

De la Gestión de la Incapacidad a la Gestión de la Capacidad: Repensando el Modelo Español de Incapacidad Temporal

Pablo Llamas Blázquez⁽¹⁾, Luis Reinoso Barbero⁽²⁾

¹Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Madrid, Comunidad de Madrid, España. Categoría profesional: Médico Interno Residente de Medicina del Trabajo. ORCID: 0009-0007-3290-3553

²Área Médica, Servicio de Prevención Mancomunado. Endesa. Madrid, Comunidad de Madrid, España. Categoría profesional: Especialista en Medicina del Trabajo. Director Médico y Responsable del Área Médica del Servicio de Prevención Mancomunado de Endesa. ORCID: 0000-0001-8761-6382

Correspondencia:

Pablo Llamas Blázquez

Dirección postal: Hospital Universitario Ramón y Cajal,
Ctra. de Colmenar Viejo km 9,100,
28034 Madrid, España.

Correo electrónico: pablollamas24699@gmail.com

La cita de este artículo es: Pablo Llamas Blázquez et al. De la Gestión de la Incapacidad a la Gestión de la Capacidad: Repensando el Modelo Español de Incapacidad Temporal. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2026; 35(2):367-374

RESUMEN.

Objetivos: Analizar las limitaciones conceptuales del modelo español de incapacidad temporal (IT) y proponer su evolución hacia una gestión de la capacidad funcional liderada por el médico del trabajo.

Material y Métodos: Revisión narrativa de la evidencia sobre retorno al trabajo, de la normativa española de IT y prevención, y de los modelos neerlandés (Wet Verbetering Poortwachter) y alemán (§ 167 SGB IX), desde el marco biopsicosocial de la CIF.

Resultados: El sistema español fragmenta responsabilidades entre atención primaria, mutuas e INSS y carece de instrumentos para graduar la capacidad residual; los modelos con hitos obligatorios de intervención temprana y participación del médico del trabajo logran mejores reincorporaciones.

Conclusiones: Se proponen tres funciones: perfil funcional del puesto, evaluación de la capacidad residual y coordinación del

FROM DISABILITY MANAGEMENT TO CAPACITY MANAGEMENT: RETHINKING THE SPANISH TEMPORARY SICK LEAVE MODEL

ABSTRACT

Objectives: To analyse the conceptual limitations of the Spanish temporary sick leave (TSL) model and to propose its evolution towards functional capacity management led by the occupational physician.

Material and Methods: Narrative review of the evidence on return to work, of Spanish sick leave and occupational health regulations, and of the Dutch (Wet Verbetering Poortwachter) and German (§ 167 SGB IX) models, read through the biopsychosocial framework of the WHO ICF.

Results: The Spanish system fragments responsibilities among primary care, mutual insurance bodies and the National Social

retorno progresivo. Su viabilidad exige desarrollar el artículo 39 del Reglamento de los Servicios de Prevención, garantizar la interoperabilidad y prever soluciones para pymes.

Palabras clave: Retorno al trabajo; Medicina del trabajo; Incapacidad temporal; Evaluación de la capacidad de trabajo; Absentismo.

Security Institute, and lacks instruments to grade residual work capacity; systems with mandatory early-intervention milestones and occupational physician involvement achieve better return-to-work outcomes.

Conclusions: Three functions are proposed: early functional job profiling, residual capacity assessment and coordination of progressive return. Their feasibility requires developing article 39 of the Spanish Prevention Services Regulation, ensuring information interoperability and providing solutions for small enterprises.

Key-Words: Return to Work; Occupational Medicine; Sick Leave; Work Capacity Evaluation; Absenteeism.

Fecha de recepción: 18 de mayo de 2026

Fecha de aceptación: 6 de septiembre de 2026

Introducción

La incapacidad temporal por contingencias comunes representa actualmente uno de los principales desafíos para la sostenibilidad del sistema de protección social en España. El incremento sostenido de los procesos de baja laboral —con especial incidencia en los trastornos musculoesqueléticos y los problemas de salud mental— ha intensificado el debate público sobre la eficiencia del modelo y sobre la necesidad de estrategias más efectivas de reincorporación laboral⁽¹⁾.

Sin embargo, gran parte de ese debate continúa centrado en variables administrativas —duración media de las bajas, gasto en prestaciones, tasas de absentismo por sector— sin cuestionar la premisa

conceptual sobre la que el sistema está construido: que la incapacidad laboral es un estado binario, en el que el trabajador se encuentra plenamente apto o plenamente incapacitado para desempeñar su actividad. Esta dicotomía simplifica la gestión de la prestación, pero resulta clínicamente inadecuada para la mayoría de los procesos patológicos contemporáneos.

