b>283.984 (100)</b>	<b>8.369.100 (100)</b>	<b>3,4</b>	

POE: Población Española Ocupada; PPM: Población Protegida por la Mutua de Accidentes

**Tabla 2a. Población Protegida por la Mutua de Accidentes y Población Ocupada Española por sexo, grupo de edad y año de seguimiento**

AÑO Y GRUPO EDAD	TOTAL			SEXO						
				HOMBRES			MUJERES			
	PPM(%)	POE (%)	% PPM/POE	PPM(%)	POE (%)	% PPM/POE	PPM(%)	POE (%)	% PPM/POE	
<b>2008</b>										
De 16 a 25 años	78.713 (9,6)	1.814.600 (9,0)	4,3	44.914 (9,2)	1.015.000 (8,7)	4,4	33.799 (10,2)	799.600 (9,4)	4,2	
De 25 a 35 años	265.924 (32,5)	5.877.800 (29,0)	4,5	152.266 (31,2)	3.255.200 (27,8)	4,7	113.658 (34,4)	2.622.600 (30,7)	4,3	
De 35 a 45 años	241.505 (29,5)	5.758.200 (28,4)	4,2	146.193 (30,0)	3.326.600 (28,4)	4,4	95.312 (28,8)	2.431.600 (28,5)	3,9	
De 45 a 55 años	154.148 (18,8)	4.431.500 (21,9)	3,5	92.750 (19,0)	2.586.400 (22,1)	3,6	61.398 (18,6)	1.845.100 (21,6)	3,3	
De 55 a 65 años	74.447 (9,1)	2.375.000 (11,7)	3,1	49.686 (10,2)	1.537.200 (13,1)	3,2	24.761 (7,5)	837.800 (9,8)	3,0	
<b>TOTAL</b>	<b>814.737 (100)</b>	<b>20.257.100 (100)</b>	<b>4,0</b>	<b>485.809 (100)</b>	<b>11.720.400 (100)</b>	<b>4,1</b>	<b>328.928 (100)</b>	<b>8.536.700 (100)</b>	<b>3,9</b>	
<b>2009</b>										
De 16 a 25 años	70.132 (7,9)	1.381.900 (7,3)	5,1	38.089 (7,5)	744.000 (7,0)	5,1	32.043 (8,5)	637.900 (7,7)	5,0	
De 25 a 35 años	271.097 (30,6)	5.279.000 (27,9)	5,1	150.281 (29,4)	2.846.100 (26,7)	5,3	120.816 (32,2)	2.432.900 (29,5)	5,0	
De 35 a 45 años	271.499 (30,6)	5.519.900 (29,2)	4,9	159.877 (31,3)	3.096.300 (29,1)	5,2	111.622 (29,7)	2.423.600 (29,4)	4,6	
De 45 a 55 años	182.413 (20,6)	4.370.600 (23,1)	4,2	105.684 (20,7)	2.505.200 (23,5)	4,2	76.729 (20,4)	1.865.400 (22,6)	4,1	
De 55 a 65 años	86.641 (9,8)	2.336.700 (12,4)	3,7	54.475 (10,7)	1.454.700 (13,7)	3,7	32.166 (8,6)	882.000 (10,7)	3,6	
<b>TOTAL</b>	<b>881.782 (100)</b>	<b>18.888.100 (100)</b>	<b>4,7</b>	<b>508.406 (100)</b>	<b>10.646.300 (100)</b>	<b>4,8</b>	<b>373.376 (100)</b>	<b>8.241.800 (100)</b>	<b>4,5</b>	
<b>2010</b>										
De 16 a 25 años	64.190 (7,0)	1.195.500 (6,5)	5,4	34.042 (6,6)	629.800 (6,1)	5,4	30.148 (7,6)	565.700 (6,9)	5,3	
De 25 a 35 años	267.483 (29,2)	4.981.600 (27,0)	5,4	145.255 (28,0)	2.655.700 (25,8)	5,5	122.228 (30,8)	2.325.900 (28,5)	5,3	
De 35 a 45 años	287.625 (31,4)	5.497.200 (29,8)	5,2	166.330 (32,1)	3.087.600 (30,0)	5,4	121.295 (30,5)	2.409.600 (29,5)	5,0	
De 45 a 55 años	198.448 (21,7)	4.439.000 (24,1)	4,5	113.264 (21,9)	2.497.800 (24,3)	4,5	85.184 (21,4)	1.941.200 (23,8)	4,4	
De 55 a 65 años	92.559 (10,1)	2.343.200 (12,7)	4,0	56.419 (10,9)	1.419.200 (13,8)	4,0	36.140 (9,1)	924.000 (11,3)	3,9	
<b>TOTAL</b>	<b>910.305 (100)</b>	<b>18.456.500 (100)</b>	<b>4,9</b>	<b>515.310 (100)</b>	<b>10.290.100 (100)</b>	<b>5,0</b>	<b>394.995 (100)</b>	<b>8.166.400 (100)</b>	<b>4,8</b>	

POE: Población Española Ocupada; PPM: Población Protegida por la Mutua de Accidentes

**Tabla 2b. Población Protegida por la Mutua de Accidentes y Población Ocupada Española por sexo, grupo de edad y año de seguimiento**

<b>VARIABLES</b>	<b>TOTAL</b> n (%)	<b>HOMBRES</b> n (%)	<b>MUJERES</b> n (%)
<b>SEXO</b>	9146 (100,0)	4519 (49,4)	4627 (50,6)
<b>GRUPO DE EDAD</b>			
De 16 a 25 años	188 (2,1)	91 (2,0)	97 (2,1)
De 25 a 35 años	1114 (12,2)	418 (9,2)	696 (15,0)
De 35 a 45 años	2204 (24,1)	714 (15,8)	1490 (32,2)
De 45 a 55 años	2999 (32,8)	1409 (31,2)	1590 (34,4)
De 55 a 65 años	2641 (28,9)	1887 (41,8)	754 (16,3)
<b>NACIONALIDAD</b>			
España	7877 (86,1)	3893 (86,1)	3984 (86,1)
Europa	125 (1,4)	66 (1,5)	59 (1,3)
Resto de Mundo	188 (2,1)	58 (1,3)	130 (2,8)
No informado	956 (10,5)	502 (11,1)	454 (9,8)
<b>ACTIVIDAD</b>			
Primario	176 (1,9)	99 (2,2)	77 (1,7)
Construcción	1022 (11,2)	862 (19,1)	160 (3,5)
Industria	1412 (15,4)	958 (21,2)	454 (9,8)
Servicios	6520 (71,3)	2590 (57,3)	3930 (84,9)
No informado	16 (0,2)	10 (0,2)	6 (0,1)
<b>TIPO AFILIACIÓN</b>			
Afiliado	7053 (77,1)	3428 (75,9)	3625 (78,3)
Autónomo	2089 (22,8)	1090 (24,1)	999 (21,6)
No informado	4 (0,0)	1 (0,0)	3 (0,1)
<b>ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</b>			
Menos de 1 año	1997 (21,8)	823 (18,2)	1174 (25,4)
Entre 1 y 5 años	2778 (30,4)	1274 (28,2)	1504 (32,5)
Entre 5 y 10 años	1649 (18,0)	900 (19,9)	749 (16,2)
Más de 10 años	1021 (11,2)	660 (14,6)	361 (7,8)
No informado	1701 (18,6)	862 (19,1)	839 (18,1)
<b>NÚMERO DE TRABAJADORES EN LA EMPRESA</b>			
Autónomos	779 (8,5)	446 (9,9)	333 (7,2)
De 0 a 100	5605 (61,3)	2925 (64,7)	2680 (57,9)
De 100 a 500	1060 (11,6)	491 (10,9)	569 (12,3)
De 500 a 1000	430 (4,7)	226 (5,0)	204 (4,4)
Más de 1000	1268 (13,9)	430 (9,5)	838 (18,1)
No informado	4 (0,0)	1 (0,0)	3 (0,1)

n: Número de casos diagnosticados; %: Porcentaje

**Tabla 3. Variables sociodemográficas y laborales de los casos diagnosticados**

GRUPO DE EDAD	TOTAL n (IM)	AÑO DE DIAGNÓSTICO							
		2005 n (laño)	2006 n (laño)	2007 n (laño)	2008 n (laño)	2009 n (laño)	2010 n (laño)		
<b>TOTAL</b>	<b>9146 (19,3)</b>	<b>901 (13,7)</b>	<b>1179 (17)</b>	<b>1558 (21,2)</b>	<b>1966 (24,1)</b>	<b>2086 (23,7)</b>	<b>1456 (16)</b>		
De 16 a 25 años	188 (4,1)	24 (2,9)	25 (3)	33 (4,1)	56 (7,1)	30 (4,3)	20 (3,1)		
De 25 a 35 años	1114 (7,2)	108 (4,6)	164 (6,7)	182 (7,2)	237 (8,9)	269 (9,9)	154 (5,8)		
De 35 a 45 años	2204 (15,7)	197 (11)	278 (14,4)	375 (17,8)	475 (19,7)	497 (18,3)	382 (13,3)		
De 45 a 55 años	2999 (33,5)	322 (29,3)	359 (30,1)	504 (38,2)	609 (39,5)	704 (38,6)	501 (25,2)		
De 55 a 65 años	2641 (63,3)	250 (49,4)	353 (64,5)	464 (76,3)	589 (79,1)	586 (67,6)	399 (43,1)		
<b>HOMBRE</b>	<b>4519 (16)</b>	<b>481 (11,7)</b>	<b>635 (14,7)</b>	<b>802 (17,8)</b>	<b>989 (20,4)</b>	<b>919 (18,1)</b>	<b>693 (13,4)</b>		
De 16 a 25 años	91 (3,4)	12 (2,4)	16 (3,3)	20 (4,2)	27 (6)	9 (2,4)	7 (2,1)		
De 25 a 35 años	418 (4,7)	41 (2,9)	63 (4,3)	81 (5,5)	84 (5,5)	91 (6,1)	58 (4)		
De 35 a 45 años	714 (8,4)	69 (6)	121 (9,8)	108 (8,2)	155 (10,6)	142 (8,9)	119 (7,2)		
De 45 a 55 años	1409 (26,2)	173 (24,5)	179 (23,5)	250 (30,2)	299 (32,2)	282 (26,7)	226 (20)		
De 55 a 65 años	1887 (68,4)	186 (52,2)	256 (67,4)	343 (82,8)	424 (85,3)	395 (72,5)	283 (50,2)		
<b>MUJER</b>	<b>4627 (24,1)</b>	<b>420 (17)</b>	<b>544 (20,6)</b>	<b>756 (26,6)</b>	<b>977 (29,7)</b>	<b>1167 (31,3)</b>	<b>763 (19,3)</b>		
De 16 a 25 años	97 (4,9)	12 (3,6)	9 (2,7)	13 (4)	29 (8,6)	21 (6,6)	13 (4,3)		
De 25 a 35 años	696 (10,5)	67 (7)	101 (10,1)	101 (9,7)	153 (13,5)	178 (14,7)	96 (7,9)		
De 35 a 45 años	1490 (27,2)	128 (19,9)	157 (22,4)	267 (33,7)	320 (33,6)	355 (31,8)	263 (21,7)		
De 45 a 55 años	1590 (44,9)	149 (37,9)	180 (41,8)	254 (51,9)	310 (50,5)	422 (55)	275 (32,3)		
De 55 a 65 años	754 (53,5)	64 (42,6)	97 (57,9)	121 (62,5)	165 (66,6)	191 (59,4)	116 (32,1)		

n: Número de casos diagnosticados; laño: Incidencia Anual por cada 10.000 trabajadores;

IM anual: Incidencia Media anual durante el periodo de seguimiento por cada 10.000 trabajadores

**Tabla 4. Número de casos diagnosticados, incidencia media anual e Incidencia anual de cáncer en cada año de seguimiento por grupo de edad y sexo**

CNAE 09	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Agricultura, ganadería, selvicultura y pesca	176 (1,9)	99 (2,2)	77 (1,7)			
Construcción	1022 (11,2)	862 (19,1)	160 (3,5)			
Industria manufacturera	1398 (15,3)	947 (21,0)	451 (9,7)			
Industrias extractivas	14 (0,2)	11 (0,2)	3 (0,1)			
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1001 (10,9)	355 (7,9)	646 (14,0)			
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	128 (1,4)	54 (1,2)	74 (1,6)			
Actividades de los hogares: como empleadores de persona	40 (0,4)	31 (0,7)	9 (0,2)			
Actividades financieras y de seguros	163 (1,8)	75 (1,7)	88 (1,9)			
Actividades inmobiliarias	170 (1,9)	95 (2,1)	75 (1,6)			
Actividades profesionales, científicas y técnicas	519 (5,7)	208 (4,6)	311 (6,7)			
Actividades sanitarias y de servicios sociales	499 (5,5)	78 (1,7)	421 (9,1)			
Administración pública y defensa, seguridad social obligatoria	179 (2,0)	74 (1,6)	105 (2,3)			
Comercio al por mayor y por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	1573 (17,2)	669 (14,8)	904 (19,5)			
Educación	338 (3,7)	92 (2,0)	246 (5,3)			
Hostelería	1035 (11,3)	349 (7,7)	686 (14,8)			
Información y comunicaciones	168 (1,8)	80 (1,8)	88 (1,9)			
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	45 (0,5)	42 (0,9)	3 (0,1)			
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	3 (0,0)	1 (0,0)	2 (0,0)			
Transportes y almacenamiento	398 (4,4)	315 (7,0)	83 (1,8)			
Otros servicios	261 (2,9)	72 (1,6)	189 (4,1)			
No informado	16 (0,2)	10 (0,2)	6 (0,1)			

n: Número de casos diagnosticados; %: Porcentaje; CNAE 09: Clasificación Nacional de Actividades Empresariales 09

**Tabla 5. Recuento y porcentaje del número de casos diagnosticados por Actividad Empresarial según la Clasificación CNAE 09**

<b>TOTAL</b>		<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
	<b>n (IM)</b>	<b>n (lanual)</b>	<b>n (lanual)</b>	<b>n (lanual)</b>	<b>n (lanual)</b>	<b>n (lanual)</b>	<b>n (lanual)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9146 (19,28)</b>	<b>901 (13,7)</b>	<b>1179 (17,0)</b>	<b>1558 (21,2)</b>	<b>1966 (24,1)</b>	<b>2086 (23,7)</b>	<b>1456 (16,0)</b>
Primario	176 (22,73)	23 (20,7)	32 (27,7)	32 (25,4)	31 (22,0)	30 (20,5)	28 (20,1)
Construcción	1022 (15,11)	132 (12,0)	157 (13,0)	191 (14,8)	235 (19,3)	177 (17,4)	130 (14,2)
Industria	1412 (18,14)	123 (10,1)	190 (16,0)	247 (20,5)	350 (25,1)	283 (20,8)	219 (16,3)
Servicios	6520 (20,43)	620 (15,0)	797 (18,0)	1085 (23,0)	1347 (25,0)	1593 (25,4)	1078 (16,1)
No informado	16	3	3	3	3	3	1
<b>HOMBRES</b>	<b>4519 (16,01)</b>	<b>481 (11,7)</b>	<b>635 (14,7)</b>	<b>802 (17,8)</b>	<b>989 (20,4)</b>	<b>919 (18,1)</b>	<b>693 (13,4)</b>
Primario	99 (18,57)	11 (14,3)	18 (22,7)	18 (21,1)	20 (21,0)	16 (15,9)	16 (16,4)
Construcción	862 (14,10)	114 (11,4)	141 (12,9)	163 (13,9)	200 (18,3)	135 (14,8)	109 (13,3)
Industria	958 (16,47)	79 (8,8)	129 (14,6)	170 (19,0)	244 (23,3)	189 (18,5)	147 (14,6)
Servicios	2590 (16,58)	274 (13,0)	346 (15,4)	448 (19,0)	523 (20,0)	578 (19,0)	421 (13,1)
No informado	10	3	1	3	2	1	0
<b>MUJERES</b>	<b>4627 (24,09)</b>	<b>420 (17,0)</b>	<b>544 (20,6)</b>	<b>756 (26,6)</b>	<b>977 (29,7)</b>	<b>1167 (31,3)</b>	<b>763 (19,3)</b>
Primario	77 (31,92)	12 (35,0)	14 (38,9)	14 (34,3)	11 (24,1)	14 (30,8)	12 (28,5)
Construcción	160 (24,05)	18 (18,5)	16 (14,6)	28 (23,0)	35 (28,6)	42 (38,7)	21 (20,8)
Industria	454 (23,07)	44 (13,9)	61 (20,3)	77 (24,9)	106	94 (27,6)	72 (21,3)
Servicios	3930 (24,17)	346 (17,2)	451 (20,7)	637 (27,0)	824 (29,8)	1015 (31,4)	657 (19,0)
No informado	6	0	2	0	1	2	1

n: Número de casos de cáncer; IM: Incidencia Media anual durante el periodo de seguimiento. lanual: Incidencia anual de casos por cada 10.000 trabajadores

**Tabla 6. Recuento de casos por cáncer en cada Actividad e Incidencia anual durante el periodo de seguimiento**

DCO ONC	TOTAL			HOMBRES			MUJERES			HOMBRE/MUJER		MUJER/HOMBRE	
	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	RR [IC 95%]	RR [IC 95%]			
Pulmón	732 (7,96)	15,6	584 (12,85)	20,8	148 (3,18)	7,7	2,58 [2,15 - 3,09]	0,39 [0,32 - 0,46]					
Ap Respiratorio Otros	64 (0,70)	1,3	45 (0,99)	1,6	19 (0,41)	1,0	0,55 [0,91 - 2,65]	0,65 [0,38 - 1,10]					
Mama <sup>b</sup>	1750 (19,03)	90,8	33 (0,73)	1,2	1717 (36,92)	89,1	0,01 [0,01 - 0,02]	79,57 [56,38 - 112,28]					
Gástrico	181 (1,97)	3,8	129 (2,84)	4,6	52 (1,12)	2,7	1,62 [1,18 - 2,24]	0,62 [0,45 - 0,85]					
Ap Digestivo Otros	279 (3,03)	6,0	203 (4,47)	7,3	76 (1,63)	4,1	1,75 [1,34 - 2,27]	0,57 [0,44 - 0,75]					
Colorrectal	735 (7,99)	15,6	517 (11,37)	18,3	218 (4,69)	11,6	1,55 [1,32 - 1,82]	0,64 [0,55 - 0,76]					
Hígado y Vías Biliares	151 (1,64)	3,2	117 (2,57)	4,1	34 (0,73)	1,9	2,25 [1,54 - 3,30]	0,44 [0,30 - 0,65]					
Páncreas	129 (1,40)	2,7	97 (2,13)	3,4	32 (0,69)	1,7	1,98 [1,33 - 2,96]	0,50 [0,34 - 0,75]					
Hipernefoma	143 (1,55)	3,0	112 (2,46)	3,9	31 (0,67)	1,6	2,36 [1,59 - 3,52]	0,42 [0,28 - 0,63]					
Vejiga	392 (4,26)	8,3	342 (7,52)	12,1	50 (1,08)	2,6	4,47 [3,32 - 6,02]	0,22 [0,17 - 0,30]					
Próstata <sup>a</sup>	435 (4,73)	15,3	435 (9,57)	15,3	0,0	0,0							
Urológicos <sup>a</sup>	199 (2,16)	7,0	199 (4,38)	7,0	0,0	0,0							
Ginecológicos <sup>b</sup>	1142 (12,42)	58,7	0,0	0,0	1142 (24,55)	58,7							
Hematológicos	738 (8,02)	15,7	472 (10,38)	16,8	266 (5,72)	14,2	1,16 [1,00 - 1,35]	0,86 [0,74 - 1,00]					
NGE	196 (2,13)	4,2	73 (1,61)	2,6	123 (2,64)	6,6	0,39 [0,29 - 0,52]	2,58 [1,93 - 3,44]					
Dermatológicos	391 (4,25)	8,2	227 (4,99)	8,0	164 (3,53)	8,5	1,10 [0,91 - 1,34]	1,10 [0,90 - 1,35]					
ORL	601 (6,53)	12,7	467 (10,27)	16,6	134 (2,88)	6,8	2,28 [1,88 - 2,76]	0,44 [0,36 - 0,53]					
Oftalmológicos	23 (0,25)	0,5	13 (0,29)	0,4	10 (0,22)	0,5	0,85 [0,37 - 1,94]	1,18 [0,52 - 2,68]					
Tumores Óseos	199 (2,16)	4,2	112 (2,46)	3,9	87 (1,87)	4,5	0,84 [0,64 - 1,11]	1,19 [0,90 - 1,57]					
Tumores Tejidos Blandos	199 (2,16)	4,2	109 (2,40)	3,9	90 (1,94)	4,7	0,79 [0,60 - 1,05]	1,30 [1,0 - 1,6]					
SNC	398 (4,33)	8,4	227 (4,99)	8,0	171 (3,68)	8,9	0,87 [0,71 - 1,06]	1,15 [0,94 - 1,40]					
Otros	120 (1,30)	2,6	33 (0,73)	1,2	87 (1,87)	4,7	0,25 [0,17 - 0,37]	4,03 [2,70 - 6,02]					
<b>TOTAL</b>	<b>9197 (100,00)</b>	<b>193,8</b>	<b>4546 (100,00)</b>	<b>161,1</b>	<b>4651 (100,00)</b>	<b>242,1</b>	<b>0,64 [0,61-0,67]</b>	<b>1,56 [1,50 -1,63]</b>					

DCO ONC: Tipos de Diagnóstico Oncológico; n: Número de casos diagnosticados; IM: Incidencia Media Anual durante el periodo de seguimiento por cada 100.000 trabajadores

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

a: en cálculo de la IM anual del TOTAL sólo contemplado población de hombres; b: en cálculo de IM anual del TOTAL sólo contemplado población de mujeres.

