



TRABAJANDO JUNTOS

Criterios de incapacidad laboral en cáncer de mama

M.T. Vicente-Herrero^{a,*}, M.J. Terradillos García^b, M.V. Ramírez Iñiguez de la Torre^a,
L.M. Capdevila García^c y A.A. López-González^d

^a Medicina del Trabajo, Grupo Correos-Valencia y Castellón, España. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT), España

^b Medicina del Trabajo, INSS-Madrid, Madrid, España. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT), España

^c Medicina del Trabajo y Medicina de Familia, Servicio de Prevención MAPFRE, Valencia, España. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT), España

^d Medicina del Trabajo, Servicio de Prevención de GESMA, Palma de Mallorca, España. Universidad Illes Balears, España. Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT), España

Recibido el 21 de febrero de 2012; aceptado el 1 de abril de 2012

Disponible en Internet el 8 de junio de 2012

PALABRAS CLAVE

Salud laboral;
Medicina del trabajo;
Cáncer de mama;
Incapacidad laboral

Resumen El cáncer de mama constituye la neoplasia más frecuente en el sexo femenino, con prevalencia creciente en todos los países de nuestro entorno y también en España. Predomina en el sexo femenino, pero no son descartables los casos en los que es el hombre el afectado y en los que destacan por su importancia los riesgos inherentes al trabajo desempeñado. La importancia de los costes indirectos de esta enfermedad deriva de su elevada prevalencia en edad laboral, conllevar prolongados períodos de incapacidad temporal (IT) e incapacidades permanentes (IP), cuando las limitaciones sean incompatibles con la actividad laboral y una vez agotadas todas las opciones de readaptación/reincorporación laboral. Revisaremos los criterios existentes al respecto para poder establecer unas pautas orientativas de utilidad en la práctica diaria, en medicina del trabajo y asistencial (primaria y otras especialidades), siempre en coordinación con los equipos médicos de valoración de incapacidades del INSS.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Occupational Health;
Occupational medicine;
Breast cancer;
Occupational disability

Work disability criteria in breast cancer

Abstract Breast cancer is one of the most frequent neoplasia in women, with an increasing prevalence in Europe and also in Spain. Although the predominance over the male sex is clear, we should not forget the cases where men are affected, even more so when in this case the risks attached to the type of job become more important. The importance of the indirect costs of this illness arises from: the high prevalence in people of working age, long periods of work disability, and permanent disability when the limitations are incompatible with the work activity once all the options of job readjustment and return to work have been exhausted. We will review the current criteria in order to establish some orientating guidelines

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: teovicente@ono.com, teofila.vicente@correos.com (M.T. Vicente-Herrero).

that can be useful in the daily practice for Occupational Medicine professionals, General Practitioners and other specialists, always in collaboration with the medical teams from the National Health Service in charge of the evaluation of disabilities.

© 2012 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

Cada año las cifras de cáncer en España muestran mayor incidencia, si bien disminuye su mortalidad gracias a los avances en el tratamiento y la precocidad en el diagnóstico. El cáncer es la primera causa de muerte en los hombres y se mantienen en un segundo lugar en las mujeres, tras las enfermedades cardiovasculares¹. La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), en un documento publicado en su página web², estimaba, con los resultados del Eurocare 4³ y el informe sobre «Mortalidad por cáncer y otras causas en España», elaborado por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto Carlos III, que uno de cada 3 españoles y una de cada 4 españolas serán diagnosticados de cáncer a lo largo de su vida.

Debido al gran número de muertes y secuelas que provocan en los países desarrollados, cada vez son más los estudios que tienen como objetivo realizar un análisis socioeconómico de los costes de dichas enfermedades⁴, siendo importantes tanto los costes directos (referidos al consumo de recursos del sistema de atención sanitaria, hospitalaria, atención primaria, consumo de fármacos, etc.) como los indirectos, que afectan de forma manifiesta al ámbito laboral (absentismo, disminución o pérdida de productividad e incapacidad laboral). En las enfermedades neoplásicas, el porcentaje de costes indirectos es importante y se une al ya elevado de costes directos por pruebas complementarias, tratamientos médicos, hospitalizaciones, visitas médicas, etc.⁵