RR: Riesgo Relativo; IC 95%: Intervalo de Confianza

**Tabla 7. Recuento(Porcentaje) de casos diagnosticados por tipo de diagnóstico y sexo. Incidencia Media Anual y Riesgo Relativo por Sexo durante el periodo de seguimiento**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	n (año)	n (año)	n (año)	n (año)	n (año)	n (año)
Pulmón	84 (12,8)	99 (14,2)	135 (18,4)	147 (18,0)	170 (19,3)	97 (10,7)
Ap. Respiratorio Otros	5 (0,8)	5 (0,7)	15 (2,0)	13 (1,6)	19 (2,2)	7 (0,8)
Mama <sup>b</sup>	155 (62,8)	205 (77,7)	269 (94,7)	384 (116,7)	418 (112,0)	319 (80,8)
Gástrico	14 (2,1)	25 (3,6)	35 (4,8)	47 (5,8)	33 (3,7)	27 (3,0)
Ap. Digestivo Otros	43 (6,5)	44 (6,3)	46 (6,3)	61 (7,5)	52 (5,9)	33 (3,6)
Colorrectal	83 (12,6)	102 (14,7)	132 (17,9)	146 (17,9)	162 (18,4)	110 (12,1)
Hígado y Vías Biliares	24 (3,7)	16 (2,3)	24 (3,3)	34 (4,2)	27 (3,1)	26 (2,9)
Páncreas	15 (2,3)	19 (2,7)	19 (2,6)	23 (2,8)	35 (4,0)	18 (2,0)
Hipernefroma	7 (1,1)	19 (2,7)	29 (3,9)	33 (4,1)	33 (3,7)	22 (2,4)
Vejiga	38 (5,8)	44 (6,3)	76 (10,3)	96 (11,8)	63 (7,1)	75 (8,2)
Próstata <sup>a</sup>	41 (10,0)	62 (14,4)	70 (15,5)	99 (20,4)	78 (15,3)	85 (16,5)
Urológicos <sup>a</sup>	13 (3,2)	33 (7,6)	27 (6,0)	48 (9,9)	49 (9,6)	29 (5,6)
Ginecológicos <sup>b</sup>	90 (36,5)	120 (45,5)	169 (59,5)	251 (76,3)	312 (83,6)	200 (50,6)
Hematológicos	82 (12,5)	117 (16,8)	123 (16,7)	162 (19,9)	162 (18,4)	92 (10,1)
NGE	23 (3,5)	29 (4,2)	35 (4,8)	40 (4,9)	38 (4,3)	31 (3,4)
Dermatológicos	26 (4,0)	53 (7,6)	75 (10,2)	77 (9,5)	101 (11,5)	59 (6,5)
ORL	71 (10,8)	75 (10,8)	111 (15,1)	114 (14,0)	136 (15,4)	94 (10,3)
Oftalmológicos	1 (0,2)		5 (0,7)	5 (0,6)	10 (1,1)	2 (0,2)
Óseos	12 (1,8)	31 (4,5)	28 (3,8)	55 (6,8)	39 (4,4)	34 (3,7)
Tejidos Blandos	17 (2,6)	24 (3,5)	41 (5,6)	47 (5,8)	41 (4,6)	29 (3,2)
SNC	48 (7,3)	44 (6,3)	72 (9,8)	74 (9,1)	96 (10,9)	64 (7,0)
Otros	10 (1,5)	18 (2,6)	28 (3,8)	23 (2,8)	28 (3,2)	13 (1,4)
<b>TOTAL</b>	<b>902 (137,3)</b>	<b>1184 (170,2)</b>	<b>1564 (212,7)</b>	<b>1979 (242,9)</b>	<b>2102 (238,4)</b>	<b>1466 (161,0)</b>

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

n: Número de casos diagnosticados; año: Incidencia anual por cada 100.000 trabajadores

a: en cálculo laño sólo población de hombres; b: en cálculo de laño sólo población de mujeres.

**Tabla 8. Número de casos diagnosticados e Incidencia de Cáncer anual en cada año de seguimiento**

DCO ONC	HOMBRES										MUJERES									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
Pulmón	69 (16,8)	83 (19,2)	115 (25,5)	115 (23,7)	120 (23,6)	82 (15,9)	15 (6,1)	16 (6,1)	20 (7,0)	32 (9,7)	50 (13,4)	15 (3,8)	0 (0,0)	1 (0,4)	7 (2,5)	6 (1,8)	4 (1,1)	1 (0,3)		
Ap. Respiratorio Otros	5 (1,2)	4 (0,9)	8 (1,8)	7 (1,4)	15 (3,0)	6 (1,2)	0 (0,0)	1 (0,4)	7 (2,5)	6 (1,8)	4 (1,1)	1 (0,3)	153 (62,0)	204 (77,4)	261 (91,9)	372 (113,1)	416 (111,4)	311 (78,7)		
Mama	2 (0,5)	1 (0,2)	8 (1,8)	12 (2,5)	2 (0,4)	8 (1,6)	5 (2,0)	5 (1,9)	13 (4,6)	8 (2,4)	10 (2,7)	11 (2,8)	9 (3,6)	11 (4,2)	16 (5,6)	15 (4,6)	17 (4,6)	8 (2,0)		
Gástrico	9 (2,2)	20 (4,6)	22 (4,9)	39 (8,0)	23 (4,5)	16 (3,1)	27 (10,9)	28 (10,6)	36 (12,7)	48 (14,6)	47 (12,6)	32 (8,1)	27 (10,9)	28 (10,6)	36 (12,7)	48 (14,6)	47 (12,6)	32 (8,1)		
Ap. Digestivo Otros	34 (8,3)	33 (7,6)	30 (6,6)	46 (9,5)	35 (6,9)	25 (4,9)	9 (3,6)	11 (4,2)	16 (5,6)	15 (4,6)	17 (4,6)	8 (2,0)	9 (3,6)	11 (4,2)	16 (5,6)	15 (4,6)	17 (4,6)	8 (2,0)		
Colorrectal	56 (13,7)	74 (17,1)	96 (21,3)	98 (20,2)	115 (22,6)	78 (15,1)	9 (3,6)	4 (1,5)	5 (1,8)	8 (2,4)	4 (1,1)	4 (1,0)	9 (3,6)	4 (1,5)	5 (1,8)	8 (2,4)	4 (1,1)	4 (1,0)		
Hígado y Vías Biliares	15 (3,7)	12 (2,8)	19 (4,2)	26 (5,4)	23 (4,5)	22 (4,3)	5 (2,0)	6 (2,3)	3 (1,1)	3 (0,9)	11 (2,9)	4 (1,0)	5 (2,0)	6 (2,3)	3 (1,1)	3 (0,9)	11 (2,9)	4 (1,0)		
Páncreas	10 (2,4)	13 (3,0)	16 (3,5)	20 (4,1)	24 (4,7)	14 (2,7)	1 (0,4)	3 (1,1)	7 (2,5)	6 (1,8)	11 (2,9)	3 (0,8)	1 (0,4)	3 (1,1)	7 (2,5)	6 (1,8)	11 (2,9)	3 (0,8)		
Hipernefroma	6 (1,5)	16 (3,7)	22 (4,9)	27 (5,6)	22 (4,3)	19 (3,7)	4 (1,6)	5 (1,9)	10 (3,5)	14 (4,3)	7 (1,9)	10 (2,5)	4 (1,6)	5 (1,9)	10 (3,5)	14 (4,3)	7 (1,9)	10 (2,5)		
Vejiga	34 (8,3)	39 (9,0)	66 (14,6)	82 (16,9)	56 (11,0)	65 (12,6)	90 (36,5)	120 (45,5)	169 (59,5)	251 (76,3)	312 (83,6)	200 (50,6)	90 (36,5)	120 (45,5)	169 (59,5)	251 (76,3)	312 (83,6)	200 (50,6)		
Próstata	41 (10,0)	62 (14,4)	70 (15,5)	99 (20,4)	78 (15,3)	85 (16,5)	32 (13,0)	40 (15,2)	44 (15,5)	53 (16,1)	63 (16,9)	34 (8,6)	32 (13,0)	40 (15,2)	44 (15,5)	53 (16,1)	63 (16,9)	34 (8,6)		
Urológicos	13 (3,2)	33 (7,6)	27 (6,0)	48 (9,9)	49 (9,6)	29 (5,6)	13 (5,3)	23 (8,7)	22 (7,7)	23 (7,0)	21 (5,6)	21 (5,3)	10 (4,1)	21 (8,0)	31 (10,9)	32 (9,7)	51 (13,7)	19 (4,8)		
Ginecológicos							9 (3,6)	12 (4,6)	26 (9,2)	22 (6,7)	36 (9,6)	29 (7,3)	9 (3,6)	12 (4,6)	26 (9,2)	22 (6,7)	36 (9,6)	29 (7,3)		
Hematológicos	50 (12,2)	77 (17,8)	79 (17,5)	109 (22,4)	99 (19,5)	58 (11,3)	1 (0,4)	(0,0)	1 (0,4)	2 (0,6)	5 (1,3)	1 (0,3)	1 (0,4)	(0,0)	1 (0,4)	2 (0,6)	5 (1,3)	1 (0,3)		
NGE	10 (2,4)	6 (1,4)	13 (2,9)	17 (3,5)	17 (3,3)	10 (1,9)	5 (2,0)	13 (4,9)	12 (4,2)	22 (6,7)	17 (4,6)	18 (4,6)	5 (2,0)	13 (4,9)	12 (4,2)	22 (6,7)	17 (4,6)	18 (4,6)		
Dermatológicos	16 (3,9)	32 (7,4)	44 (9,7)	45 (9,3)	50 (9,8)	40 (7,8)	8 (3,2)	9 (3,4)	16 (5,6)	22 (6,7)	23 (6,2)	12 (3,0)	8 (3,2)	9 (3,4)	16 (5,6)	22 (6,7)	23 (6,2)	12 (3,0)		
ORL	62 (15,1)	63 (14,6)	85 (18,8)	92 (18,9)	100 (19,7)	65 (12,6)	18 (7,3)	16 (6,1)	35 (12,3)	28 (8,5)	49 (13,1)	25 (6,3)	18 (7,3)	16 (6,1)	35 (12,3)	28 (8,5)	49 (13,1)	25 (6,3)		
Oftalmológicos	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (0,9)	3 (0,6)	5 (1,0)	1 (0,2)	7 (2,8)	11 (4,2)	24 (8,5)	15 (4,6)	22 (5,9)	8 (2,0)	7 (2,8)	11 (4,2)	24 (8,5)	15 (4,6)	22 (5,9)	8 (2,0)		
Óseos	7 (1,7)	18 (4,2)	16 (3,5)	33 (6,8)	22 (4,3)	16 (3,1)	421 (170,5)	548 (207,8)	758 (266,9)	982 (298,5)	1176 (315,0)	766 (193,9)	421 (170,5)	548 (207,8)	758 (266,9)	982 (298,5)	1176 (315,0)	766 (193,9)		
Tejidos Blandos	9 (2,2)	15 (3,5)	25 (5,5)	25 (5,1)	18 (3,5)	17 (3,3)	421 (170,5)	548 (207,8)	758 (266,9)	982 (298,5)	1176 (315,0)	766 (193,9)	421 (170,5)	548 (207,8)	758 (266,9)	982 (298,5)	1176 (315,0)	766 (193,9)		
SNC	30 (7,3)	28 (6,5)	37 (8,2)	46 (9,5)	47 (9,2)	39 (7,6)	421 (170,5)	548 (207,8)	758 (266,9)	982 (298,5)	1176 (315,0)	766 (193,9)	421 (170,5)	548 (207,8)	758 (266,9)	982 (298,5)	1176 (315,0)	766 (193,9)		
Otros	3 (0,7)	7 (1,6)	4 (0,9)	8 (1,6)	6 (1,2)	5 (1,0)	421 (170,5)	548 (207,8)	758 (266,9)	982 (298,5)	1176 (315,0)	766 (193,9)	421 (170,5)	548 (207,8)	758 (266,9)	982 (298,5)	1176 (315,0)	766 (193,9)		
<b>TOTAL</b>	<b>481 (117,3)</b>	<b>636 (147,3)</b>	<b>806 (178,5)</b>	<b>997 (205,2)</b>	<b>926 (182,1)</b>	<b>700 (135,8)</b>	<b>421 (170,5)</b>	<b>548 (207,8)</b>	<b>758 (266,9)</b>	<b>982 (298,5)</b>	<b>1176 (315,0)</b>	<b>766 (193,9)</b>	<b>421 (170,5)</b>	<b>548 (207,8)</b>	<b>758 (266,9)</b>	<b>982 (298,5)</b>	<b>1176 (315,0)</b>	<b>766 (193,9)</b>		

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

n: Número de casos diagnosticados; laño: Incidencia anual por cada 100.000 trabajadores; DCO ONC: Diagnóstico Oncológico

**Tabla 9. Número de casos diagnosticados e Incidencia de Cáncer anual en cada año de seguimiento en hombres y en mujeres**

DCO ONC	De 16 a 25 años		De 25 a 35 años		De 35 a 45 años		De 45 a 55 años		De 55 a 65 años	
	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM
Pulmón	1 (0,5)	0,3	21 (1,9)	1,1	90 (4,1)	6,7	276 (9,1)	31,6	344 (12,9)	82,5
Ap. Respiratorio Otros	2 (1,1)	0,4	7 (0,6)	0,4	13 (0,6)	1,0	20 (0,7)	2,1	22 (0,8)	5,2
Mama <sup>b</sup>	22 (11,7)	11,2	158 (14,1)	20,7	593 (26,8)	108,0	692 (22,9)	192,7	285 (10,7)	207,4
Gástrico	0 (0,0)	0,0	15 (1,3)	0,8	35 (1,6)	2,5	69 (2,3)	7,7	62 (2,3)	15,0
Ap. Digestivo Otros	1 (0,5)	0,2	12 (1,1)	0,7	42 (1,9)	3,0	113 (3,7)	13,5	111 (4,2)	27,8
Colorrectal	2 (1,1)	0,4	18 (1,6)	1,1	111 (5,0)	8,4	275 (9,1)	31,1	329 (12,4)	78,6
Hígado y Vías Biliares	2 (1,1)	0,4	8 (0,7)	0,5	22 (1,0)	1,6	65 (2,2)	7,6	54 (2,0)	12,5
Páncreas	0 (0,0)	0,0	7 (0,6)	0,4	19 (0,9)	1,3	47 (1,6)	5,3	56 (2,1)	13,6
Hipernefoma	0 (0,0)	0,0	9 (0,8)	0,6	23 (1,0)	1,7	53 (1,8)	6,0	58 (2,2)	13,5
Vejiga	1 (0,5)	0,2	6 (0,5)	0,4	49 (2,2)	3,5	129 (4,3)	14,4	207 (7,8)	49,8
Próstata <sup>a</sup>	0 (0,0)	0,0	1 (0,1)	0,0	6 (0,3)	0,7	82 (2,7)	15,2	346 (13,0)	124,0
Urológicos <sup>a</sup>	14 (7,4)	5,1	89 (7,9)	8,5	59 (2,7)	6,9	24 (0,8)	4,2	13 (0,5)	4,7
Ginecológicos <sup>b</sup>	17 (9,0)	8,7	270 (24,1)	37,3	439 (19,9)	78,4	320 (10,6)	88,8	96 (3,6)	65,9
Hematológicos	51 (27,1)	10,9	142 (12,7)	8,0	192 (8,7)	14,0	186 (6,2)	20,8	167 (6,3)	40,4
NGE	8 (4,3)	1,7	44 (3,9)	2,5	74 (3,3)	5,2	40 (1,3)	4,7	30 (1,1)	7,2
Dermatológicos	12 (6,4)	2,7	55 (4,9)	3,3	104 (4,7)	7,5	124 (4,1)	13,5	96 (3,6)	22,8
ORL	8 (4,3)	1,8	47 (4,2)	2,4	99 (4,5)	7,0	239 (7,9)	27,4	208 (7,8)	50,1
Oftalmológicos	0 (0,0)	0,0	6 (0,5)	0,4	4 (0,2)	0,3	7 (0,2)	0,7	6 (0,2)	1,4
Óseos	15 (8,0)	3,2	49 (4,4)	3,1	58 (2,6)	4,2	41 (1,4)	4,3	36 (1,4)	8,6
Tejidos Blandos	10 (5,3)	2,2	48 (4,3)	2,6	60 (2,7)	4,3	48 (1,6)	5,3	33 (1,2)	8,0
SNC	19 (10,1)	4,0	90 (8,0)	5,1	89 (4,0)	6,3	125 (4,1)	14,0	75 (2,8)	18,1
Otros	3 (1,6)	0,7	18 (1,6)	0,9	30 (1,3)	2,2	44 (1,4)	5,0	25 (1,0)	6,0
<b>TOTAL</b>	<b>188 (100,0)</b>	<b>40,9</b>	<b>1120 (100,0)</b>	<b>64,6</b>	<b>2211 (100,0)</b>	<b>157,9</b>	<b>3019 (100,0)</b>	<b>337,1</b>	<b>2659 (100,0)</b>	<b>637,3</b>

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

DCO ONC: Tipos de Diagnóstico Oncológico; n: número de casos con cáncer; %: Porcentaje en relación a la categoría Grupo de Edad

MI: Incidencia Media anual durante el periodo de seguimiento por cada 100.000 trabajadores

a: en cálculo de IM en cada grupo sólo se ha contemplado la población de hombres; b: en el cálculo de la IM en cada grupo sólo se ha contemplado la población de mujeres.