El cáncer de mama constituye la neoplasia más frecuente en el sexo femenino, con prevalencia creciente en todos los países de nuestro entorno y por extensión también en España⁶. Si bien la predominancia en el sexo femenino es ostensible, no hay que descartar los casos en los que es el hombre el afectado, tanto más cuando en estos casos cobran mayor importancia los riesgos inherentes al trabajo desempeñado⁷. El hecho de que su mayor frecuencia de aparición coincida con la edad laboral activa y que conlleve períodos de incapacidad temporal (IT) prolongada hace necesario el trabajo conjunto de distintos profesionales, para facilitar el retorno al trabajo o, en los casos en que esto no sea posible, iniciar los procedimientos y trámites administrativos necesarios en función de las limitaciones que presente el trabajador.

Se define como invalidez a la situación del trabajador que, tras estar sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad laboral. La invalidez se define como absoluta (IPA) cuando inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio, suponiendo una pensión vitalicia mensual del 100% de la base reguladora⁸. La resolución que indica el grado de invalidez asocia un

plazo de revisión. La revisión puede ser de oficio, si el equipo de valoración de incapacidades considera que existe la posibilidad de mejoría, o a instancia del interesado.

Debido a la importante incidencia del cáncer de mama, al aumento de la supervivencia de estos pacientes y a que los costes sanitarios que generan son en un gran porcentaje derivados de la incapacidad laboral que conllevan, se propone en este trabajo establecer los parámetros básicos que permitan evaluar con mayor claridad los criterios de incapacidad en cáncer de mama.

Los procesos neoplásicos en su conjunto requieren habitualmente quimioterapia, radioterapia u otro tipo de tratamientos agresivos y, habitualmente, conllevan un periodo variable de incapacidad laboral asociado a la enfermedad en sí misma y a los efectos secundarios derivados de las terapias aplicadas. Esto no suele ocurrir con otros tratamientos menos agresivos, como la hormonoterapia, indicada en procesos muy concretos, como los cánceres de próstata y de mama, ya que a pesar de ser tratamientos de larga duración, permiten obtener resultados clínicos satisfactorios con efectos secundarios poco incapacitantes, siendo por ello compatibles, en la mayoría de los casos, con una vida laboral activa. Para saber el tiempo que un paciente oncológico debe permanecer en incapacidad temporal pueden servir de guía los estándares de duración de estos procesos, publicados por el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), si bien no se debe generalizar, puesto que hay que tener en consideración, además, la evolución de cada paciente en concreto.

Los tumores diagnosticados en sus estadios iniciales tienen habitualmente un buen pronóstico y no suelen precisar tratamientos de larga duración ni con efectos secundarios importantes, por lo que generalmente no será necesario agotar el tiempo máximo legalmente establecido de incapacidad temporal (365 días prorrogables otros 180). Por el contrario, los tumores en estadio más avanzado o con criterios diagnósticos desfavorables suelen precisar tratamientos oncológicos prolongados, por lo que la reincorporación laboral no debería plantearse hasta finalizar el tratamiento y haber realizado el primer estudio de extensión. En estos casos la incapacidad temporal se prolongará más tiempo, no siendo infrecuente agotar el periodo máximo de IT.

A la hora de plantear el inicio de un expediente de incapacidad permanente hay que tener presente que deben haberse agotado todas las posibilidades terapéuticas, valorando la respuesta al tratamiento, las recidivas o las secuelas derivadas del mismo. No obstante, existen situaciones especiales (pacientes de edad avanzada, profesiones con determinados requerimientos) en las que no será preciso esperar a agotar el tiempo máximo de IT ni a que finalice el tratamiento para realizar la valoración de la incapacidad, sobre todo cuando no se prevea una recuperación suficiente para reincorporarse a una actividad laboral.

En aquellos procesos susceptibles de incapacidad permanente en el momento de la valoración pero con posibilidades de buena evolución por la edad u otras características del propio paciente o tumor, la calificación de dicha incapacidad deberá ser revisable a medio o a largo plazo.