**Tabla 10. Recuento y porcentaje de casos diagnosticados por Tipo de Diagnóstico y Grupo de Edad, e Incidencia Media Anual durante el periodo de seguimiento**

DCO ONC	HOMBRES											
	De 16 a 25 años		De 25 a 35 años		De 35 a 45 años		De 45 a 55 años		De 55 a 65 años			
	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM
Pulmón	1 (1,1)	0,5	13 (3,1)	1,4	57 (8,0)	6,9	203 (14,3)	38,3	310 (16,3)	112,7		
Ap Respiratorio Otros	1 (1,1)	0,3	3 (0,7)	0,3	8 (1,1)	1,0	14 (1,0)	2,4	19 (1,0)	6,7		
Mama	1 (1,1)	0,3	3 (0,7)	0,3	6 (0,8)	0,7	12 (0,8)	2,0	11 (0,6)	4,2		
Gástrico	0 (0,0)	0,0	10 (2,4)	1,0	25 (3,5)	2,9	47 (3,3)	8,6	47 (2,5)	17,1		
Ap Digestivo Otros	1 (1,1)	0,4	9 (2,1)	1,0	29 (4,1)	3,4	80 (5,6)	15,4	84 (4,4)	31,6		
Colorrectal	1 (1,1)	0,3	12 (2,9)	1,2	67 (9,4)	8,3	187 (13,2)	34,6	250 (13,1)	89,9		
Hígado y Vías Biliares	1 (1,1)	0,4	5 (1,2)	0,6	15 (2,1)	1,7	51 (3,6)	9,8	45 (2,4)	15,6		
Páncreas	0 (0,0)	0,0	2 (0,5)	0,2	15 (2,1)	1,8	36 (2,5)	6,5	44 (2,3)	16,2		
Hipernefoma	0 (0,0)	0,0	7 (1,7)	0,7	16 (2,2)	1,9	39 (2,8)	7,2	50 (2,6)	17,8		
Vejiga	1 (1,1)	0,3	4 (1,0)	0,4	41 (5,7)	4,8	107 (7,5)	19,7	189 (9,9)	68,3		
Próstata	0 (0,0)	0,0	1 (0,2)	0,1	6 (0,8)	0,7	82 (5,8)	15,2	346 (18,2)	124,0		
Urológicos	14 (15,4)	5,1	89 (21,2)	9,0	59 (8,2)	6,9	24 (1,7)	4,2	13 (0,7)	4,7		
Hematológicos	35 (38,5)	12,9	76 (18,1)	7,9	125 (17,5)	14,8	120 (8,5)	22,3	116 (6,1)	42,2		
NGE	1 (1,1)	0,3	13 (3,1)	1,4	27 (3,8)	3,1	17 (1,2)	3,1	15 (0,8)	5,5		
Dermatológicos	6 (6,6)	2,5	29 (6,9)	3,0	53 (7,4)	6,2	72 (5,1)	12,9	67 (3,5)	24,6		
ORL	4 (4,4)	1,6	24 (5,7)	2,6	58 (8,1)	6,9	196 (13,8)	37,1	185 (9,7)	67,2		
Oftalmológicos	0 (0,0)	0,0	4 (1,0)	0,3	3 (0,4)	0,3	2 (0,1)	0,3	4 (0,2)	1,5		
Tumores Óseos	10 (11,0)	3,7	28 (6,7)	2,7	25 (3,5)	3,0	22 (1,6)	3,8	27 (1,4)	9,9		
Tumores Tejidos Blandos	4 (4,4)	1,6	24 (5,7)	2,4	30 (4,2)	3,5	29 (2,0)	5,3	22 (1,2)	8,0		
SNC	10 (11,0)	3,6	57 (13,6)	6,1	43 (6,0)	5,0	67 (4,7)	12,5	50 (2,6)	18,1		
Otros	0 (0,0)	0,0	6 (1,4)	0,7	8 (1,1)	0,9	11 (0,8)	2,0	8 (0,4)	3,1		
<b>TOTAL</b>	<b>91 (100,0)</b>	<b>33,9</b>	<b>419 (100,0)</b>	<b>43,4</b>	<b>716 (100,0)</b>	<b>84,7</b>	<b>1418 (100,0)</b>	<b>263,3</b>	<b>1902 (100,0)</b>	<b>688,8</b>		

DCO ONC: Tipos de Diagnóstico Oncológico; n: Número de casos diagnosticados; %: Porcentaje en relación a la categoría Grupo de Edad

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

IM: Incidencia Media anual durante el periodo de seguimiento por cada 100.000 trabajadores

**Tabla 11a. Número de casos diagnosticados por tipo de diagnóstico, grupo de edad e Incidencia Media anual en hombres**

DCO ONC	MUJERES											
	De 16 a 25 años		De 25 a 35 años		De 35 a 45 años		De 45 a 55 años		De 55 a 65 años			
	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM	n (%)	IM
Pulmón	0 (0,0)	0,0	8 (1,1)	1,2	33 (2,2)	6,3	73 (4,6)	20,7	34 (4,5)	21,8		
Ap Respiratorio Otros	1 (1,0)	0,5	4 (0,6)	0,6	5 (0,3)	1,0	6 (0,4)	1,6	3 (0,4)	2,2		
Mama	21 (21,6)	10,7	155 (22,1)	23,3	587 (39,3)	107,0	680 (42,5)	189,7	274 (36,2)	198,6		
Gástrico	0 (0,0)	0,0	5 (0,7)	0,8	10 (0,7)	1,8	22 (1,4)	6,4	15 (2,0)	10,4		
Ap Digestivo Otros	0 (0,0)	0,0	3 (0,4)	0,5	13 (0,9)	2,3	33 (2,1)	10,4	27 (3,6)	19,9		
Colorrectal	1 (1,0)	0,5	6 (0,9)	0,9	44 (2,9)	8,3	88 (5,5)	26,1	79 (10,4)	57,4		
Hígado y Vías Biliares	1 (1,0)	0,5	3 (0,4)	0,5	7 (0,5)	1,6	14 (0,9)	4,3	9 (1,2)	7,0		
Páncreas	0 (0,0)	0,0	5 (0,7)	0,8	4 (0,3)	0,6	11 (0,7)	3,7	12 (1,6)	8,5		
Hipernefroma	0 (0,0)	0,0	2 (0,3)	0,3	7 (0,5)	1,3	14 (0,9)	4,2	8 (1,1)	4,9		
Vejiga	0 (0,0)	0,0	2 (0,3)	0,3	8 (0,5)	1,4	22 (1,4)	6,3	18 (2,4)	13,2		
Ginecológicos <sup>b</sup>	17 (17,5)	8,7	270 (38,5)	40,4	439 (29,4)	78,4	320 (20,0)	88,8	96 (12,7)	65,9		
Hematológicos	16 (16,5)	8,1	66 (9,4)	10,2	67 (4,5)	12,9	66 (4,1)	18,4	51 (6,7)	37,3		
NGE	7 (7,2)	3,6	31 (4,4)	4,8	47 (3,1)	8,5	23 (1,4)	7,4	15 (2,0)	10,9		
Dermatológicos	6 (6,2)	3,1	26 (3,7)	3,9	51 (3,4)	9,7	52 (3,2)	14,6	29 (3,8)	18,5		
ORL	4 (4,1)	2,1	23 (3,3)	3,5	41 (2,7)	7,1	43 (2,7)	11,8	23 (3,0)	15,8		
Oftalmológicos	0 (0,0)	0,0	2 (0,3)	0,3	1 (0,1)	0,1	5 (0,3)	1,3	2 (0,3)	1,2		
Tumores Óseos	5 (5,2)	2,6	21 (3,0)	3,2	33 (2,2)	6,2	19 (1,2)	5,0	9 (1,2)	5,6		
Tumores Tejidos Blandos	6 (6,2)	3,1	24 (3,4)	3,6	30 (2,0)	5,5	19 (1,2)	5,4	11 (1,5)	8,0		
SNC	9 (9,3)	4,6	33 (4,7)	5,0	46 (3,1)	8,3	58 (3,6)	16,0	25 (3,3)	18,6		
Otros	3 (3,1)	1,6	12 (1,7)	1,8	22 (1,5)	4,4	33 (2,0)	9,6	17 (2,2)	11,7		
<b>TOTAL</b>	<b>97 (100,0)</b>	<b>49,5</b>	<b>701 (100,0)</b>	<b>105,7</b>	<b>1495 (100,0)</b>	<b>272,8</b>	<b>1601 (100,0)</b>	<b>451,8</b>	<b>757 (100,0)</b>	<b>537,4</b>		

DCO ONC: Tipos de Diagnóstico Oncológico; n: Número de casos diagnosticados ; %: Porcentaje en relación a la categoría Grupo de Edad

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

IM: Incidencia Media anual durante el periodo de seguimiento por cada 100.000 trabajadores

**Tabla 11b. Número de casos diagnosticados por tipo de diagnóstico, grupo de edad e Incidencia Media anual en mujeres**

VARIABLES	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	n	Media (DT)	n	Media (DT)	n	Media (DT)
<b>SEXO</b>	9131	251,61 (191,896)	4512	247,32 (179,265)	4619	255,79 (203,411)
<b>GRUPO DE EDAD</b>						
De 16 a 25 años	186	227,68 (207,796)	91	284,37 (207,899)	95	173,37 (193,661)
De 25 a 35 años	1116	198,50 (184,56)	418	215,14 (175,662)	698	188,53 (189,113)
De 35 a 45 años	2195	237,14 (195,072)	709	239,29 (178,014)	1486	236,12 (202,755)
De 45 a 55 años	2993	271,29 (195,661)	1406	260,91 (188,257)	1587	280,49 (201,606)
De 55 a 65 años	2641	265,44 (181,354)	1888	245,55 (170,895)	753	315,31 (196,709)
<b>NACIONALIDAD</b>						
España	7822	249,95 (191,790)	3865	244,00 (177,466)	3957	255,76 (204,671)
Europa	122	306,1 (216,471)	63	340,25 (229,870)	59	269,63 (196,608)
Resto de Mundo	186	240,73 (211,114)	58	282,64 (215,295)	128	221,74 (207,254)
No informado	950	261,79 (185,340)	499	260,66 (179,278)	451	263,04 (192,017)
<b>ACTIVIDAD EMPRESARIAL</b>						
Primario	176	269,30 (191,153)	99	250,20 (181,989)	77	293,86 (200,856)
Construcción	1013	264,53 (184,344)	854	261,61 (179,541)	159	280,21 (208,183)
Industria	1404	249,06 (190,243)	952	243,45 (184,351)	452	260,88 (201,793)
Servicios	6471	249,94 (193,603)	2570	244,45 (177,400)	3901	253,56 (203,516)
No informado	16	218,19 (154,670)	10	275,70 (162,232)	6	122,33 (82,177)
<b>ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</b>						
Menos de 1 año	1990	250,58 (197,567)	814	257,51 (184,621)	1167	246,38 (206,336)
Entre 1 y 5 años	2779	238,46 (189,056)	1269	245,72 (176,802)	1491	232,30 (198,593)
Entre 5 y 10 años	1644	244,74 (184,449)	896	239,20 (173,703)	743	251,69 (196,840)
Más de 10 años	1019	232,75 (179,473)	650	219,16 (168,407)	359	257,25 (196,244)
No informado	1699	292,26 (198,432)	856	271,89 (188,651)	835	313,43 (206,417)
<b>NÚMERO DE TRABAJADORES EN LA EMPRESA</b>						
Autónomos	780	265,35 (194,327)	444	264,91 (187,36)	333	266,18 (203,693)
De 0 a 100	5596	254,94 (189,462)	2899	247,40 (177,358)	2659	263,33 (201,716)
De 100 a 500	1059	241,59 (197,756)	489	248,51 (190,665)	566	236,70 (203,930)
De 500 a 1000	429	232,06 (192,176)	225	221,60 (173,328)	202	242,43 (211,547)
Más de 1000	1263	243,95 (195,18)	427	245,02 (173,870)	832	244,04 (205,525)
No informado	4	69,25 (45,654)	1	113	3	54,67 (43,016)

n: Número de casos diagnosticados; (DT): Desviación Típica

**Tabla 12. Estadísticos descriptivos de la duración de la Incapacidad Temporal de los casos diagnosticados**

	De 0 a 3*	De 3 a 12*	De 12 a 18*	Más de 18*	CA
	n %	n %	n %	n %	n %
<b>TOTAL</b>	2633 (28,6)	3980 (43,3)	1749 (19)	769 (8,4)	66 (0,7)
De 16 a 25 años	80 (42,6)	56 (29,8)	29 (15,4)	21 (11,2)	2 (1,1)
De 25 a 35 años	474 (42,3)	414 (37)	164 (14,6)	64 (5,7)	4 (0,4)
De 35 a 45 años	760 (34,4)	879 (39,8)	363 (16,4)	193 (8,7)	16 (0,7)
De 45 a 55 años	748 (24,8)	1317 (43,6)	632 (20,9)	296 (9,8)	26 (0,9)
De 55 a 65 años	571 (21,5)	1314 (49,4)	561 (21,1)	195 (7,3)	18 (0,7)
<b>HOMBRES</b>	1140 (25,1)	2248 (49,5)	822 (18,1)	302 (6,6)	34 (0,7)
De 16 a 25 años	25 (27,5)	33 (36,3)	19 (20,9)	14 (15,4)	0 (0)
De 25 a 35 años	130 (31)	205 (48,9)	60 (14,3)	23 (5,5)	1 (0,2)
De 35 a 45 años	194 (27,1)	349 (48,7)	119 (16,6)	47 (6,6)	7 (1)
De 45 a 55 años	352 (24,8)	661 (46,6)	284 (20)	109 (7,7)	12 (0,8)
De 55 a 65 años	439 (23,1)	1000 (52,6)	340 (17,9)	109 (5,7)	14 (0,7)
<b>MUJERES</b>	1493 (32,1)	1732 (37,2)	927 (19,9)	467 (10)	32 (0,7)
De 16 a 25 años	55 (56,7)	23 (23,7)	10 (10,3)	7 (7,2)	2 (2,1)
De 25 a 35 años	344 (49,1)	209 (29,8)	104 (14,8)	41 (5,8)	3 (0,4)
De 35 a 45 años	566 (37,9)	530 (35,5)	244 (16,3)	146 (9,8)	9 (0,6)
De 45 a 55 años	396 (24,7)	656 (41)	348 (21,7)	187 (11,7)	14 (0,9)
De 55 a 65 años	132 (17,4)	314 (41,5)	221 (29,2)	86 (11,4)	4 (0,5)
<b>ACTIVIDAD EMPRESARIAL</b>					
Primario	40 (22,7)	84 (47,7)	34 (19,3)	18 (10,2)	0 (0)
Construcción	232 (22,7)	488 (47,7)	212 (20,7)	81 (7,9)	9 (0,9)
Industria	404 (28,6)	628 (44,5)	250 (17,7)	122 (8,6)	8 (0,6)
Servicios	1937 (29,7)	2749 (42,2)	1240 (19)	545 (8,4)	49 (0,8)
No informado	4 (25)	7 (43,8)	5 (31,3)	0 (0)	0 (0)
<b>ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</b>					
Menos de 1 año	607 (30,3)	809 (40,3)	382 (19)	192 (9,6)	16 (0,8)
Entre 1 y 5 años	859 (30,7)	1232 (44)	486 (17,4)	202 (7,2)	18 (0,6)
Entre 5 y 10 años	481 (29,1)	746 (45,1)	306 (18,5)	111 (6,7)	10 (0,6)
Más de 10 años	314 (30,5)	474 (46)	171 (16,6)	60 (5,8)	12 (1,2)
No informado	372 (21,8)	719 (42,1)	404 (23,6)	204 (11,9)	10 (0,6)
<b>NÚMERO DE TRABAJADORES EN LA EMPRESA</b>					
Autónomos	194 (24,8)	346 (44,2)	161 (20,6)	79 (10,1)	2 (0,3)
De 0 a 100	1512 (26,8)	2532 (44,9)	1086 (19,2)	466 (8,3)	47 (0,8)
De 100 a 500	362 (34)	418 (39,3)	176 (16,5)	103 (9,7)	5 (0,5)
De 500 a 1000	145 (33,6)	177 (41)	78 (18,1)	29 (6,7)	3 (0,7)
Más de 1000	418 (32,9)	505 (39,7)	248 (19,5)	92 (7,2)	9 (0,7)
No informado	2 (50)	2 (50)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

n (%): Número de casos diagnosticados (Porcentaje respecto a la categoría); \*: Meses; CA: Casos Abiertos

**Tabla 13. Recuentos y porcentajes en la duración de la Incapacidad Temporal categorizada**

DCO ONC	TOTAL		HOMBRE		MUJER		Significación p*
	n	Media (DT)	n	Media (DT)	n	Media (DT)	
Pulmón	732	263,97 (161,487)	584	249,85 (153,067)	148	319,70 (181,22)	<0,001
Ap. Respiratorio Otros	64	278,58 (178,165)	45	279,36 (177,013)	19	276,74 (185,746)	0,958
Mama	1737	318,05 (202,153)	33	247,67 (207,439)	1704	319,41 (201,87)	0,043
Gástrico	181	296,50 (172,816)	129	280,96 (167,363)	52	335,06 (181,602)	0,056
Ap. Digestivo Otros	276	276,83 (175,206)	200	268,36 (170,275)	76	299,12 (186,900)	0,193
Colorrectal	725	336,80 (186,191)	507	331,24 (182,460)	218	349,72 (194,407)	0,221
Hígado y Vías Biliares	150	244,18 (166,319)	116	245,33 (166,974)	34	240,26 (166,491)	0,887
Páncreas	129	231,93 (163,683)	97	214,09 (152,632)	32	286,00 (185,656)	0,031
Hipernefroma	142	224,01 (161,399)	111	208,75 (153,090)	31	278,65 (180,424)	0,033
Vejiga	391	224,23 (193,393)	341	222,04 (191,856)	50	239,10 (204,968)	0,561
Próstata	433	187,78 (149,264)	433	187,78 (149,264)			
Urológicos	198	180,76 (143,681)	198	180,76 (143,681)			
Ginecológicos	1135	147,90 (159,648)			1135	147,90 (159,648)	
Hematológicos	729	324,27 (197,392)	467	319,85 (198,381)	262	332,17 (195,744)	0,419
NGE	194	223,57 (178,063)	72	238,33 (177,807)	122	214,85 (178,369)	0,376
Dermatológicos	391	156,38 (172,855)	227	143,26 (159,471)	164	174,54 (188,832)	0,086
ORL	596	247,54 (179,848)	463	264,90 (174,139)	133	187,08 (186,876)	<0,001
Oftalmológicos	23	194,83 (201,380)	13	267,15 (235,526)	10	100,80 (88,256)	0,032
Óseos	194	203,71 (190,737)	110	200,04 (179,002)	84	208,52 (206,096)	0,76
Tejidos Blandos	199	122,93 (132,512)	109	132,75 (139,465)	90	111,04 (123,293)	0,251
SNC	392	296,90 (192,230)	224	267,91 (175,991)	168	335,56 (206,222)	0,001
Otros	120	128,03 (147,635)	33	136,94 (138,786)	87	124,64 (151,495)	0,027
<b>TOTAL</b>	<b>9011</b>	<b>251,61 (191,896)</b>	<b>4479</b>	<b>247,32 (179,266)</b>	<b>4532</b>	<b>255,79 (203,411)</b>	<b>0,035</b>

n: Número de casos; (DT): Desviación típica; DCO ONC: diagnóstico oncológico; p\*: Prueba t Student para muestras independientes sexo

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

**Tabla 14. Estadísticos descriptivos de la Duración Total de la Incapacidad Temporal en días en cada Tipo de Diagnóstico Oncológico**

<b>DURACIÓN TOTAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (CATEGORIZADA)</b>					
<b>DCO ONC</b>	<b>De 0 a 3*</b>	<b>De 3 a 12*</b>	<b>De 12 a 18*</b>	<b>Más de 18*</b>	<b>CA</b>
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n</b>
Pulmón	116 (15,8)	436 (59,6)	138 (18,9)	42 (5,7)	0
Ap. Respiratorio Otros	12 (18,8)	30 (46,9)	18 (28,1)	4 (6,3)	0
Mama	347 (19,8)	666 (38,1)	484 (27,7)	240 (13,7)	13
Gástrico	21 (11,6)	105 (58,0)	36 (19,9)	19 (10,5)	0
Ap. Digestivo Otros	41 (14,7)	158 (56,6)	58 (20,8)	19 (6,8)	3
Colorrectal	86 (11,7)	337 (45,9)	219 (29,8)	83 (11,3)	10
Hígado y Vías Biliares	34 (22,5)	81 (53,6)	27 (17,9)	8 (5,3)	1
Páncreas	28 (21,7)	75 (58,1)	21 (16,3)	5 (3,9)	0
Hipernefroma	37 (25,9)	75 (52,4)	23 (16,1)	7 (4,9)	1
Vejiga	129 (32,9)	171 (43,6)	56 (14,3)	35 (8,9)	1
Próstata	156 (35,9)	224 (51,5)	41 (9,4)	12 (2,8)	2
Urológicos	68 (34,2)	108 (54,3)	17 (8,5)	5 (2,5)	1
Ginecológicos	640 (56,0)	372 (32,6)	86 (7,5)	37 (3,2)	7
Hematológicos	129 (17,5)	291 (39,4)	198 (26,8)	111 (15)	9
NGE	60 (30,6)	89 (45,4)	32 (16,3)	13 (6,6)	2
Dermatológicos	219 (56,0)	114 (29,2)	43 (11,0)	15 (3,8)	0
ORL	157 (26,1)	281 (46,8)	117 (19,5)	41 (6,8)	5
Oftalmológicos	9 (39,1)	10 (43,5)	1 (4,3)	3 (13)	0
Óseos	77 (38,7)	78 (39,2)	26 (13,1)	13 (6,5)	5
Tejidos Blandos	120 (60,3)	63 (31,7)	13 (6,5)	3 (1,5)	0
SNC	71 (17,8)	184 (46,2)	86 (21,6)	51 (12,8)	6
Otros	76 (89,0)	32 (67,8)	9 (35,1)	3 (8,2)	0
<b>Total</b>	<b>2633 (28,6)</b>	<b>3980 (43,3)</b>	<b>1749 (19,0)</b>	<b>769 (8,4)</b>	<b>66</b>

\*: meses; DCO ONC: Tipo de Diagnóstico Oncológico; CA: Casos Abiertos;

n(%): número de casos (porcentaje dentro del diagnóstico)

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos;

SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

**Tabla 15. Número de casos por Diagnóstico Oncológico y Categoría de la Duración Total de la Incapacidad Temporal**

CNAE 09	DURACIÓN TOTAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL <sup>a</sup>		DURACIÓN TOTAL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (CATEGORIZADA)								
	n	Media (DT)	De 0 a 3 <sup>b</sup>		De 3 a 12 <sup>b</sup>		De 12 a 18 <sup>b</sup>		Más de 18 <sup>b</sup>		CA
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
1 Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	177	268,36 (191,023)	40 (22,6)	85 (48,0)	34 (19,2)	18 (10,2)	0				
2 Construcción	1014	264,44 (184,275)	232 (22,7)	489 (47,8)	212 (20,7)	81 (7,9)	9				
3 Industria manufacturera	1399	248,86 (190,168)	405 (28,8)	623 (44,3)	250 (17,8)	121 (8,6)	7				
4 Industrias extractivas	13	252,85 (184,484)	2 (14,3)	8 (57,1)	2 (14,3)	1 (7,1)	1				
5 Actividades administrativas y servicios auxiliares	992	253,15 (190,276)	289 (28,8)	424 (42,2)	192 (19,1)	87 (8,7)	13				
6 Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	128	256,65 (205,343)	37 (28,7)	55 (42,6)	21 (16,3)	15 (11,6)	1				
7 Actividades de los hogares: como empleadores de personal	39	272,85 (187,385)	7 (17,5)	20 (50,0)	8 (20,0)	4 (10,0)	1				
8 Actividades financieras y de seguros	163	238,17 (207,046)	52 (31,9)	74 (45,4)	25 (15,3)	12 (7,4)	0				
9 Actividades inmobiliarias	170	254,3 (182,063)	42 (24,6)	82 (48,0)	34 (19,9)	12 (7,0)	1				
10 Actividades profesionales, científicas y técnicas	520	238,12 (189,424)	166 (31,7)	227 (43,4)	89 (17,0)	38 (7,3)	3				
11 Actividades sanitarias y de servicios sociales	498	232,09 (191,919)	171 (34,1)	208 (41,5)	83 (16,6)	36 (7,2)	3				
12 Administración pública y de defensa; seguridad social obligatoria	177	254,29 (211,515)	60 (33,3)	66 (36,7)	32 (17,8)	19 (10,6)	3				
13 Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	1579	252,35 (191,837)	466 (29,3)	657 (41,3)	326 (20,5)	130 (8,2)	11				
14 Educación	337	255,99 (192,645)	93 (27,4)	152 (44,7)	72 (21,2)	20 (5,9)	3				
15 Hostelería	1033	259,87 (200,150)	297 (28,6)	416 (40,1)	220 (21,2)	100 (9,6)	5				
16 Información y comunicaciones	168	231,2 (203,037)	64 (38,1)	66 (39,3)	19 (11,3)	19 (11,3)	0				
17 Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	43	234,35 (185,183)	14 (31,1)	18 (40,0)	9 (20,0)	2 (4,4)	2				
18 Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	3	304,67 (265,583)	1 (33,3)	1 (33,3)	0 (0,0)	1 (33,3)	0				
19 Transportes y almacenamiento	401	243,88 (177,209)	101 (25,2)	209 (52,1)	63 (15,7)	28 (7,0)	0				
20 Otros servicios	261	248,84 (200,496)	90 (34,1)	93 (35,2)	53 (20,1)	25 (9,5)	3				
NI No informado	16	218,19 (154,670)	4 (25,0)	7 (43,8)	5 (31,3)	0 (0,0)	0				
<b>Total</b>	<b>9131</b>	<b>243,12 (192,329)</b>	<b>2633 (28,6)</b>	<b>3980 (43,3)</b>	<b>1749 (19,0)</b>	<b>769 (8,4)</b>	<b>66</b>				

a: días; b: meses; n: Número de casos diagnosticados ; (DT): Desviación típica; (%): Porcentaje dentro de la Actividad; CNAE: Clasificación Nacional de Actividades Empresariales 2009; CA: Casos abiertos

**Tabla 16. Descriptivos de la Duración de la Incapacidad Temporal en días por CNAE 09**

	<b>M/R</b> <b>n (%)</b>	<b>IP</b> <b>n (%)</b>	<b>Fallecimiento</b> <b>n (%)</b>	<b>Fin respons</b> <b>n (%)</b>	<b>Desconocido</b> <b>n (%)</b>
<b>TOTAL</b>	5763 (62,7)	2243 (24,4)	869 (9,4)	185 (2)	137 (1,5)
<b>SEXO</b>					
Hombres	2375 (52,2)	1363 (30)	643 (14,1)	104 (2,3)	61 (1,3)
Mujeres	3388 (72,8)	880 (18,9)	226 (4,9)	81 (1,7)	76 (1,6)
<b>GRUPO DE EDAD</b>					
De 16 a 25 años	139 (73,9)	25 (13,3)	15 (8,0)	4 (2,1)	5 (2,7)
De 25 a 35 años	901 (80,4)	132 (11,8)	52 (4,6)	23 (2,1)	12 (1,1)
De 35 a 45 años	1620 (73,3)	377 (17,1)	141 (6,4)	42 (1,9)	31 (1,4)
De 45 a 55 años	1777 (58,9)	820 (27,2)	304 (10,1)	67 (2,2)	51 (1,7)
De 55 a 65 años	1326 (49,9)	889 (33,4)	357 (13,4)	49 (1,8)	38 (1,4)
<b>ACTIVIDAD EMPRESARIAL</b>					
Primario	112 (63,3)	38 (21,5)	22 (12,4)	2 (1,1)	3 (1,7)
Construcción	488 (47,7)	352 (34,4)	144 (14,1)	24 (2,3)	15 (1,5)
Industria	837 (58,9)	395 (27,8)	149 (10,5)	27 (1,9)	12 (0,8)
Servicios	4318 (65,8)	1451 (22,1)	553 (8,4)	132 (2,0)	107 (1,6)
No informado	8	7	1	0	0
<b>ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA</b>					
Menos de 1 año	1254 (62,5)	486 (24,2)	187 (9,3)	42 (2,1)	37 (1,8)
Entre 1 y 5 años	1859 (66,5)	595 (21,3)	237 (8,5)	61 (2,2)	45 (1,6)
Entre 5 y 10 años	1045 (63,2)	415 (25,1)	151 (9,1)	30 (1,8)	13 (0,8)
Más de 10 años	623 (60,4)	251 (24,3)	121 (11,7)	20 (1,9)	16 (1,6)
No informado	982 (57,5)	496 (29)	173 (10,1)	32 (1,9)	26 (1,5)
<b>NÚMERO DE TRABAJADORES EN LA EMPRESA</b>					
Autónomos	417 (53,3)	236 (30,2)	95 (12,1)	19 (2,4)	15 (1,9)
De 0 a 100	3474 (61,6)	1420 (25,2)	568 (10,1)	110 (1,9)	71 (1,3)
De 100 a 500	715 (67,2)	226 (21,2)	86 (8,1)	21 (2,0)	16 (1,5)
De 500 a 1000	296 (68,5)	89 (20,6)	28 (6,5)	13 (3,0)	6 (1,4)
Más de 1000	858 (67,5)	271 (21,3)	92 (7,2)	22 (1,7)	29 (2,3)
No informado	3	1	0	0	0

n(%): Número de casos diagnosticados (porcentaje)

M/R: Mejoría que permite trabajo habitual/Recuperación; IP: incapacidad temporal; Fin respons: Fin de responsabilidad

**Tabla 17. Recuento y porcentaje del motivo de alta en distintas variables**

MOTIVO FINAL DEL PROCESO DE IT									
DCO ONC	M/R n (%)	IP n (%)	Fallecimiento n (%)	Fin Resp. n (%)	Desc. n (%)	Total n			
Pulmón	147 (20,1)	319 (43,6)	243 (33,2)	20 (2,7)	3 (0,4)	732			
Ap. Respiratorio Otros	21 (32,8)	29 (45,3)	9 (14,1)	3 (4,7)	2 (3,1)	64			
Mama	1297 (74,1)	334 (19,1)	42 (2,4)	42 (2,4)	35 (2)	1750			
Gástrico	57 (31,5)	67 (37)	56 (30,9)	0 (0)	1 (0,6)	181			
Ap. Digestivo Otros	108 (38,7)	98 (35,1)	59 (21,1)	11 (3,9)	3 (1,1)	279			
Colorrectal	329 (44,8)	312 (42,4)	65 (8,8)	16 (2,2)	13 (1,8)	735			
Hígado y Vías Biliares	43 (28,5)	46 (30,5)	53 (35,1)	8 (5,3)	1 (0,7)	151			
Páncreas	32 (24,8)	44 (34,1)	49 (38)	4 (3,1)	0 (0)	129			
Hipernefroma	89 (62,2)	32 (22,4)	17 (11,9)	3 (2,1)	2 (1,4)	143			
Vejiga	289 (73,7)	74 (18,9)	16 (4,1)	8 (2)	5 (1,3)	392			
Próstata	346 (79,5)	71 (16,3)	6 (1,4)	5 (1,1)	7 (1,6)	435			
Urológicos	177 (88,9)	14 (7)	2 (1)	3 (1,5)	3 (1,5)	199			
Ginecológicos	993 (87)	102 (8,9)	27 (2,4)	6 (0,5)	14 (1,2)	1142			
Hematológicos	411 (55,7)	220 (29,8)	78 (10,6)	14 (1,9)	15 (2)	738			
NGE	153 (78,1)	29 (14,8)	6 (3,1)	3 (1,5)	5 (2,6)	196			
Dermatológicos	318 (81,3)	46 (11,8)	23 (5,9)	2 (0,5)	2 (0,5)	391			
ORL	332 (55,2)	200 (33,3)	47 (7,8)	14 (2,3)	8 (1,3)	601			
Oftalmológicos	19 (82,6)	3 (13)	1 (4,3)	0 (0)	0 (0)	23			
Óseos	145 (72,9)	29 (14,6)	11 (5,5)	6 (3)	8 (4)	199			
Tejidos Blandos	175 (87,9)	18 (9)	3 (1,5)	3 (1,5)	0 (0)	199			
SNC	182 (45,7)	145 (36,4)	51 (12,8)	12 (3)	8 (2)	398			
Otros	100 (112,1)	11 (47,6)	5 (31,3)	2 (1,9)	2 (7,3)	120			
<b>Total</b>	<b>5763 (62,7)</b>	<b>2243 (24,4)</b>	<b>869 (9,4)</b>	<b>185 (2)</b>	<b>137 (1,5)</b>	<b>9197</b>			

M/R: Mejoría que permite trabajo habitual/Recuperación; IP: Incapacidad Permanente; Fin Resp.: fin de responsabilidad; Desc.: desconocido  
n(%): Número de casos diagnosticados (Porcentaje dentro del diagnóstico); DCO ONC: Tipos de Diagnóstico Oncológico

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

**Tabla 18. Recuento y porcentaje de casos por Motivo Final del proceso de IT y Tipo de Diagnóstico.**

DCO ONC	MOTIVO FINAL DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL											
	Mejoría/Recuperación				Incapacidad Permanente				Por fallecimiento			
	Hombre n (%)	Mujer n (%)	RR H/M RR [IC 95%]	Hombre n (%)	Mujer n (%)	RR H/M RR [IC 95%]	Hombre n (%)	Mujer n (%)	RR H/M RR [IC 95%]	Hombre n (%)	Mujer n (%)	RR H/M RR [IC 95%]
Pulmón	108 (18,5)	39 (26,4)	0,7 [0,51 - 0,97]	243 (41,6)	76 (51,4)	1,58 [1,19 - 2,10]	214 (36,6)	29 (19,6)	1,87 [1,33 - 2,64]			
Ap. Respiratorio Otros	14 (31,1)	7 (36,8)	0,84 [0,41 - 1,76]	21 (46,7)	8 (42,1)	1,11 [0,60 - 2,05]	5 (11,1)	4 (21,1)	0,53 [0,16 - 1,75]			
Mama	28 (84,8)	1269 (73,9)	1,15 [0,99 - 1,33]	4 (12,1)	330 (19,2)	0,63 [0,25 - 1,59]	0 (0,0)	42 (2,4)	0			
Gástrico	38 (29,5)	19 (36,5)	0,81 [0,52 - 1,26]	48 (37,2)	19 (36,5)	1,02 [0,67 - 1,55]	42 (32,6)	14 (26,9)	1,21 [0,72 - 2,02]			
Ap. Digestivo Otros	68 (33,5)	40 (52,6)	0,64 [0,48 - 0,85]	70 (34,5)	28 (36,8)	0,94 [0,66 - 1,33]	53 (26,1)	6 (7,9)	3,31 [1,48 - 7,38]			
Colorrectal	219 (42,4)	110 (50,5)	0,84 [0,71 - 0,99]	226 (43,7)	86 (39,4)	1,11 [0,92 - 1,34]	46 (8,9)	19 (8,7)	1,02 [0,61 - 1,70]			
Hígado y Vías Biliares	32 (27,4)	11 (32,4)	0,85 [0,48 - 1,49]	39 (33,3)	7 (20,6)	1,62 [0,80 - 3,29]	40 (34,2)	13 (38,2)	0,89 [0,54 - 1,47]			
Páncreas	18 (18,6)	14 (43,8)	0,42 [0,24 - 0,75]	31 (32,0)	13 (40,6)	0,79 [0,47 - 1,31]	45 (46,4)	4 (12,5)	3,71 [1,45 - 9,51]			
Hipernefoma	69 (61,6)	20 (64,5)	0,95 [0,71 - 1,29]	24 (21,4)	8 (25,8)	0,83 [0,41 - 1,66]	15 (13,4)	2 (6,5)	2,08 [0,50 - 8,60]			
Vejiga	254 (74,3)	35 (70,0)	1,06 [0,88 - 1,29]	62 (18,1)	12 (24,0)	0,76 [0,44 - 1,30]	15 (4,4)	1 (2,0)	2,19 [0,30 - 16,24]			
Próstata	346 (79,5)			71 (16,3)			6 (1,4)					
Urológicos	177 (88,9)			14 (7,0)			2 (1,0)					
Ginecológicos		993 (87,0)			102 (8,9)			27 (2,4)				
Hematológicos	256 (54,2)	155 (58,3)	0,93 [0,82 - 1,06]	146 (30,9)	74 (27,8)	1,11 [0,88 - 1,41]	51 (10,8)	27 (10,2)	1,06 [0,68 - 1,66]			
NGE	53 (72,6)	100 (81,3)	0,89 [0,76 - 1,05]	15 (20,5)	14 (11,4)	1,81 [0,93 - 3,52]	3 (4,1)	3 (2,4)	1,68 [0,35 - 8,13]			
Dermatológicos	181 (79,7)	137 (83,5)	0,95 [0,87 - 1,05]	29 (12,8)	17 (10,4)	1,23 [0,70 - 2,17]	15 (6,6)	8 (4,9)	1,35 [0,59 - 3,12]			
ORL	222 (47,5)	110 (82,1)	0,58 [0,51 - 0,66]	189 (40,5)	11 (8,2)	4,93 [2,77 - 8,78]	41 (8,8)	6 (4,5)	1,96 [0,85 - 4,52]			
Oftalmológicos	9 (69,2)	10 (100)	0,69 [0,48 - 0,99]	3 (23,1)	0 (0,0)		1 (7,7)	0 (0,0)				
Óseos	78 (69,6)	67 (7,0)	0,9 [0,76 - 1,07]	17 (15,2)	12 (13,8)	1,1 [0,56 - 2,18]	8 (7,1)	3 (3,4)	2,07 [0,57 - 7,58]			
Tejidos Blandos	92 (84,4)	83 (92,2)	0,92 [0,83 - 1,01]	13 (11,9)	5 (5,6)	2,15 [0,80 - 5,79]	2 (1,8)	1 (1,1)	1,65 [0,15 - 17,92]			
SNC	89 (39,2)	93 (54,4)	0,72 [0,58 - 0,89]	91 (40,1)	54 (31,6)	1,27 [0,97 - 1,67]	37 (16,3)	14 (8,2)	1,99 [1,11 - 3,56]			
Otros	24 (106,9)	76 (121,1)	0,83 [0,67 - 1,04]	7 (70,9)	4 (18,1)	4,61 [1,44 - 14,74]	2 (22,2)	3 (42,9)	1,76 [0,31 - 10,05]			
<b>Total</b>	<b>2375 (52,2)</b>	<b>3388 (72,8)</b>	<b>0,72 [0,69 - 0,74]</b>	<b>1363 (30,0)</b>	<b>880 (18,9)</b>	<b>1,58 [1,47 - 1,71]</b>	<b>643 (14,1)</b>	<b>226 (4,9)</b>	<b>2,91 [2,52 - 3,37]</b>			