Puesto que la valoración de la incapacidad laboral con carácter permanente se realizará, en principio, una vez estabilizado el proceso, habrá que tener en cuenta no solo la situación que en ese momento presente el paciente, sino también una serie de factores pronósticos y, por supuesto, las secuelas debidas bien a la propia enfermedad, bien a los tratamientos aplicados.

Protocolo a seguir para la valoración de la incapacidad en cáncer de mama

Las actuaciones que se recomiendan para la valoración de la incapacidad laboral en el trabajador que ha sufrido un cáncer de mama incluyen:

- A. *Historia clínica.* Existe generalmente un amplio y contrastado historial clínico y, por tanto, el acceso a la historia clínica, bien aportada por el paciente o a través del consentimiento informado, debe bastar para que tener una idea muy concreta del diagnóstico y tratamientos recibidos, así como de la situación clínica del enfermo, secuelas de la enfermedad en sí, o bien de las distintas terapias empleadas. Deben recogerse los antecedentes (familiares, personales y laborales) y valorar la situación actual (con especial atención al linfedema).
- B. *Exploración física.* Se realizará una exploración sistemática de todos los aparatos y sistemas, ya que ésta puede orientar qué órganos están afectados por la enfermedad neoplásica: aspecto general, exploración de las mamas, exploración musculoesquelética, aparato endocrino, entrevista psiquiátrica, estado funcional (estado general del paciente o capacidad de valerse por sí mismo; pueden aplicarse las escalas universalmente aceptadas, como son las de Karnofsky y ECOG que se pueden ver en la tabla 1); valoración de las secuelas derivadas de los tratamientos: cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonal y biológico; valoración de las complicaciones tumorales: la propia enfermedad neoplásica puede conllevar una serie de complicaciones que afecten a diferentes órganos y sistemas.
- C. *Pruebas complementarias.* Una vez establecido el diagnóstico y aplicado el tratamiento, las pruebas complementarias servirán en medicina evaluadora para valorar la respuesta al tratamiento, las secuelas derivadas del mismo y el seguimiento de la enfermedad. Según la necesidad de su estudio para realizar la valoración del paciente, se clasifican en: básicas o indispensables, convenientes y opcionales. La mamografía continúa hoy en día siendo la prueba por excelencia en el diagnóstico mamario en la mayoría de los casos. Es una de las pruebas más utilizadas para el cribado, diagnóstico y seguimiento de pacientes con tumor benigno o maligno de mama.
- D. *Factores pronósticos.* Aunque la enfermedad oncológica debe valorarse en función de las limitaciones funcionales derivadas del propio tumor o bien de las secuelas de las distintas terapias empleadas, es necesario valorar una

Tabla 1 Valoración del estado físico en el paciente tumoral

Estado físico	ECOG (escala)	Karnofsky (Escala en %)
Asintomático y actividad normal (OMS: actividad normal sin restricciones)	0	90-100
Sintomático, pero ambulatorio (OMS: restricción para la actividad física intensa)	1	70-80
Sintomático, levantado durante más del 50% de las horas de vigilia (OMS: capaz de cuidar de sí mismo, pero no de trabajar)	2	50-60
Sintomático, sentado o en cama más del 50% del día (OMS: capaz de cuidar de sí mismo con limitaciones)	3	30-40
Encamado o confinado a una silla (OMS: totalmente dependiente e incapaz de cuidar de sí mismo)	4	10-20
Muerte	5	0

Fuentes: Karnofsky y *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG).

serie de factores pronósticos que sirven para predecir la supervivencia global del paciente, las posibilidades de recaídas y de respuesta terapéutica, así como la probabilidad de que aparezca una complicación determinada, es decir, permiten hacer una previsión de la enfermedad a medio o largo plazo.

- E. Desde el punto de vista práctico, podemos distinguir 3 grupos de factores pronósticos (tabla 2).
- F. *Estadificación.* Es indispensable conocer el estadio tumoral a la hora de valorar la incapacidad laboral, ya que está relacionado con el pronóstico de la enfermedad y la supervivencia. En la tabla 3 se detalla la estadificación en cáncer de mama, según el *American Joint Committee on Cancer*.
- G. *Secuelas del tratamiento.* Atención especial al linfedema.

Tabla 2 Factores pronósticos en cáncer de mama

Relacionados con el paciente	Edad, estado general o estado funcional, síntomas, enfermedades asociadas
Relacionados con la neoplasia	Tamaño tumoral, estadio o grado de extensión, grado histológico y tipo histológico, ganglios axilares, marcadores de membrana, marcadores tumorales de oncogenes y otros biomarcadores (catepsina D)
Relacionados con el tratamiento y la respuesta al mismo	Respuesta completa: respuesta parcial, respuesta mínima o estabilización, progresión (criterios OMS)

Tabla 3 Estadificación del cáncer de mama

Estadio	TNM
0	T0 N0 M0
I	T1 N0 M0
A	T0, T1 N1 M0
	T2 N0 M0
IIB	T2 N1 M0
	T3 N0 M0
IIIA	T0, T1, T2 N2 M0
	T3 N1, N2 M0
IIIB	T4 cualquier N M0
IIIC	Cualquier T N3 M0
IV	Cualquier T, cualquier N M1

Fuente: American Joint Committee on Cancer.

El tratamiento del cáncer de mama puede originar secuelas de diversa índole: estéticas, funcionales, psicológicas, pero, sin duda, la más frecuente y con gran repercusión en estos enfermos es la aparición de linfedema en el brazo homolateral de la mama afectada.

El linfedema se clasifica en 5 grados:

- * Grado 0: miembros con ligero aumento de volumen que desaparece con la elevación o con el reposo nocturno.
- * Grado 1: miembros con ligero aumento de volumen persistente que regresa parcialmente con posiciones que facilitan el drenaje. Sensación de pesadez.
- * Grado 2: presencia de linfedema franco que no regresa espontáneamente con posición de drenaje.
- * Grado 3: edema severo o irreversible (fibrolinfedema), con el miembro superior inflamado e hinchado con aspecto de columna.
- * Grado 4: elefantiasis con deformación severa del miembro.

El médico de atención primaria es un elemento importante como primer paso en el diagnóstico y tratamiento del paciente con cáncer de mama (sospecha y diagnóstico precoz y derivación a especialista adecuado). Además es una pieza clave en la reincorporación social y en su reincorporación al trabajo y también deberá intervenir en la decisión del momento de plantear la valoración de la incapacidad permanente. La propuesta de incapacidad permanente debe ir siempre acompañada de toda la documentación médica recogida en el historial del paciente, remitida por los especialistas que lo han tratado y que justifican que su estado no permite su reincorporación laboral. Esta propuesta se remitirá al Instituto Nacional de la Seguridad Social, órgano competente para declarar y calificar a un paciente como incapacitado de manera permanente a través de los equipos de valoración de incapacidades.

El paciente con cáncer de mama puede enmarcarse en uno de los 5 grados funcionales y que están relacionados con el grado de incapacidad que puede conllevar su estado.

Tabla 4 Estadificación del cáncer de mama e incapacidad permanente

Estadio	Pronóstico	Incapacidad
0	Bueno	NO incapacidad permanente
I		
II		
II A		
II B		
III		
III A	Intermedio	NO incapacidad permanente/incapacidad permanente
III B		
III C		
IV	Malo	Incapacidad permanente

Grado 0: tumores curados o en remisión completa y sin secuelas.

Grado 1: tumores curados o en remisión completa con secuelas leves secundarias al tratamiento.

Grado 2: tumores curados o en remisión completa con secuelas secundarias al tratamiento de carácter moderado.

Grado 3: tumores en remisión incompleta o con recidivas y afectación del estado general; o bien tumores curados o en remisión pero que presenten secuelas graves derivadas del tratamiento.

Grado 4: tumores en remisión incompleta, no curados o metastásicos o tumores curados o en remisión pero con secuelas muy severas.

En general, puede establecerse una relación entre el estadio del cáncer de mama y la incapacidad laboral del paciente que puede servir de orientación al médico de atención primaria para decidir en qué momento derivarle para su valoración de incapacidad permanente ([tabla 4](#)).