Ap: Aparato; NGE: Neoplasia Glándulas Endocrinas; ORL: Otorrinolaringológicos; SNC: Tumores del Sistema Nervioso Central.

n: Número de casos diagnosticados; %: Porcentaje; DCO ONC: Tipos de diagnóstico oncológico; RR: Riesgo Relativo de los hombres con respecto a las mujeres

**Tabla 19. Recuentos y porcentajes por los motivos de alta más relevantes en cada sexo por tipo de diagnóstico. Riesgo Relativo de los hombres con respecto a las mujeres**

## MOTIVO FINAL DEL PROCESO DE IT

CNAE 09	M/R n (%)	IP n (%)	Fallecimiento n (%)	Fin Resp. n (%)	Desc. n (%)
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	112 (63,3)	38 (21,5)	22 (12,4)	2 (1,1)	3 (1,7)
Construcción	488 (47,7)	352 (34,4)	144 (14,1)	24 (2,3)	15 (1,5)
Industria manufacturera	831 (59,1)	391 (27,8)	148 (10,5)	26 (1,8)	10 (0,7)
Industrias extractivas	6 (42,9)	4 (28,6)	1 (7,1)	1 (7,1)	2 (14,3)
Actividades administrativas y servicios auxiliares	647 (64,4)	218 (21,7)	80 (8,0)	21 (2,1)	39 (3,9)
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	92 (71,3)	23 (17,8)	12 (9,3)	1 (0,8)	1 (0,8)
Actividades de los hogares: como empleadores de personal	18 (45,0)	15 (37,5)	6 (15)	0 (0,0)	1 (2,5)
Actividades financieras y de seguros	116 (71,2)	27 (16,6)	13 (8,0)	6 (3,7)	1 (0,6)
Actividades inmobiliarias	115 (67,3)	36 (21,1)	14 (8,2)	3 (1,8)	3 (1,8)
Actividades profesionales, científicas y técnicas	356 (68,1)	95 (18,2)	47 (9,0)	17 (3,3)	8 (1,5)
Actividades sanitarias y de servicios sociales	355 (70,9)	96 (19,2)	29 (5,8)	15 (3,0)	6 (1,2)
Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria	115 (63,9)	42 (23,3)	18 (10)	2 (1,1)	3 (1,7)
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	1025 (64,5)	361 (22,7)	158 (9,9)	30 (1,9)	16 (1,0)
Educación	239 (70,3)	65 (19,1)	26 (7,6)	7 (2,1)	3 (0,9)
Hostelería	669 (64,5)	260 (25,0)	81 (7,8)	15 (1,4)	13 (1,3)
Información y comunicaciones	123 (73,2)	36 (21,4)	4 (2,4)	3 (1,8)	2 (1,2)
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	26 (57,8)	12 (26,7)	3 (6,7)	1 (2,2)	3 (6,7)
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Transportes y almacenamiento	231 (57,6)	114 (28,4)	45 (11,2)	10 (2,5)	1 (0,2)
Otros servicios	189 (71,6)	50 (18,9)	17 (6,4)	1 (0,4)	7 (2,7)
No informado	8 (50,0)	7 (43,8)	1 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)
<b>Total</b>	<b>5763 (62,7)</b>	<b>2243 (24,4)</b>	<b>869 (9,4)</b>	<b>185 (2,0)</b>	<b>137 (1,5)</b>

n(%): Número de casos diagnosticados (porcentaje)

M/R: mejoría que permite trabajo habitual/Recuperación; IP: Incapacidad Permanente; Fin Resp.: fin de responsabilidad; Desc.: desconocido

Tabla 20. Número de Casos con Diagnóstico Oncológico según Motivo Final del proceso de IT y CNAE 09



## DISCVSIÓN

---



---

## DISCUSIÓN

---

### 1. LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL TRABAJO

La principal fortaleza de este estudio radica en que los datos referenciados no son estimaciones, sino el recuento real de todos los casos contabilizados en una población interesante y representativa en número de la población activa española.

Una de las limitaciones de este estudio es su carácter retrospectivo, por lo que la información ha sido recogida de las historias clínicas de cada paciente. En nuestro estudio se ha utilizado como fuente principal los datos incluidos en la Historia Clínica de cada uno de los casos diagnosticados, que se encontraban en situación de ITCC por neoplasias en la mutua. El hecho de que las distintas historias clínicas se nutran de información aportada por los pacientes (que no siempre aportan los informes médicos necesarios) y que hayan sido cumplimentadas por multitud de diferentes evaluadores, hace que la diversidad de informaciones recogidas en cada una de las variables pudiera ser muy dispar, sin embargo, esta limitación se ha tratado de minimizar accediendo y revisando pormenorizadamente e individualmente cada historia clínica en la que los datos estaban ausentes o eran incompletos, obteniendo esta información de otros apartados de la misma, para poder así garantizar una mayor validez y fiabilidad en los mismos.

## 1.1 DEPURACIÓN DE DATOS

En el momento en que la Mutua facilitó los datos, muchos de los casos presentaban datos incompletos o datos que había que reorganizar, por lo que se realizó un trabajo para poder completar aquellos datos, de tal manera que:

- Inicialmente 878 casos no registraban un diagnóstico oncológico cumplimentado de forma correcta, por lo que se revisó de forma metódica una a una todas las historias clínicas para poder cumplimentar dichos diagnósticos, obteniendo la información de otros apartados de la historia clínica.

- Por otra parte, se contabilizaron 604 casos con historias clínicas de pacientes que presentaron más de un proceso con el mismo diagnóstico oncológico durante el periodo de seguimiento, lo que obligó a unificarlos para poder calcular la variable Duración de la IT.

- Respecto a la variable Motivo Final del proceso de IT, también supuso un gran esfuerzo a la hora de completar con exactitud el contenido de la misma, ya que fue necesario revisar la historia de 2367 casos para completar dicha información.

- En diciembre de 2011 se revisaron de nuevo todos aquellos casos que, en el momento que se facilitaron los datos, no presentaban una resolución o cierre del mismo y permanecían en situación de baja laboral, en concreto, este paso supuso la revisión de 1173 procesos; tras dicha revisión

tan sólo quedaron 66 casos que se encontraban aún “sin resolución” y que se han considerado como “casos abiertos”.

## 2. DISCUSIÓN

### 2.1 INCIDENCIA

La incidencia de nuestro estudio resulta difícil compararla debido a la gran variabilidad en la metodología aplicada o por las diferencias en la población analizada con respecto a otros estudios.

En el caso concreto de nuestra investigación, el reducido número de trabajos que recojan la incidencia real del cáncer en el ámbito laboral complica la comparación de nuestros resultados, y hasta donde sabemos, en España no existe ningún estudio epidemiológico de estas características, es decir, que analice los casos de ITCC por neoplasias y que siga todo su proceso hasta el motivo final del mismo, por lo tanto, el poder realizar una adecuada discusión o comparativa con algún otro estudio es prácticamente imposible.

De acuerdo con nuestros resultados la Incidencia Media Anual de padecer cáncer es del 1,9 por mil trabajadores.

En algunos estudios [7, 13], y para un periodo de 5 años (1998 – 2002), aparecen cifras de Tasa de Incidencia (TI) que varían desde el 6,03 por mil habitantes en hombres y 3,75 por mil habitantes en mujeres, ambos obtenidos en los registros de Navarra. Estos estudios valoraron únicamente los casos recogidos en los CIFIC (Cáncer Incidence in Five Continents) Vol. IX durante los años 1998-2002, por lo tanto, dichas diferencias en los valores de incidencia con respecto a nuestros resultados pueden deberse a las diferentes proporciones de población, ya

que éstos sólo recogen información de determinadas Comunidades Autónomas o provincias, también pueden deberse a que no sólo consideran a la población trabajadora como en nuestro caso y al hecho de que los años de registro no se corresponden con el mismo período en el que se realiza nuestro análisis.

Según nuestros resultados, los valores de incidencia para todos los tipos de localizaciones tumorales, de forma general, son mayores en mujeres que en hombres, con una IM de 2,41 por mil trabajadores en las mujeres y de 1,60 por mil trabajadores en los hombres, datos que no se corresponden con los aportados por otros autores [2, 7, 9, 13, 160], que indican que la TI es mayor en hombres que en mujeres. Nuevamente al comparar estas afirmaciones hay que tener precaución porque, en concreto, algunos de estos estudios [7, 9, 13] únicamente se nutren de los registros poblacionales de cáncer existentes en España que han sido incluidos en los volúmenes VI, VII, VIII y IX de la publicación de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) "Cáncer Incidence in Five Continents" (CIFIC) [4]. El hecho de que se incluya una población diferente en estos estudios, tanto en proporción como en localización geográfica, puede influir en dichas discrepancias.

En el año 2006 los valores de incidencia obtenidos en nuestra investigación fueron de 1,5 por mil trabajadores para los hombres y de 2,1 por mil trabajadores para las mujeres, valores que se aproximan a los obtenidos por Ferlay [161] en el caso de las mujeres, ya que reportó unos valores de incidencia en España para ese mismo año de 2,6 por mil habitantes en mujeres pero, por el contrario, se alejan bastante de los que registró en hombres para ese mismo año con una incidencia muy superior, concretamente de 4,2 por mil habitantes, siempre teniendo en cuenta que los datos de incidencia para el análisis de Ferlay fueron los aportados por la IARC (Agencia Internacional del Cáncer) y únicamente para algunos tipos de tumores.

Igualmente Ferlay [2], en otro estudio publicado en el año 2010, indicó valores de incidencia en España para el año 2008 de 2,5 por mil habitantes para las mujeres y 4,5 por mil habitantes para los hombres, siendo los valores obtenidos en nuestro estudio para ese mismo año de 3,0 por mil trabajadores para las mujeres y 2,4 por mil trabajadores para los hombres. De nuevo los valores de incidencia registrados en hombres son muy superiores a los nuestros y ligeramente inferiores en el caso de las mujeres. El hecho de que en nuestro estudio los valores de incidencia registrados en mujeres sean mayores que en hombres (resultado que difiere del resto de estudios), puede verse explicado porque en nuestra población únicamente se ha considerado a la población trabajadora, es decir, sujetos con una edad comprendida entre los 16 y 65 años. Si el análisis lo realizamos por grupos de edad veremos que, entre los 25 y los 45 años existen una mayor frecuencia de casos diagnosticados en mujeres con respecto a los hombres, en el grupo de 45 a 55 años, aunque sigue siendo mayor el número en mujeres, esta diferencia va siendo menor y sin embargo, es en el grupo de los 55 a los 65 años cuando aparecen más casos en hombres que en mujeres, esta distribución de incidencia sigue un patrón muy similar al que encontramos en estudios como EURO CARE- 4 [162]. Se trata del estudio epidemiológico más amplio sobre la supervivencia de pacientes con cáncer en Europa, que recoge datos de 93 registros de cáncer de base poblacional en 23 países europeos, y aunque muestra un registro de datos en un periodo de tiempo diferente al nuestro, en concreto 1995 – 1999, se puede observar perfectamente como desde los 15 a los 54 años la incidencia de casos de cáncer diagnosticados en mujeres es mucho mayor que en los hombres, mientras que a partir de los 55 años en adelante, es en el grupo de hombres en el que se registra un mayor número de casos con respecto a las mujeres. Hecho que está en relación con la incidencia de los cánceres más frecuentes, en ciertos grupos de edad de un determinado sexo. Por lo tanto, la posible explicación de la baja

incidencia de cáncer en hombres que aparece en nuestros resultados, puede ser porque solamente incluimos a los hombres hasta los 65 años y si resulta que en el hombre el cáncer de pulmón, el cáncer de próstata y el cáncer de colorrectal son los diagnósticos oncológicos más frecuentes [10] y la mayoría de los estudios epidemiológicos sobre el tema sitúan la edad de aparición de estos tipos de tumores a partir de los 60 años en adelante [163-172], es claro que aparezcan diferencias importantes en las incidencias de cáncer en hombres, ya que justamente es, a partir de esa edad, cuando se describen muchos de los procesos oncológicos anteriormente mencionados.

Las mayores incidencias durante nuestro periodo de estudio 2005 - 2010 se registraron en los años 2008 y 2009 con más de 2000 casos al año y una incidencia anual por encima del 2,3 por mil trabajadores.

Al estudiar la incidencia en las diferentes CCAA (exceptuando Ceuta y Melilla por su escaso número de casos) los valores de menor incidencia de nuestro estudio se registraron en Castilla y la Mancha con una Incidencia Media anual de 1,3 por mil trabajadores mientras que los valores más altos correspondieron a Castilla y León con una TI media anual de 2,3 por mil trabajadores. Siendo Madrid y Cataluña las CCAA que mayor número de casos registraron.

Según el estudio del Instituto de Salud Carlos III [7], examinando los datos más recientes aportados por los registros poblacionales homologados, señaló que la mayor incidencia por cáncer en hombres, para el periodo 1996/98 – 2002, se observa en el País Vasco, Girona, Navarra, Tarragona y Murcia, con tasas ajustadas en torno a los 5,0 por mil habitantes y la menor incidencia en los registros de Cuenca y Albacete (con tasas inferiores a los 3,5 por mil habitantes) y en cuanto a las mujeres, las tasas más altas se registran en Girona, Granada, Murcia, Navarra

y Tarragona con valores de hasta 3,8 por mil habitantes, siendo Albacete y Cuenca donde registran las tasas de incidencia más bajas 2,2 y 2,1 por mil habitantes respectivamente. Cifras difícilmente comparables con las de nuestro estudio, ya que únicamente se incluyeron los registros de Albacete, Asturias, País Vasco, Canarias, Cuenca, Girona, Granada, Murcia, Navarra y Tarragona.

El hecho de que algunos tumores presenten patrones específicos incidencia en diferentes comunidades autónomas o provincias podría estar relacionado con factores ambientales, de tipo socio-sanitario, condiciones de vida, calidad del entorno, cultura... etc. [9, 116].

## 2.2 TIPO DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

En términos absolutos las localizaciones oncológicas más destacadas para el periodo de nuestro estudio fueron el cáncer de mama (n=1750; 19,0%), los tumores ginecológicos (n=1142; 12,4%), los cánceres hematológicos (n=738; 8,0%), el cáncer colorrectal (n=735; 8,0%) y en quinto lugar el cáncer de pulmón (n=732; 8,0%).

De acuerdo con los últimos datos presentados por la base GLOBOCAN 2008 [10], se estima en España para el año 2008 que los cánceres más frecuentes son el cáncer colorrectal (n=28551; 14,5%), el cáncer de próstata (n=25231; 12,8%), cáncer de pulmón (n= 23211; 11,8%), cáncer de mama (n=22027; 11,2%) y en quinta posición los cánceres hematológicos (considerando la suma de los distintos tipos considerados en la base) (n= 15099; 7,7%).

Para ese mismo año 2008, en nuestro estudio, fueron el cáncer de mama (n=384; 19,4%), los cánceres ginecológicos (n=251; 12,7%), los hematológicos

(n=162; 8,2%), el cáncer de pulmón (n=147; 7,4%) y el cáncer colorrectal (n=146; 7,4%) los diagnósticos oncológicos más frecuentes. Otra vez, la posible explicación a esta discordancia en cuanto a posiciones de frecuencia, esté condicionada al hecho de que nuestra población incluía únicamente a población trabajadora, es decir, a la población hasta los 65 años. Por un lado, respecto a las mujeres, la mayoría de estudios afirman que el cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres occidentales [2, 9, 26, 31, 161, 173] y que la mayor frecuencia para todos los tipos de cáncer de mama se sitúa entre los 50 y 60 años [174] aumentando su incidencia de manera gradual desde los 30 hasta los 50-60 años, afirmación que se corrobora en nuestros resultados, siendo en mujeres el diagnóstico oncológico más frecuente el cáncer de mama (n=1717; 36,9%) y pudiendo observarse ese incremento de la incidencia con la edad hasta llegar a alcanzar las tasas más altas en los grupos de edad de 35 a 55 años; y por otro lado, respecto a los hombres, se ha excluido en nuestro estudio aquellos grupos de edad en los que el cáncer de próstata, colorrectal y pulmón es mucho más frecuente (mayores de 65 años) [163-172], motivo por el que en nuestros resultados sea el cáncer de mama el que ocupe la primera posición en cuanto a frecuencia, y aparezcan diferencias con respecto a los últimos estudios sobre frecuencia de cáncer.

Ahora bien, uno de los resultados más significativos que hemos obtenido, es una mayor incidencia de cáncer de mama en las mujeres de nuestro estudio con respecto a las cifras de incidencia reportadas por Ferlay para la población europea en su estudio publicado en el año 2010 [2]. Si tenemos en cuenta que, el estrés es un factor predisponente en la aparición de cáncer, tal y como se describe en la literatura [17, 175, 176], puede que el hecho de ser mujer trabajadora junto con la sobrecarga física y la mayor responsabilidad que supone el trabajo en el hogar para

la mujer, implique estar expuesta a un mayor nivel de estrés incrementando así el riesgo de padecer este tipo de tumor.

Sin embargo, gracias a la mejora de los programas de diagnóstico precoz y el éxito de los nuevos tratamientos del cáncer de mama la supervivencia está aumentando [23, 30, 31, 177], datos que se reflejan en nuestros resultados por el alto número de casos que terminaron su proceso con Mejoría que permite trabajo habitual/Recuperación como motivo final del proceso, en concreto n= 1297 de los n= 1750 casos diagnosticados.

A lo largo de la literatura y según distintos autores [2, 7, 9, 17], es evidente la relación existente entre el sexo y el tipo de diagnóstico, los resultados de este estudio descriptivo muestran que existe una relación estadísticamente significativa entre ellos.

Teniendo en cuenta el sexo, en hombres el cáncer de pulmón (n=584; 12,8%) es el diagnóstico oncológico más frecuente, datos que se repiten reiteradamente en los estudios epidemiológicos publicados en España sobre el tema [163, 165, 167, 169, 178, 179], en los que también se pone de manifiesto la importante diferencia que existe entre los porcentajes de cáncer pulmón diagnosticados en hombres con respecto a las mujeres. En este estudio un 12,8% (n=584) del total de hombres con diagnóstico oncológico fueron diagnosticados de cáncer de pulmón frente a un 3,2% (n=148) de los casos de cáncer de pulmón diagnosticados en las mujeres.

En el momento del diagnóstico de cáncer de pulmón la mayoría de los estudios epidemiológicos españoles sobre el tema sitúan la edad entre 63 y 67 años [163, 165, 167, 169, 171, 172], en nuestro trabajo del total de casos con

diagnóstico de cáncer de pulmón n=732 el mayor porcentaje de casos se situó en el grupo de edad de 55 años a 65 años con un total de n=344 casos (46,9%).

En el caso de las mujeres, como hemos reflejado anteriormente, el diagnóstico oncológico más frecuente fue el cáncer de mama (n= 1717; 36,9%) afirmación que se describe en la mayoría de los estudios sobre el tema [2, 9, 26, 31, 161, 173]. Ahora bien, existen diferencias en el riesgo de padecer un tipo u otro de cáncer en función del sexo, en concreto en nuestros resultados, destaca que el riesgo de padecer cáncer de mama durante el periodo de seguimiento es de 79,57 veces más probable [IC95% 56,4-112,3] en las mujeres que en los hombres, dato que se aproxima a la afirmación de la American Cancer Society [180] que señaló que en mujeres es 100 veces más frecuente el cáncer de mama que en hombres, en el que sólo representa el 1%.