Discusión y conclusiones

Son escasos los datos referidos en bibliografía médica que relacionen la incidencia del cáncer de mama con el absentismo laboral y la discapacidad generada a corto o a largo plazo. En este sentido, y haciendo referencia al estudio realizado en 2011 por Fu et al.⁹, se sugiere que el cáncer de mama se asocia con una pérdida de productividad laboral dentro del primer año de diagnóstico que puede suponer un coste sustancial para los empleadores. Incluso cuando el cáncer de mama se diagnostica y trata en una etapa temprana, el propio diagnóstico influye de manera negativa en la capacidad de trabajo durante los 3 a 5 años posteriores y parece que el tipo de tratamiento recibido tiene un impacto en esta evolución, por lo que parece necesario un mejor enfoque en el proceso posterior de rehabilitación de los pacientes con cáncer de mama, ayudado por adaptaciones del lugar de trabajo, y proseguir en la investigación sobre las secuelas a largo plazo del tratamiento¹⁰.

Algunos estudios recientes, ahondando en este tema, sugieren áreas para la investigación futura: recopilación de

información sobre el empleo en estudios de cáncer, investigaciones sobre pacientes de minorías raciales y étnicas y los resultados del cáncer en el empleo, políticas de intervención para reducir los efectos del cáncer y de sus tratamientos en el trabajo y futuras investigaciones sobre la influencia que la cobertura de la contingencia por el seguro de salud tiene en el propio tratamiento del cáncer y en su recuperación¹¹.

Si bien la incidencia del cáncer es una cifra en aumento (se calcula que la incidencia global prevista de cáncer para la población española en el año 2015 es de 222.069 personas, 136.961 varones y 85.108 mujeres, siendo el tipo más frecuente el cáncer colorrectal, por delante, en términos globales, del cáncer de pulmón y el cáncer de mama), aumenta de igual modo la supervivencia y la curación. Así, se observa que la supervivencia global en España pasará del 44 al 49,5% en varones y del 56,4 al 59% en mujeres³.

Pero en términos puramente economicistas, interesa valorar y controlar el elevado y creciente gasto económico que suponen las incapacidades permanentes (IP) por procesos neoplásicos. En cuanto al número total de las pensiones por incapacidad permanente en vigor, tomando como base los datos aportados por el Ministerio de Trabajo¹² a 1 de enero de 2012, solo en la Dirección Provincial de Madrid el 42,1% (30.916) de las pensiones por incapacidad laboral permanente vigentes a dicha fecha son por IP absoluta, con una cuantía media de pensión mensual de 1.177 euros. Según dicha fuente, esta comunidad autónoma es la cuarta en número de pensionistas de IP, por detrás de Andalucía, Cataluña y Valencia, y la segunda provincia después de Barcelona (Raúl Jesús Regal Ramos, 2011).

En cuanto al número total de pensiones por IP, según los datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a 1 de enero de 2012 había 941.490 perceptores de IP, de los cuales el 38,54% (362.839) lo son por IP absoluta, con una cuantía media de pensión mensual de 1.106,34 euros. En Madrid, de las 74.631 pensiones por IP vigentes a 1 de enero de 2012, el 42,28% (31.554) lo son en el grado de absoluta, con un saldo medio de pensión de 1.211,94 euros. Según dichos datos, Madrid es la cuarta comunidad autónoma en número de pensiones de IP en vigor, por detrás de Andalucía, Cataluña y Valencia, y la segunda provincia después de Barcelona (que cuenta con 60.108 perceptores de pensión por IP absoluta, con una cuantía media de 1.171,47 euros mensuales, frente a las 31.554 de Madrid) (Fuente: Estadísticas del Ministerio de Empleo y Seguridad Social).

Conclusiones

La medicina evaluadora, que entra de lleno en el terreno de las incapacidades laborales, debe adaptarse a las modificaciones diagnósticas, pronósticas y evolutivas de las enfermedades, tanto más en un campo como el oncológico, sujeto a continuas modificaciones. Esto incluye actualizar la formación médica en criterios de incapacidad laboral en pacientes con enfermedades oncológicas y llevar un estricto control evolutivo de estos pacientes. Pero se requiere también un esfuerzo por parte de las empresas con objeto de facilitar la reincorporación laboral y la readaptación del paciente oncológico, especialmente si tras la enfermedad, los procedimientos quirúrgicos empleados o las terapias aplicadas han quedado secuelas limitantes para su capacidad

laboral o bien existen riesgos potenciales a valorar en su trabajo.

La labor evaluadora de los equipos de valoración de incapacidades del INSS (EVI) se facilitaría si, por parte de la medicina asistencial y de los servicios de prevención de las empresas, se aportara la información y documentación pertinente con criterios homogeneizados, según lo comentado con anterioridad, tratando de estructurar tanto la historia clínica como las pruebas complementarias y los informes de riesgo laboral (evaluaciones de riesgo y estudios del puesto de trabajo).

Otro factor a considerar es el de las posteriores reevaluaciones del paciente oncológico una vez concedida una incapacidad. Esta labor atañe a los médicos inspectores del INSS a través de los equipos de valoración de incapacidades (EVI), quienes pueden hacerlo de oficio, siempre que tras consultar la información médica necesaria mantengan dudas sobre la posibilidad de una mejoría suficiente para disminuir o anular el grado de invalidez, o a instancias del propio interesado.

Cuando el EVI de las distintas direcciones provinciales del INSS, al valorar la incapacidad laboral de un paciente, considera que se trata de un caso con buen pronóstico, con probabilidades elevadas de supervivencia y si el paciente tiene una edad razonable que permite prever la posibilidad de reincorporación al mundo laboral, puede establecer una fecha a partir de la cual reevaluar de oficio al mismo paciente, de modo que si el estado de salud de éste hubiera experimentado una mejoría y no se encontrara afectado de enfermedades o secuelas que siguieran constituyendo una incapacidad permanente, podría adecuarse el grado de incapacidad al momento de la reevaluación; en un porcentaje significativo de casos dicho grado de incapacidad disminuye o incluso en algunos desaparece, lo que significa un éxito desde el punto de vista clínico y laboral, pues el trabajador se reincorpora a una vida laboral activa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Regal Ramos RJ. Paciente oncológico con incapacidad laboral absoluta: características epidemiológicas, supervivencia y seguimiento de su incapacidad laboral. *Med Segur Trab.* 2011;57. Madrid. 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000200005>
2. Cabanes Domenech A, Pérez-Gómez B, Aragón N, Pollán M, López-Abente G. La situación del cáncer en España, 1975-2006. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2009.
3. Berrino F, De Angelis R, Sant M, Rosso S, Lasota MB, Coebergh JW, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-1999: results of the EUROCARE-4 study. *Lancet Oncol.* 2007;8:773-83.
4. Oliva J. Pérdidas de producción laboral ocasionadas por los fallecimientos prematuros en España en el año 2005. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83:123-35.
5. Hartunian NS, Smart ChN, Thompson MS. The incidence and economic costs of cancer, motor vehicle injuries, coronary heart disease and stroke: a comparative analysis. *Am J Public Health.* 1980;70:1249-60.

6. Chirlaque MD, Salmerón D, Ardanaz E, Galceran J, Martínez R, Marcos-Gragera R, et al. Cancer survival in Spain: estimate for nine major cancers. *Ann Oncol.* 2010;21 Suppl. 3:iii21–9.
7. Miao H, Verkooijen HM, Chia KS, Bouchardy C, Pukkala E, Laronnen S, et al. Incidence and outcome of male breast cancer: an international population-based study. *J Clin Oncol.* 2011.
8. Real Decreto 1/1994 de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
9. Fu AZ, Chen L, Sullivan SD, Christiansen NP. Absenteeism and short-term disability associated with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;130:235–42.
10. Eaker S, Wigertz A, Lambert PC, Bergkvist L, Ahlgren J, Lambe M, Uppsala/Örebro Breast Cancer Group. Breast cancer, sickness absence, income and marital status. A study on life situation 1 year prior diagnosis compared to 3 and 5 years after diagnosis. *PLoS One.* 2011;6:e18040.
11. Bradley CJ, Neumark D, Luo Z, Schenk M. Employment and cancer: findings from a longitudinal study of breast and prostate cancer survivors. *Cancer Invest.* 2007;25:47–54.
12. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Pensiones_y_pensionistas/Pensiones_contributivas_en_vigor/Incapacidad_permanente/index.htm [consultado 1 Ene 2012].