Sin embargo, según nuestros resultados los hombres tienen 4,5 veces más probabilidad de padecer cáncer de vejiga que las mujeres, dato que coincide con la mayoría de autores que afirman que el cáncer de vejiga es más frecuente en hombres que en mujeres [7, 10, 17, 180-182] y más del doble de sufrir cáncer de pulmón, de hígado e hipernefoma, datos similares a los que se describen en la mayoría de estudios españoles e internacionales [10, 163, 165, 167, 169, 178, 179, 183, 184].

De igual manera, la mayoría de los estudios publicados [17] ponen de manifiesto la relación entre la edad y el tipo de diagnóstico oncológico, también encontramos relación estadísticamente significativa entre ambos fundamentalmente cuando el análisis se realiza en cada sexo de forma separada.

Sin tener en cuenta el sexo ni aquellos diagnósticos que sólo son posibles en uno de los dos sexos, incluyendo el de mama, en nuestros resultados obtenemos que en los grupos de menor edad el diagnóstico oncológico más

frecuente son los cánceres hematológicos al igual que se referencia en ciertos estudios [7, 17], confirmando que algunos tipos de leucemias son más frecuentes en jóvenes y primera causa de mortalidad en estos grupos de edad. Entre los 25 y los 35 años los cánceres del Sistema Nervioso Central, en el de 35 a 45 años el cáncer colorrectal y en los grupos de 45 a 65 años el cáncer de pulmón.

Se obtiene relación estadísticamente significativa entre el sexo y el grupo de edad en el cáncer de pulmón, en el cáncer colorrectal, en el cáncer de páncreas y en los cánceres ORL.

### 2.3 REINCORPORACIÓN AL TRABAJO

De forma general, la mayoría de los autores afirman que un alto porcentaje de los supervivientes de cáncer consigue reincorporarse a su trabajo durante los primeros años tras su diagnóstico oncológico [94-100], en nuestro estudio el 62,7 % de los individuos con un diagnóstico oncológico presentaron como motivo final del proceso de IT la Mejoría que permite trabajo habitual/Recuperación, coincidiendo con valores similares a los obtenidos por algunos autores [101, 109-112]. El meta-análisis sobre cáncer y empleo, llevado a cabo por De Boer en 2009, mediante la valoración de 36 estudios de los Estados Unidos y Europa [101], refleja la existencia de un aumento del riesgo de desempleo en los supervivientes de cáncer. Sólo un 66,2% de los supervivientes de cáncer estaban trabajando en contraste con más del 84,8 % del grupo control (no afectados por cáncer) que no se encontraban activos laboralmente. De igual manera, Petersson [109], investigó en 756 mujeres sometidas a cirugía de cáncer de mama, las posibles relaciones entre baja laboral y otras variables mediante la aplicación de un cuestionario, la mayor parte de las mujeres (86%) (incluidos autónomos) estaban en activo laboral en el momento del

diagnóstico, y sin embargo, en el período de realización de la encuesta, el 56% se encontraban aún en situación de baja laboral. Dentro de las características sociodemográficas resultó estadísticamente significativo en varios aspectos: la mayoría de las participantes tenía estudios superiores y las de menor edad no tenían hijos.

Frazier [112] realizó una encuesta a 73 mujeres que se encontraban laboralmente activas en el momento del diagnóstico de un cáncer ginecológico, de entre las cuales el mayor porcentaje presentó cáncer de ovario (38,4%), seguido de cáncer de cuello uterino (28,8%), cáncer de endometrio (26,0%) y por último cáncer ginecológico primario (6,8%). En esta investigación se concluyó que en el primer año tras el diagnóstico del cáncer ginecológico, 5 mujeres (6,9%) fueron despedidas u obligadas a abandonar sus puestos de trabajo por una reducción involuntaria de sus horas, 13 mujeres (18,1%) dejaron sus trabajos debido al cáncer, 48 mujeres (66,7%) conservaron el trabajo durante el transcurso de la enfermedad oncológica, y 6 (8,3%) dejaron sus trabajos debido a otras circunstancias, cierre de negocios o traslados fuera de la ciudad.

Sin embargo, nuestro porcentaje de resultado de reincorporación al trabajo difiere y es ligeramente inferior a los obtenidos por otros estudios [100, 104, 107, 108] cuyos porcentajes de reincorporación varían entre el 72% y el 77,9%, Por ejemplo, en la investigación llevada a cabo por Earle [104] demostró que el 74% de los pacientes que se encontraban activos laboralmente en el momento del diagnóstico continuaban trabajando durante el seguimiento. Porcentaje que coincide con los niveles de reincorporación al trabajo a tiempo completo obtenidos en pacientes afectados de cáncer hematológico, a los 10 años después de un trasplante de células hematopoyéticas, mostrando a su vez proporciones similares en comparación con los casos controles sanos (72% vs 73,3%) [107] y con los

resultados obtenidos en otra investigación [100] en la que se encuestaron a 252 empresas y se puso de manifiesto que el 73% de los empleados afectados de cáncer volvieron a reincorporarse a su puesto de trabajo tras el tratamiento pertinente. También Cavanna [108], en un estudio en el que participaron 76 pacientes afectados de cáncer de mama, reclutados antes de su primer tratamiento, entre los meses de Agosto 2007 y Enero 2008, y que fueron entrevistados en el momento del diagnóstico y después de 1, 3, 6, 9, 18 y 24 meses, reflejó que después de 1 mes desde el diagnóstico, el 45% de los participantes dejaron de trabajar y después de 3-9 meses este porcentaje era del 55,3%. Pero un 77,9% consiguió una vuelta al trabajo de forma completa. La posible explicación a que nuestros porcentajes de incorporación sean inferiores con respecto a estos estudios, puede estar en la gran diferencia en número de participantes y que únicamente se llevó a cabo con afectados de algún tipo concreto de diagnóstico oncológico, por ejemplo, en el caso del mencionado trabajo de Cavanna [108] sobre cáncer de mama, siendo precisamente el tumor con mayor probabilidad de finalizar el proceso de IT con reincorporación.

Y, por otro lado, nuestros resultados de reincorporación se alejan bastante de los porcentajes obtenidos en otros estudios publicados [92, 113, 114] que indican resultados de reincorporación superiores al 80%. Nuevamente la posible explicación a esta diferencia puede venir determinada porque la muestra de alguno de estos estudios es muy inferior a la nuestra, estas investigaciones fueron llevadas a cabo en países diferentes al nuestro y únicamente se centraron en algún tipo concreto de diagnóstico oncológico, por ejemplo, Fantoni [113] llevó a cabo una investigación en una muestra de 379 mujeres de entre 18-60 años, que se encontraban trabajando en el momento del diagnóstico, demostrando que durante un seguimiento medio de 36 meses, el 82,1% de las 379 mujeres que habían

trabajado antes del diagnóstico se reincorporó de nuevo al trabajo. Porcentaje muy similar al establecido en una investigación [114] llevada a cabo en Noruega en el año 2011, en la que se analizó la relación entre cáncer y reincorporación al trabajo en una muestra de 1115 pacientes diagnosticados de alguno de los 10 tipos de cáncer invasivos más frecuentes en dicho país. Dentro de los resultados se concluyó que el 84% de los afectados se encontraban trabajando en el momento de la encuesta (siendo enviado el cuestionario entre los 15 y 39 meses tras el tratamiento primario) y el 24% tuvo que cambiar de trabajo como consecuencia del cáncer y sus secuelas. También Verdonck en su investigación [92], en la que se incluyó una cohorte de 113 pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados entre el año 2004 y 2006, determinó que de los 53 pacientes que se encontraban activos laboralmente en el momento del diagnóstico, 44 los pacientes regresaron al trabajo después del tratamiento (83%): 28 regresó al mismo trabajo y 16 cambiaron el mismo.

Del total de supervivientes de cáncer que se reincorporaron al trabajo en nuestro estudio el 72,8% fueron mujeres frente a un 52,2 % en el caso de los hombres, datos que no se corresponden con otras investigaciones [110, 122] que concluyeron que las mujeres supervivientes de cáncer tenían menos probabilidades de volver al trabajo que los hombres. Concretamente, en el estudio de Kirchhoff [110] en el que participaron 197 pacientes afectados de cánceres hematológicos y que habían sido sometidos a un trasplante de células hematopoyéticas (HTC), se realizaron evaluaciones antes de su trasplante y durante intervalos de más de 5 años. Se analizaron variables como tratamiento, factores sociodemográficos y fecha de reincorporación al trabajo a tiempo completo. De los 130 pacientes que trabajaban a tiempo completo antes del HTC, 88 (68%) estaban vivos y libres de enfermedad a los 5 años. De éstos, 53 (60%) había regresado a tiempo completo y

28 (32%) trabajaban a tiempo parcial. En el análisis a los seis meses de la HCT, 14 pacientes ya habían muerto o presentaban recidiva y 10 se habían reincorporado al trabajo.

Teniendo en cuenta la edad, en nuestro estudio se puede observar como a mayor edad disminuye ligeramente el porcentaje de casos que se reincorporan al trabajo tras el diagnóstico oncológico, es decir que la edad puede ser un factor que influye en la dificultad para poder reincorporarse coincidiendo con autores como Molina [111], que afirmaron que la edad avanzada sí influye en el retraso a la reinserción laboral una vez finalizado el tratamiento específico. En el trabajo desarrollado por Molina en el año 2008 con una muestra más pequeña de pacientes 73 [111] diagnosticados de cáncer colorrectal, empleados en el momento del diagnóstico y en el que los pacientes rellenaron un cuestionario que incluía aspectos demográficos, clínicos y laborales, se observó que el 86% de los pacientes pasaron a inactivos, laboralmente hablando, tras comenzar el tratamiento de la enfermedad y un 45% lo seguían estando tras éste, es decir sólo el 55% de los pacientes se reincorporaron al trabajo. No hubo diferencias en la influencia de las distintas variables analizadas con respecto a la actividad laboral tras el diagnóstico, y en contraposición aparece un estudio desarrollado por Earle [104], que determinó que los pacientes jóvenes fueron los que sufrieron más desempleo atribuible al cáncer, en él [104] participaron 2.422 supervivientes de cáncer y fueron entrevistados por teléfono 4 meses después del diagnóstico (estudio de referencia) y de nuevo a los 15 meses tras el diagnóstico (encuesta de seguimiento).

Atendiendo al tipo de diagnóstico oncológico, del total de los casos de nuestro estudio que se reincorporan al trabajo, los mayores porcentajes se situaron en el cáncer de mama con un 22,5%, en los cánceres ginecológicos con un 17,2%, los hematológicos con un 7,1 % y próstata con un 6,0%. Sin embargo, en un

estudio se concluyó que pacientes con cáncer de mama tienen más probabilidades de no reincorporarse al trabajo en comparación con el de próstata [125], pero teniendo en cuenta que éste utilizó en su estudio una muestra de sólo 380 pacientes con diferentes diagnósticos oncológicos.

En nuestro trabajo del total de diagnósticos de cáncer de mama n=1750 que aparecen, n=1297 terminaron como motivo final del proceso de IT en Mejoría que permite trabajo habitual/Recuperación, porcentaje alto como mostraron también otros estudios publicados sobre el tema [81, 108, 109].

Bradley [81] presentó un estudio en el que analizó cómo afecta el cáncer en 800 pacientes enfermos que se encontraban activos laboralmente en el momento del diagnóstico, concretamente 496 mujeres con cáncer de mama y 294 hombres con cáncer de próstata, observando que la mayor reducción en el empleo y en las horas trabajadas por semana tuvo lugar a los seis meses del diagnóstico de la enfermedad, en el caso de las mujeres el 14% se encontraba en situación de desempleo en los 6 primeros meses con respecto al 5% del grupo control sano, en los hombres se redujo su jornada laboral en 3,3 horas con respecto al grupo control. Pero a los 12 y 18 meses tras el diagnóstico una gran mayoría de estos pacientes volvieron a reincorporarse al trabajo de forma completa.

Algunos afectados de cáncer se ven obligados a perder definitivamente el empleo como consecuencia de su enfermedad oncológica [85, 104-106], en el caso de nuestra población de estudio concretamente un 24,4% de los pacientes terminaron su proceso con una IP, valor por encima de los obtenidos en algunos estudios como el realizado por Damkjae [105], en el que participaron 2661 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y durante un período de 2,8 años, concluyendo que 231 mujeres (8,7%) se hallaron en situación de IP durante el seguimiento del

estudio, pero hay que tener en cuenta que esta investigación fue realizada en Dinamarca motivo quizá por el que nuestros porcentajes sean superiores, ya que al tratarse de otro país es posible que existan diferencias legislativas a la hora de valorar una IP.

Y aunque, curiosamente, en dicho estudio realizado por Damkjae, se encontró un efecto protector en la quimioterapia, en general otras investigaciones mantienen que la quimioterapia tiene un efecto negativo tanto en reincorporación al trabajo [120, 150] como en la duración de la ausencia al mismo [133].

## 2.4 DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La duración media de la IT de nuestros trabajadores por neoplasias fue de 251,61, días de forma categorizada correspondería al grupo de 3 a 12 meses de duración, cifras que se corresponden con las obtenidas por otros autores en casos de diagnósticos oncológicos [84, 92, 96, 105, 108, 113, 120, 129, 132].

Damkjae [105] determinó, en su estudio en el que participaron 2661 pacientes afectados de cáncer de mama, que la duración media de la baja médica era de 1,5 años (rango 0-11 meses) valores que coinciden con los obtenidos por Fantoni [113] en una muestra de 379 mujeres, de las cuales el 82,1% se reincorporó de nuevo al trabajo después de una baja por enfermedad de 10,8 meses de promedio. Igualmente, Cavanna [108] en un estudio en el que participaron 76 pacientes afectados de cáncer de mama, afirmó que un 77,9% consiguió una vuelta al trabajo de forma completa después de una demora media de 10,3 meses, que es inferior en comparación con el retraso reportado por Roelen y otros [131], cuyos resultados concluían que el retorno completo al trabajo se

producía tras un año desde el diagnóstico del cáncer, variando desde 351 días en el año 2002 hasta 390 días en el año 2008.

En contraposición, estos valores de duración de la baja médica son bastante más superiores que los obtenidos por Verdonck en su estudio [92] en el que se incluyó una cohorte de 113 pacientes diagnosticados de cáncer en cabeza y cuello diagnosticados entre el año 2004 y 2006, la media del tiempo para regresar al trabajo fue de 6 meses, siendo el 71% de los pacientes los que se incorporaron al trabajo a partir de los seis meses posteriores al tratamiento.

En otro estudio [120] llevado a cabo en Países Bajos, en el período comprendido entre enero 2001 y diciembre 2005, se analiza la relación entre cáncer de mama y reincorporación al trabajo, incluyendo casos de pacientes que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: edad 18 a 65 años, empleado, recién diagnosticado de cáncer de mama, fase inicial (estadio 0, I o II) el cáncer de mama y que no presentasen una enfermedad crónica pre-existente. Finalmente 72 pacientes cumplían los requisitos de inclusión. En el estudio se concluyó que la duración media de las bajas en un estadio temprano de cáncer de mama fue de 11,4 meses. El 35 % estuvo ausente del trabajo más de un año y el 6% no se reincorporó al trabajo hasta pasados dos años del diagnóstico la enfermedad. Sin el tratamiento adyuvante, la mujer regresó al trabajo tras 7,2 meses. Casi dos meses más del promedio de 5,4 meses indicado por Drolet et al. [132, 133]. Los pacientes que recibieron tratamiento adyuvante se ausentaron del trabajo de 7 a 11 meses.

Un estudio [129] en el cual se analizó la duración de las bajas por enfermedad y sus factores asociados en Andalucía y en el que participaron un total de 1.633.405 pacientes de baja por enfermedad emitidas desde el 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2006, concluyó que aquellas bajas por enfermedad que

duraron más tiempo fueron: enfermedades endocrinas y trastornos del sistema inmune ( $170,73 \pm 165,48$  días), las neoplasias ( $77,32 \pm 117,76$  días) y trastornos mentales ( $72,84 \pm 99,71$  días). También se obtuvo que la duración media de los episodios de IT en los hombres fue menor que en el caso de las mujeres con una diferencia de 7 días. La mayoría de estos procesos de IT se resolvieron en menos de un mes (71,7%) y siendo unos meses inferiores al promedio de 12 -18 meses indicado por Bradley [81] o por Roelen [131], cuyos resultados concluían que el retorno completo al trabajo se producía tras un año desde el diagnóstico del cáncer.

Únicamente nuestros resultados de duración de la IT por neoplasias son inferiores a los mostrados por Bradley [81], que analizó cómo afecta el cáncer en 800 enfermos que se encontraban activos laboralmente en el momento del diagnóstico, concretamente 496 mujeres con cáncer de mama y 294 hombres con cáncer de próstata, indicando duraciones de 12 y 18 meses tras el diagnóstico, esta diferencia puede explicarse por la mayor proporción de mujeres frente a hombres, en su caso el 62% de la población eran mujeres, si la mayoría de la literatura indica que la duración de la IT en mujeres es superior que en hombres [35, 129, 134], puede ser el motivo por el que sus valores de duración superen a los de nuestro estudio (3 a 12 meses).

Existen muchos factores que influyen en la duración de un episodio de ITCC [40, 82, 128] entre ellas las principales son el género, la edad, problemas de salud o características demográficas [129, 116].

La mayor duración de los episodios de ITCC entre las mujeres respecto a los hombres, y entre las personas mayores respecto a las jóvenes son hechos conocidos [35, 134]. Teniendo en cuenta el sexo en nuestro estudio, la duración media de la IT por neoplasias en las mujeres fue de 255,79 días, ligeramente

superior a la duración media obtenida en los hombres 247,32 días, constatándose la anterior afirmación [35, 134].

Atendiendo a la edad, en nuestra muestra, sí que se confirma que en los grupos de más edad (45 a 65 años) los mayores porcentajes de casos diagnosticados se encontraban en el grupo de duración de IT de 3 a 12 meses, mientras que en el grupo de 16 a 25 años el mayor porcentaje de casos se sitúa en el grupo de duración de IT de 0 a 3 meses, por lo tanto, la edad puede ser un factor influyente en la mayor duración de la baja [35, 134].

Respecto al tipo de diagnóstico oncológico, en nuestros resultados las localizaciones que mayor media de la duración de la IT registraron fueron el cáncer colorrectal seguido de los cánceres hematológicos, el cáncer de mama y el cáncer de estómago todos ellos por encima de los 9 meses, encontrando relación estadísticamente significativa entre tipo de diagnóstico y la duración de IT. Teniendo en cuenta el tipo de neoplasia, el cáncer de pulmón es el responsable del mayor número de días de baja médica, según concluyó un estudio [82] en el que se analizó la IT en pacientes con cáncer de colon, cáncer de recto, mama, próstata o pulmón (n = 2.738) comparándolos con un grupo control sin cáncer (n = 12 246 total). En general, los pacientes afectados de cáncer tenían una duración de IT mayor que en el caso de los sujetos del grupo control, que va desde 5 (cáncer de próstata) hasta 12 veces más la cantidad de días de baja por enfermedad (cáncer de colon y pulmón). Un año después del diagnóstico, menos de la mitad de los pacientes con cáncer continuaban de baja por enfermedad, a excepción de los pacientes con cáncer de pulmón, donde el 63% sigue de baja por enfermedad. La diferencia en proporción de población analizada puede ser el motivo por el que en

nuestro estudio no sea el cáncer de pulmón la patología neoplásica con mayores duraciones de IT.

En otro estudio [128] en el que se compara las duraciones por IT de los diez tipo de cánceres más comunes en Noruega, se observó que el 78% de los participantes eran mujeres y que la mayoría (76%) de ellas presentaban cáncer de mama o un tipo de cáncer ginecológico. También se observó que una mayor proporción de pacientes con bajo nivel de educación, con problemas económicos, tratados con quimioterapia, hormonas o un tratamiento multimodal pertenecía al grupo con mayor duración de baja por IT (n= 481) en comparación con el grupo cuyas bajas médicas tenían menor duración (n= 359).

En una investigación llevada a cabo por Ferrie [130], en la que participaron 15.320 empleados (de los cuales el 73% eran hombres) con edades entre 37 y 51 años, se incluyeron todas las bajas por enfermedad expedidas durante el período 1990-1992, englobadas en 13 categorías de diagnóstico, y fueron examinados por posición ocupacional y medidos anualmente durante 14 años (1993-2006). En los resultados obtuvieron que el 60% de los empleados en los puestos de trabajo de mayor nivel y un 22% en los puestos inferiores no tenían bajas por enfermedad. Por el contrario, el 9,5% de los empleados en los puestos más altos y el 40% en los puestos inferiores presentaban bajas médicas de una duración superior a los 30 días. De acuerdo con nuestros resultados hay diferencias estadísticamente significativas en la duración de la IT dependiendo del sector económico, siendo los valores más altos de duración de IT los registrados en los sectores de "Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca", "Construcción", y "Actividades de los hogares: como empleadores de personal", pudiendo coincidir con las conclusiones de Ferrie.

En definitiva, el carácter multifactorial de la enfermedad, así como la gran variedad de factores que influyen en las bajas laborales [116] y en la duración de las mismas: demográficos, socioeconómicos, personales, culturales, psicosociales... complican mucho el poder realizar una comparación entre diversos estudios debido a las diferencias en cuanto a cantidad de población incluida, diferencias de países y sus burocracias en temas de prestación de invalidez, las distintas localizaciones de la enfermedad y gravedad de la misma...a pesar de todo ello, es importante llevar a cabo estudios de los factores de riesgo implicados en las bajas laborales para poder reducir el número de dichas bajas o al menos poder acortar su duración, de tal manera que gracias a dichas investigaciones, la población activa, que por motivos de salud se vea desfavorecida, pueda recibir ayudas para reincorporarse lo antes posible al trabajo.



## CONCLVSIONES

---



---

## CONCLUSIONES

---

1. El mayor número de casos diagnosticados, los mayores porcentajes y el mayor valor de la Incidencia Media Anual de nuestro estudio se registró en el grupo de 45 a 55 años, tanto en hombres como en mujeres, estableciéndose una relación estadísticamente significativa entre el número de diagnósticos y los grupos de edad.

2. En nuestra muestra los cánceres más frecuentes en los hombres fueron el cáncer de pulmón, el cáncer colorrectal y los cánceres hematológicos; mientras que en las mujeres fueron el cáncer de mama, las neoplasias ginecológicas y los cánceres hematológicos.

3. La Incidencia de cáncer es similar en los distintos sectores económicos sin que hayan aparecido diferencias entre sexos.

4. La duración de la Incapacidad Temporal por cáncer sufrió variaciones en función del sexo. Las duraciones más largas se registraron en el grupo de hombres de los 16 a 25 años y en el de las mujeres de 55 a 65 años. El sector económico primario fue el que presentó una mayor duración de la Incapacidad Temporal por enfermedad oncológica considerando ambos sexos.

5. Las localizaciones oncológicas con mayor duración de la Incapacidad Temporal fueron el cáncer colorrectal, los cánceres hematológicos, el cáncer de mama y los tumores gástricos.

6. El riesgo de que el proceso de Incapacidad Temporal por cáncer otorrinolaringológico finalizase en Incapacidad Permanente fue 5 veces superior en los hombres que en las mujeres. Para todos los diagnósticos oncológicos ese riesgo prácticamente se duplicaba en los hombres con respecto a las mujeres. .

7. La Incapacidad Permanente fue el motivo final del proceso de Incapacidad Temporal más frecuente en el cáncer de pulmón y del aparato respiratorio.



## BIBLIOGRAFÍA

---



---

## BIBLIOGRAFÍA

---

- [1] World Health Organization. National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO; 2002.
- [2] Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008. *Eur J Cancer*. 2010 Mar; 46(4):765-81.
- [3] Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) "Cancer Incidence in Five Continents" (CIE X). Disponible en: <http://ci5.iarc.fr/>.
- [4] Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Storm H. Cancer Incidence in Five Continents. IARC, CancerBase No 7, Lyon. 2005.
- [5] Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *Eur J Cancer*. 2002 Jan; 38(1):99-166.
- [6] Black RJ, Bray F, Ferlay J, Parkin DM. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer*. 1997 Jun; 33(7):1075-107.
- [7] Cabanes A, Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollán M, López-Abente G. La situación del cáncer en España, 1975-2006. *Instituto de Salud Carlos III*. Madrid 2009.
- [8] Álvarez Rodríguez JA. El Cáncer. Proceso integral. Edición 2006:83-90.
- [9] López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez Gómez B, Hernández Barrera V, Lope V. Situación del cáncer en España: incidencia. *An Sist Sanit Navar*. 2005 Mayo-Agosto; 27(2):165-73.
- [10] GLOBOCAN 2008 - International Agency for Research on Cancer (IARC). Disponible en: <http://www-dep.iarc.fr/>.
- [11] Gómez A, Rodríguez CA. Cáncer de mama. En: J.J. Cruz Hernández. *Lecciones de Oncología*. Nova Sidonia, 4ª Ed. 2008; 339-69.
- [12] Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. La situación del cáncer en España. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO Centro de Publicaciones. 2005.

[13] Curado MP, Edwards B, S H R, Storm H, F J, H M, et al. Cancer Incidence in Five Continents. *IARC,CancerBase No 160*. Lyon 2007.

[14] Regidor E, Rodriguez C, Ronda E, Gutierrez JL, Redondo JL. The quality of the basic cause of death in the Statistical Bulletin of Mortality. Spain, 1985. *Gac Sanit*. 1993;7:12-20.

[15] Pérez-Gómez B, Aragonés N, Pollan M, Suárez B, Lope V, Llacer A, et al. Accuracy of cancer death certificates in Spain: a summary of available information. *Gac Sanit*. 2006;20(Suppl 3):42-51.

[16] Area de Epidemiología ambiental y cáncer. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: <http://www.isciii.es/>.

[17] Cruz Hernández JJ, Rodríguez CA, Del Barco E. *Oncología Clínica*. 4ª Edición Nova Sidonia. 2008.

[18] Llácer A. Años potenciales de vida perdidos por causas 1989-1998. *Centro Nacional de Epidemiología*. Madrid 2002.

[19] Facts and Figures on Cancer in the EU. Health-EU. The public health portal of the European Union. EUROSTAT. Disponible en: [http://ec.europa.eu/health-eu/health\\_problems/cancer/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/cancer/index_en.htm).

[20] World Health Organization. Programmes and projects:Cancer. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/en/>.

[21] United Nations, Population division. World Population Prospects, the 2006 revision. Disponible en: <http://www.un.org/>.

[22] Boyle P, Ferlay J. Cancer Incidence and mortality in Europe,2004. *Ann Onc*. 2005;16:481-8.

[23] Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Bielska-Lasota M, J W Coebergh, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EURO CARE-4 study: The lancet oncology. 2007;8:773-83.

[24] Sant,M, C Allemani, M Santaquilani, A Knijn, F Marchesi, R Capocaccia, 2009, EURO CARE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary: *Eur J Cancer*, v. 45, p. 931-991.

[25] Maddams J, Utley M, Moller H. Levels of acute health service use among cancer survivors in the United Kingdom. *Eur J Cancer*. 2011 May 16.

[26] Kamangar F, Dores GM, Anderson WF. Patterns of cancer incidence, mortality, and prevalence across five continents: defining priorities to reduce cancer disparities in different geographic regions of the world. *J Clin Oncol*. 2006 May 10;24(14):2137-50.

[27] Brearley SG, Stamataki Z, Addington-Hall J, Foster C, Hodges L, Jarrett N, et al. The physical and practical problems experienced by cancer survivors: A rapid review and synthesis of the literature. *Eur J Oncol Nurs*. 2011 Jul;15(3):204-12.

[28] Feuerstein M, Todd BL, Moskowitz MC, Bruns GL, Stoler MR, Nassif T, et al. Work in cancer survivors: a model for practice and research. *J Cancer Surviv*. 2010 Dec;4(4):415-37.

[29] Ries LAG, Melberg D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, et al. SEER cancer statistics review, 1975–2004. Bethesda: National Cancer Institute. 2007.

[30] Thümmeler k, Bristton A, Kirc W. Data and Information on Women's Health in the European Union. Directorate General for Elath and Consumers Drenden, Germany. 2009.

[31] Verdecchia A, Santaquilani. M, Sant M. Survival for cancer patients in Europa. *Annlis Super Sanita*. 2009;45:315-24.

[32] Ayuso-Mateos J, Nieto-Moreno M, Sánchez-Moreno J, Vázquez-Barquero J. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Med Clín (Barc)*. 2006;126:461-6.

[33] Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales. 1983.

[34] Antúnez Estévez F. Incapacidad laboral y jubilación. En Gil Hernández F. *Tratado de Medicina del Trabajo*. Barcelona. Masson. 2005:86-110.

[35] Benavides FG, Manel P, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, et al. IT por Contingencia Común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la Comunidad Autónoma. *Rev Esp Salud Pública*. 2007 Marzo-Abril;81(2).

[36] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Sistema de la S.S. IT (Acceso 06 de Junio de 2011). Disponible en: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/TramitesyGestiones/PrestaciondelIncapac44667/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/TramitesyGestiones/PrestaciondelIncapac44667/index.htm).

[37] Sala T. La IT para trabajar derivada de enfermedad o accidente. Tirant lo Blanch. Valencia. 2005.

[38] Boletín Oficial Del Estado. RDLegislativo 1/1994, de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de La Ley General de La Seguridad Social BOE núm. 154. 29/06/1994.

[39] Delclos J, García S, López JC, Sampere M, Serra C, Manel P, et al. Duración de la IT por contingencia común por grupos diagnósticos. Arch Prev Riesgos Labor. 2010;13(4):180-87.

[40] Andrea H, Beurskens A, Metsemakers J. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational physician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. Occup Environ Med. 2003;60:295-300.

[41] Castejón Vilella E. Accidentes de trabajo: (casi) todos los porqués. Cuadernos de Relaciones Laborales. 2007;25(1):13-57.

[42] Cueto Iglesias MB, Malo Ocaña MA, Rodríguez Álvarez V, Märkli García S. El empleo después de la IP: trayectorias laborales y patrones de salida del mercado de trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2008.

[43] Boletín Oficial del Estado. RD1299/2006, de 10 de Diciembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la S.S. y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE núm. 302 19/12/2006.

[44] Boletín Oficial del Estado. Ley 40/2007, de 4 de Diciembre, de medidas en materia de la S.S. BOE núm. 291. 05/12/2007.

[45] Mercader Uguina JR. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. 1ª Edición. Madrid. 2007.39-40.

[46] Gómez Fernández E. Gestión de las Mutuas de Accidentes y Enfermedades Profesionales en la Prevención de Riesgos Laborales En: Gil Hernández, F Tratado de Medicina del Trabajo Masson 2005.167.

[47] Alonso Olea M. La Ley de Accidentes de Trabajo como origen de la S.S. Cuadernos de información económica. 2000;159:145-51.

[48] Pons Pons J. El seguro de accidentes de trabajo en España: de la obligación al negocio (1900-1940). Investigaciones de Historia Económica. 2006;4:77-100.

[49] Martínez Giron J, Arufe Varela A, Carril Vázquez XM. Derecho de la S.S. Netbiblo. La Coruña 2008.9-10.

[50] Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Nuestros orígenes. Evolución de la asistencia sanitaria. [Acceso 09 de Junio 2011]. Disponible en: <http://www.ingesa.mspsi.es/organizacion/origenes/home.htm>.

[51] Delgado Fernández JM. El mutualismo de accidentes de trabajo entre dos siglos. Publicación institucional de Ibermutuamur. 2000 Marzo:6-8.

[52] Navarro Roldán R. Pensión de supervivencia: presente y futuro de la pensión de viudedad. La Ley. Madrid 2006:34.

[53] Vida Soria J, Viñas Armada JM. Manual para la formación en prevención de riesgos laborales. 6ª Edición. Valladolid; Lex Nova. 2010.37.

[54] UGT. Castilla y León. De las Mutuas patronales a las Mutuas de la S.S. Disponible en: [http://www.ugt.es/saludlaboral/mutuas/publicaciones/guia-cleon\\_2012.pdf](http://www.ugt.es/saludlaboral/mutuas/publicaciones/guia-cleon_2012.pdf).

[55] Boletín Oficial Del Estado. RDLegislativo 2065/1974, de 30 de Mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de La Ley General de La S.S. BOE núm. 173 y 174. 20/07/1974 y 22/07/1974.

[56] Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: concepto, organización y práctica clínica. 5ª Edición. Madrid. 2003. 36.

[57] Boletín Oficial del Estado. Constitución Española, de 06 de Diciembre de 1978. BOE núm. 311. 29/12/1978.

[58] Consejo Económico y Social. La protección social de las mujeres. Sesión del pleno de 26 de Julio de 2000. 1ª Edición. Colección informes 4/2000. Madrid. 2000 Sep. 10.

[59] Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. BOE núm. 104. 29/04/1986.

- [60] AMAT. Curso de Gestión de la IT por Contingencias Comunes. 2010.
- [61] Boletín Oficial del Estado. Ley 42/1994, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. BOE núm. 313. 31/12/1994.
- [62] Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la IT de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. Rev Esp Reumatol 2005;32(3):106-11.
- [63] Valenzuela E. El marco normativo de las mutuas en la gestión de la ITCC. La mutua. Revista técnica de Salud Laboral y Prevención. 2004;12:79-94.
- [64] Boletín Oficial del Estado. RD1993/1995, de 7 de Diciembre, por el que se aprueba el reglamento de colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la S.S. BOE núm. 296. 12/12/1995.
- [65] Boletín Oficial del Estado. RD428/2004, de 12 de Marzo, por el que se modifica el reglamento general de colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la S.S. aprobado por el RD1993/1995, de 7 de Diciembre. BOE núm. 77. 30/03/2004.
- [66] Boletín Oficial del Estado. Ley 13/1996, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. BOE núm. 315. 31/12/1996.
- [67] Boletín Oficial del Estado. Ley 66/1997, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y Orden Social. BOE núm. 313. 31/12/1997.
- [68] Boletín Oficial del Estado. RD575/1997, de 18 de Abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la S.S. por IT. BOE núm. 98. 24/04/1997.
- [69] Boletín Oficial del Estado. RD1117/1998, de 5 de Junio, por el que modifica el RD575/1997, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo del artículo 131 bis) de la Ley General de la S.S. BOE núm. 145. 18/06/1998.
- [70] Boletín Oficial del Estado. Ley 6/2000, de 13 de Diciembre, por la que se aprueban medidas fiscales, urgentes de estímulo al ahorro familiar y a la pequeña y mediana empresa. BOE núm. 299. 14/12/2000.
- [71] Boletín Oficial del Estado. Ley 24/2001, de 27 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. BOE núm. 313. 31/12/2001.

[72] Boletín Oficial del Estado. Ley 40/2007, de 4 de Diciembre, de medidas en materia de S.S. BOE núm. 291. 05/12/2007.

[73] Boletín Oficial del Estado. Resolución de 14 de Enero de 2008, de la Secretaría de Estado de la S.S, por la que se fija la fecha en la que determinadas direcciones provinciales del INSS y del Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación por IT. BOE núm. 15. 17/01/2008.

[74] Álvarez-Blázquez Fernández F, Jardon Dato E, Carbajo Sotillo MD, Terradillos García MJ, Valero Muñoz MR, Robledo Muga F, et al. Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ENMT) Instituto de Salud Carlos III Ministerio de Ciencia e Innovación Madrid. 2009.

[75] Abellan Marín MC, Álvarez Gómez S, Ballarín González A, Catalán Alcalá P, Fernández Hermida L, García Alonso AM, et al. IT. Manual para el manejo en Atención Primaria. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria Grupo Lex Artis. 2008.

[76] Grivina I, García AM. IP por accidente de trabajo: revisión sistemática. Arch Prev Riesgos Labor. 2010;13(4):194-201.

[77] León Vázquez F, Ballarín González A, García Álvarez AC, Holgado Catalán S, De Llama Arauz S, López Romero A, et al. Más de 150 respuestas sobre la IT. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria Grupo Lex Artis. 2011.

[78] Las Mutuas de Accidente de Trabajo y la prestación económica de IT por contingencias comunes. Julio 2004. Disponible en: [www. amat.es](http://www.amat.es)

[79] Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274. 15/11/2002.

[80] Ministerio de Trabajo e Inmigración. S.S. Disponible en: [http://www.segsocial.es/Internet\\_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadpermanen10960/RegimenGeneral/Grados/index.htm](http://www.segsocial.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadpermanen10960/RegimenGeneral/Grados/index.htm). Consultado 07 Agosto, 2011.

[81] Bradley CJ, Neumark D, Luo Z, Schenk M. Employment and cancer: findings from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors. Cancer investigation. 2007 Feb;25(1):47-54.

[82] Sjøvall K, Attner B, Englund M, Lithman T, Noreen D, Gunnars B, et al. Sickness absence among cancer patients in the pre-diagnostic and the post-diagnostic phases of five common forms of cancer. *Support Care Cancer*. 2011 Apr 10.

[83] Rowland JH, Bellizzi KM. Cancer survivors and survivorship research: a reflection on today's successes and tomorrow's challenges. *Hematology/oncology clinics of North America*. 2008 Apr;22(2):181-200, v.

[84] de Boer AG, Verbeek JH, Spelten ER, Uitterhoeve AL, Ansink AC, de Reijke TM, et al. Work ability and return-to-work in cancer patients. *British journal of cancer*. 2008 Apr 22;98(8):1342-7.

[85] Short PF, Vasey JJ, Tunceli K. Employment pathways in a large cohort of adult cancer survivors. *Cancer*. 2005 Mar 15;103(6):1292-301.

[86] Costantini M, Beccaro M, Higginson IJ. Cancer trajectories at the end of life: is there an effect of age and gender? *BMC cancer*. 2008;8:127.

[87] Hoffman B. Cancer survivors at work: a generation of progress. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2005 Sep-Oct;55(5):271-80.

[88] Tiedtke C, de Rijk A, Dierckx de Casterle B, Christiaens MR, Donceel P. Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. *Psycho-oncology*. 2010 Jul;19(7):677-83.

[89] Hoving JL, Broekhuizen MLA, Frings-Dresen MHW. Return to work of breast cancer survivors: a systematic review of intervention studies. *BMC Cancer*. 2009;9:117-27.

[90] Moran JR, Short PF, Hollenbeak CS. Long-term employment effects of surviving cancer. *Journal of health economics*. 2011 May;30(3):505-14.

[91] Lauzier S, Maunsell E, Drolet M, Coyle D, Hebert-Croteau N, Brisson J, et al. Wage losses in the year after breast cancer: extent and determinants among Canadian women. *Journal of the National Cancer Institute*. 2008 Mar 5;100(5):321-32.

[92] Verdonck-de Leeuw IM, van Bleek WJ, Leemans CR, de Bree R. Employment and return to work in head and neck cancer survivors. *Oral oncology*. 2010 Jan;46(1):56-60.

[93] Rasmussen DM, Elverdam B. The meaning of work and working life after cancer: an interview study. *Psycho-oncology*. 2008 Dec;17(12):1232-8.

[94] Short PF, Vasey JJ, Belue R. Work disability associated with cancer survivorship and other chronic conditions. *Psycho-oncology*. 2008 Jan;17(1):91-7.

[95] Spelten ER, Verbeek JH, Uitterhoeve AL, Ansink AC, van der Lelie J, de Reijke TM, et al. Cancer, fatigue and the return of patients to work-a prospective cohort study. *Eur J Cancer*. 2003 Jul;39(11):1562-7.

[96] Bradley CJ, Neumark D, Luo Z, Bednarek H, Schenk M. Employment outcomes of men treated for prostate cancer. *Journal of the National Cancer Institute*. 2005 Jul 6;97(13):958-65.

[97] Nieuwenhuijsen K, Bos-Ransdorp B, Uitterhoeve LL, Sprangers MA, Verbeek JH. Enhanced provider communication and patient education regarding return to work in cancer survivors following curative treatment: a pilot study. *Journal of occupational rehabilitation*. 2006 Dec;16(4):647-57.

[98] Gudbergsson SB, Dahl AA. [How do cancer patients cope at work?]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2009 May 28;129(11):1116-7.

[99] Steiner JF, Nowels CT, Main DS. Returning to work after cancer: quantitative studies and prototypical narratives. *Psycho-oncology*. 2010 Feb;19(2):115-24.

[100] Grunfeld EA, Rixon L, Eaton E, Cooper AF. The organisational perspective on the return to work of employees following treatment for cancer. *Journal of occupational rehabilitation*. 2008 Dec;18(4):381-8.

[101] De Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *Jama*. 2009 Feb 18;301(7):753-62.

[102] De Boer AG, Taskila T, Tamminga SJ, Frings-Dresen MH, Feuerstein M, Verbeek JH. Interventions to enhance return-to-work for cancer patients. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2011;2:CD007569.

[103] Comer J, Wright D, Hopkinsson J, Gunaratnam Y, Mc Donald J, Foster C. The research priorities of patients attending UK cancer treatment centres: findings from a modified nominal group study. *British journal of cancer*. 2007;96(875-881).

[104] Earle CC, Chretien Y, Morris C, Ayanian JZ, Keating NL, Polgreen LA, et al. Employment among survivors of lung cancer and colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2010 Apr 1;28(10):1700-5.

[105] Damkjae LH, Deltour I, Suppli NP, Christensen J, Kroman NT, Johansen C, et al. Breast cancer and early retirement: Associations with disease characteristics, treatment, comorbidity, social position and participation in a six-day rehabilitation course in a register-based study in Denmark. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2011 Feb;50(2):274-81.

[106] Park JH, Park EC, Park JH, Kim SG, Lee SY. Job loss and re-employment of cancer patients in Korean employees: a nationwide retrospective cohort study. *J Clin Oncol*. 2008 Mar 10;26(8):1302-9.

[107] Syrjala KL, Langer SL, Abrams JR, Storer BE, Martin PJ. Late effects of hematopoietic cell transplantation among 10-year adult survivors compared with case-matched controls. *J Clin Oncol*. 2005 Sep 20;23(27):6596-606.

[108] Cavanna L, Ambroggi M, Stroppa E, Di Nunzio C, Dallanegra L, Monfredo M. Return to work after treatment for breast cancer. *Breast cancer research and treatment*. 2011 Feb 16.

[109] Petersson LM, Wennman-Larsen A, Nilsson M, Olsson M, Alexanderson K. Work situation and sickness absence in the initial period after breast cancer surgery. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2011 Feb;50(2):282-8.

[110] Kirchhoff AC, Leisenring W, Syrjala KL. Prospective predictors of return to work in the 5 years after hematopoietic cell transplantation. *J Cancer Surviv*. 2010 Mar;4(1):33-44.

[111] Molina R, Feliu J, San-José B, López JL, Martín JI, Martínez-Amores B, et al. La reinserción laboral en los pacientes con cáncer colorrectal. *Psicooncología*. 2008;5(1):83-92.

[112] Frazier LM, Miller VA, Miller BE, Horbelt DV, Delmore JE, Ahlers-Schmidt CR. Cancer-related tasks involving employment: opportunities for clinical assistance. *The journal of supportive oncology*. 2009 Nov-Dec;7(6):229-36.

[113] Fantoni SQ, Peugniez C, Duhamel A, Skrzypczak J, Frimat P, Leroyer A. Factors related to return to work by women with breast cancer in northern France. *Journal of occupational rehabilitation*. 2010 Mar;20(1):49-58.

[114] Torp S, Gudbergsson SB, Dahl AA, FossÅ SD, FlÅtten T. Social support at work and work changes among cancer survivors in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2011;39(SUPPL. 6):33-42.

[115] Mols F, Thong MS, Vreugdenhil G, van de Poll-Franse LV. Long-term cancer survivors experience work changes after diagnosis: results of a population-based study. *Psycho-oncology*. 2009 Dec;18(12):1252-60.

[116] Vaquero Abellán M, Sanabria Borrego M, Burgos Ruiz de Castroviejo S, Lorente Millán M, Martínez García B, Bernárdez Jiménez M, et al. La influencia de factores individuales, relacionados con el trabajo, socioeconómicos y de organización del sistema sanitario sobre la duración de la IT. *Trauma*. 2013;24 N 4.

[117] Amir Z, Brocky J. Cancer survivorship and employment: epidemiology. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2009 Sep;59(6):373-7.

[118] Bradley CJ, Oberst K, Schenk M. Absenteeism from work: the experience of employed breast and prostate cancer patients in the months following diagnosis. *Psycho-oncology*. 2006 Aug;15(8):739-47.

[119] Pryce J, Munir F, Haslam C. Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of occupational rehabilitation*. 2007 Mar;17(1):83-92.

[120] Balak F, Roelen CA, Koopmans PC, Ten Berge EE, Groothoff JW. Return to work after early-stage breast cancer: a cohort study into the effects of treatment and cancer-related symptoms. *Journal of occupational rehabilitation*. 2008 Sep;18(3):267-72.

[121] Hensel M, Egerer G, Schneeweiss A, Goldschmidt H, Ho AD. Quality of life and rehabilitation in social and professional life after autologous stem cell transplantation. *Ann Oncol*. 2002 Feb;13(2):209-17.

[122] Socie G, Mary JY, Esperou H, Robert DV, Aractingi S, Ribaud P, et al. Health and functional status of adult recipients 1 year after allogeneic haematopoietic stem cell transplantation. *British journal of haematology*. 2001 Apr;113(1):194-201.

[123] Short PF, Vasey J, Moran J. Long-term effects of cancer survivorship on the employment of older workers. *Health Services Research* 2008;43:193-210.

[124] Bradley S, Rose S, Lutgendorf S, Costanzo E, Anderson B. Quality of life and mental health in cervical and endometrial cancer survivors. *Gynecologic oncology*. 2006 Mar;100(3):479-86.

[125] Weis J, Koch U, Geldsetzer M. [Changes in occupational status following cancer. An empirical study on occupational rehabilitation]. *Sozial- und Präventivmedizin*. 1992;37(2):85-95.

[126] Fang FM, Chiu HC, Kuo WR, Wang CJ, Leung SW, Chen HC, et al. Health-related quality of life for nasopharyngeal carcinoma patients with cancer-free survival after treatment. *International journal of radiation oncology, biology, physics*. 2002 Jul 15;53(4):959-68.

[127] Steiner JF, Cavender TA, Main DS, Bradley CJ. Assessing the impact of cancer on work outcomes: what are the research needs? *Cancer*. 2004 Oct 15;101(8):1703-11.

[128] Gudbergsson SB, Torp S, Flotten T, Fossa SD, Nielsen R, Dahl AA. A comparative study of cancer patients with short and long sick-leave after primary treatment. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2011 Apr;50(3):381-9.

[129] Theurer EA, Munoz AL, Abellan MV. [Analysis of the length of sick leave in Andalusia. Associated factors]. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*. 2009 Jul;41(7):387-93.

[130] Ferrie JE, Kivimaki M, Westerlund H, Head J, Melchior M, Singh-Manoux A, et al. Differences in the association between sickness absence and long-term sub-optimal health by occupational position: a 14-year follow-up in the GAZEL cohort. *Occup Environ Med*. 2011 Jan 17.

[131] Roelen CA, Koopmans PC, van Rhenen W, Groothoff JW, van der Klink JJ, Bultmann U. Trends in return to work of breast cancer survivors. *Breast cancer research and treatment*. 2010 Jan 1.

[132] Drolet M, Maunsell E, Brisson J, Brisson C, Masse B, Deschenes L. Not working 3 years after breast cancer: predictors in a population-based study. *J Clin Oncol*. 2005 Nov 20;23(33):8305-12.

[133] Drolet M, Maunsell E, Mondor M, Brisson C, Brisson J, Masse B, et al. Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *Cmaj*. 2005 Sep 27;173(7):765-71.

[134] Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Pronostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med*. 2005;62:851-60.

[135] Markman M. Viewing ovarian cancer as a "chronic disease": what exactly does this mean? *Gynecologic oncology*. 2006 Feb;100(2):229-30.

[136] Tamminga SJ, de Boer AG, Verbeek JH, Taskila T, Frings-Dresen MH. Enhancing return-to-work in cancer patients, development of an intervention and design of a randomised controlled trial. *BMC cancer*. 2010;10:345.

[137] Karki A, Simonen R, Malkia E, Selfe J. Impairments, activity limitations and participation restrictions 6 and 12 months after breast cancer operation. *J Rehabil Med*. 2005 May;37(3):180-8.

[138] Lubbe AS, Riesenbergh H, Baysal B, Deppermann K, Lang SM. [Rehabilitation of lung cancer patients]. *Pneumologie (Stuttgart, Germany)*. 2008 Aug;62(8):502-6.

[139] Bains M, Munir F, Yarker J, Steward W, Thomas A. Return-to-Work Guidance and Support for Colorectal Cancer Patients: A Feasibility Study. *Cancer nursing*. 2011 Mar 2.

[140] Hassett MJ, O'Malley AJ, Keating NL. Factors influencing changes in employment among women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*. 2009 Jun 15;115(12):2775-82.

[141] Gudbergsson SB, Fossa SD, Borgeraas E, Dahl AA. A comparative study of living conditions in cancer patients who have returned to work after curative treatment. *Support Care Cancer*. 2006 Oct;14(10):1020-9.

[142] Steinbach JP, Blaicher HP, Herrlinger U, Wick W, Nagele T, Meyermann R, et al. Surviving glioblastoma for more than 5 years: the patient's perspective. *Neurology*. 2006 Jan 24;66(2):239-42.

[143] Kennedy F, Haslam C, Munir F, Pryce J. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European journal of cancer care*. 2007 Jan;16(1):17-25.

[144] Taskila T, Martikainen R, Hietanen P, Lindbohm ML. Comparative study of work ability between cancer survivors and their referents. *Eur J Cancer*. 2007 Mar;43(5):914-20.

[145] Peugniez C, Fantoni S, Leroyer A, Skrzypczak J, Duprey M, Bonnetterre J. Return to work after treatment for breast cancer: single-center experience in a cohort of 273 patients. *Ann Oncol*. 2010 Oct;21(10):2124-5.

[146] de Boer AG, Frings-Dresen MH. Employment and the common cancers: return to work of cancer survivors. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2009 Sep;59(6):378-80.

[147] Bradley CJ, Bednarek HL. Employment patterns of long-term cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2002 May-Jun;11(3):188-98.

[148] Oberst K, Bradley CJ, Gardiner JC, Schenk M, Given CW. Work task disability in employed breast and prostate cancer patients. *J Cancer Surviv*. 2010 Dec;4(4):322-30.

[149] Johnsson A, Fornander T, Rutqvist LE, Olsson M. Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work (Reading, Mass)*. 2011;38(4):337-46.

[150] Johnsson A, Fornander T, Rutqvist LE, Vaez M, Alexanderson K, Olsson M. Predictors of return to work ten months after primary breast cancer surgery. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2009;48(1):93-8.

[151] Rohwedder S, Willis RJ. Mental Retirement. *J Econ Perspect*. 2010 Winter;24(1):119-38.

[152] Bednarek HL, Bradley CJ. Work and retirement after cancer diagnosis. *Research in nursing & health*. 2005 Apr;28(2):126-35.

[153] Chao HL, Tsai TY, Livneh H, Lee HC, Hsieh PC. Patients with colorectal cancer: relationship between demographic and disease characteristics and acceptance of disability. *Journal of advanced nursing*. 2010 Oct;66(10):2278-86.

[154] Carlsen K, Oksbjerg Dalton S, Frederiksen K, Diderichsen F, Johansen C. Cancer and the risk for taking early retirement pension: a Danish cohort study. *Scand J Public Health*. 2008 Mar;36(2):117-25.

[155] Carlsen K, Dalton SO, Diderichsen F, Johansen C. Risk for unemployment of cancer survivors: A Danish cohort study. *Eur J Cancer*. 2008 Sep;44(13):1866-74.

[156] Taskila T, Lindbohm ML, Martikainen R, Lehto US, Hakanen J, Hietanen P. Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services. *Support Care Cancer*. 2006 May;14(5):427-35.

[157] Clasificación Internacional de Enfermedades 9.a a Revisión Modificación Clínica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.

[158] Boletín Oficial del Estado. RD475/2007, de 13 de Abril, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE- 2009). BOE núm. 102. 28/04/2007.

[159] Instituto Nacional de Estadística. Población de Salamanca. Disponible en: <http://www.ine.es>.

[160] Ferlay J, Randi G, Bosetti C, Levi F, Negri E, et al. Declining mortality from bladder cancer in Europe. *BJU Int.* 2008;101:11-9.

[161] Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007;18(3):581-92.

[162] EUROCORE - 4, Survival of cancer patients in Europe. Disponible en: <http://www.eurocare.it>.

[163] Santos-Martínez MJ, Curull V, Blanco ML, Maciá F, Mojal S, Vila J et al. Características del cáncer de pulmón en un hospital universitario. Cambios epidemiológicos e histológicos en relación con una serie histórica. *Arch Bronconeumol.*2005; 41(6): 307-12.

[164] Mansouri D, McMillan DC, Grant Y, Crichton EM, Horgan PG. The impact of age, sex and socioeconomic deprivation on outcomes in a colorectal cancer screening programme. *PloS one.* 2013;8(6):e66063.

[165] Montero C, Rosales M, Otero I, Blanco G, Rodríguez S, Pertega S et al. Cáncer de pulmón en el Área sanitaria de A Coruña: incidencia, abordaje clínico y supervivencia. *Ach Bronconeumol.*2003; 39: 209-16.

[166] Perraud A, Akil H, Nouaille M, Petit D, Labrousse F, Jauberteau MO, et al. Implications of cleaved caspase 3 and AIF expression in colorectal cancer based on patient age. *Oncology reports.* 2012 Jun;27(6):1787-93.

[167] Sánchez Hernández I, Izquierdo Alonso JL, Almonacid Sánchez C. Situación epidemiológica y pronóstica del cáncer de pulmón en nuestro medio. *Ach Bronconeumol.*2006; 42 (11): 594-9.

[168] Vickers AJ, Cronin AM, Bjork T, Manjer J, Nilsson PM, Dahlin A, et al. Prostate specific antigen concentration at age 60 and death or metastasis from prostate cancer: case-control study. *BMJ (Clinical research ed.)* 2010;341:c4521.

[169] Alonso-Fernández MA, García-Clemente M, Escudero-Bueno C, en representación del Grupo ASTURPAR de Cáncer de pulmón (GACP). Características del carcinoma broncopulmonar en una región del norte de España. Arch Bronconeumol.2005; 41: 478-83.

[170] Suardi N, Gallina A, Capitanio U, Salonia A, Lughezzani G, Freschi M, et al. Age-adjusted validation of the most stringent criteria for active surveillance in low-risk prostate cancer patients. Cancer. 2012 Feb 15;118(4):973-80.

[171] Miravet L, Peláez S, Paradis A, Arnal M, Cabadés F. Evolución del carcinoma broncopulmonar en el norte de la provincia de Castellón, 1993-2002. Arch Bronconeumol.2004; 40: 553-7.

[172] Hernández-Hernández JR, Tapias del Pozo JA, Moreno Canelo P, Rodríguez Puebla A, Paniagua Tejo S, Sánchez Marcos JC. Incidencia del cáncer de pulmón en la provincia de Ávila. Año 2002 y tendencia en una década. Arch Bronconeumol.2004; 40: 304-10.

[173] Berry DA, Cronin K, Plevitis SK et al, . Efficacy of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer. N Engl J Med 2005;357:1784-92.

[174] Abramowitz MC, Li T, Morrow M, Anderson PR, Bleicher RJ, Goldstein LJ, et al. History of smoking is associated with younger age at diagnosis of breast cancer. The breast journal. 2010 Jul-Aug;16(4):344-9.

[175] Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: A general population- based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. BMC Medicine 2006; 4:19.

[176] Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kivimäki MV, Pentti J. Employee control over working times: Associations with subjective health and sickness absences. J Epidemiol Community Health 2002; 56:272–8.

[177] Alvaro-Meca A, Debon A, Gil Prieto R, Gil de Miguel A. Breast cancer mortality in Spain: has it really declined for all age groups? Public health. 2012 Oct;126(10):891-5.

[178] Sánchez de Cos Escuín J, Miravet Sorribes L, Abal Arca J, Nuñez Ares A, Hernández Hernández J, Castañar Jover AM et al. Estudio multicéntrico epidemiológico-clínico de cáncer de pulmón en España (estudio EpiclicP-2003). Arch Bronconeumol.2006; 42(9): 446-52.

[179] Grupo de Estudio del Carcinoma Broncopulmonar de la SOCALPAR. Incidencia del carcinoma broncopulmonar en Castilla-León durante el año 1997. Estudio multicéntrico de la Sociedad Castellano-leonesa de Patología Respiratoria (SOCALPAR). Arch Bronconeumol. 2000; 36: 313-18.

[180] Cancer.org, American Cancer Society. [actualizada el 10 de Diciembre de 2012; acceso 24 de abril de 2013]. Disponible en: [http:// www.cáncer.org](http://www.cáncer.org).

[181] Cordeiro E. AEU, Asociación Española de Urología. El cáncer de vejiga. [actualizada en Mayo 2011; acceso el 30 de Junio 2013] Disponible en: <http://www.aeu.es>.

[182] Bostrom PJ, Alkhateeb S, Trottier G, Athanasopoulos PZ, Mirtti T, Kortekangas H, et al. Sex differences in bladder cancer outcomes among smokers with advanced bladder cancer. BJU international. 2012 Jan;109(1):70-6.

[183] Naugler WE, Sakurai T, Kim S, Maeda S, Kim K, Elsharkawy AM, et al. Gender disparity in liver cancer due to sex differences in MyD88-dependent IL-6 production. Science (New York, NY. 2007 Jul 6;317(5834):121-4.

[184] Wang N, Zheng Y, Yu X, Lin W, Chen Y, Jiang Q. Sex-modified effect of hepatitis B virus infection on mortality from primary liver cancer. American journal of epidemiology. 2009 Apr 15;169(8):990-5.