La evidencia científica acumulada durante las últimas dos décadas en el ámbito de la salud laboral apunta en una dirección inequívoca: la reincorporación progresiva y adaptada al trabajo, incluso en condiciones de capacidad parcial, se asocia con mejores resultados de salud, menor cronificación y mayor recuperación funcional a largo plazo en comparación con el mantenimiento indefinido de la situación de baja absoluta^(3,7). El

trabajo bien adaptado no constituye un riesgo para la recuperación; en muchos casos, es un determinante positivo de ella.

Este artículo no pretende cuestionar la función protectora del sistema de incapacidad temporal, ni proponer su desmantelamiento. Sostiene, en cambio, que el modelo necesita evolucionar desde una lógica de gestión de la ausencia hacia una lógica de gestión de la capacidad; y que esa evolución requiere redefinir el papel de la medicina del trabajo en el proceso de IT, dotándola de un rol activo en las fases iniciales que hoy le está sistemáticamente vedado.

2. Las limitaciones estructurales del modelo español

El sistema español de IT por contingencia común articula sus responsabilidades clínicas y administrativas de forma fragmentada entre tres actores principales: el médico de atención primaria, responsable de la emisión y seguimiento de los partes de baja y alta; las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, con competencias en el control y la gestión de las contingencias comunes a partir de determinados umbrales temporales; y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), que interviene en los procesos de larga duración o cuando se plantea el acceso a la incapacidad permanente. Esta distribución no es inocua en términos de resultados: incluso en la contingencia profesional, donde los circuitos de seguimiento están más definidos, un estudio sobre 253 procesos de IT por accidente de trabajo en un hospital de tercer nivel encontró que el 60 % superaba el tiempo óptimo de baja establecido, atribuyéndolo en buena parte a demoras en los procesos diagnóstico-terapéuticos⁽²⁾.

En ese esquema, el médico del trabajo — el profesional con mayor conocimiento de las exigencias funcionales del puesto, de los riesgos específicos del entorno laboral y de las posibilidades reales de adaptación en la empresa— ocupa un lugar periférico. Su intervención en el proceso de IT carece de un marco normativo que

la estructure y, en la práctica, suele producirse tarde: cuando la baja ya se ha cronificado, cuando la mutua activa una revisión o cuando el INSS convoca una evaluación para valorar la transición a la incapacidad permanente.

Esta desconexión entre el sistema sanitario general y la medicina del trabajo genera un vacío de intervención especialmente crítico en las primeras semanas de la baja, que es precisamente el periodo donde la evidencia sitúa la mayor ventana de oportunidad para prevenir la cronificación^(3,6). El médico de atención primaria, por su parte, dispone de información clínica suficiente para gestionar el proceso diagnóstico y terapéutico, pero raramente conoce con detalle las exigencias funcionales del puesto de trabajo ni las posibilidades de adaptación disponibles en la empresa. Nadie ocupa ese espacio de forma sistemática.

A esta fragmentación competencial se añade una limitación conceptual de fondo: el sistema no dispone de mecanismos estructurados para identificar y gestionar la capacidad residual de trabajo. En patologías musculoesqueléticas, trastornos adaptativos, ansiedad, depresión o procesos crónicos de larga evolución, la capacidad laboral rara vez desaparece de forma absoluta. Más frecuentemente se modifica, fluctúa o requiere adaptaciones transitorias. Sin embargo, la lógica binaria del sistema —apto o no apto— no ofrece instrumentos para articular esa graduación funcional.

3. Referentes europeos: intervención temprana y corresponsabilidad

La comparación con sistemas europeos de gestión funcional de la incapacidad laboral permite identificar los elementos estructurales que explican sus mejores resultados en términos de duración de las bajas y reincorporación sostenida^(3,8).

3.1. Países Bajos: la *Wet Verbetering Poortwachter*

El modelo neerlandés constituye el referente más

sólido de intervención temprana y coordinación funcional en Europa. La *Wet Verbetering Poortwachter* —vigente desde 2002— establece hitos temporales obligatorios que estructuran el proceso de reincorporación desde las primeras semanas de ausencia. A la sexta semana, el médico del trabajo realiza una evaluación funcional de capacidades y limitaciones laborales; a la octava, empresa y trabajador elaboran conjuntamente un plan de acción individualizado orientado al retorno progresivo. La notificación al organismo de seguridad social se produce a las cuarenta y dos semanas si la situación de IT persiste, activando una evaluación independiente. El incumplimiento de estos hitos por parte del empleador puede conllevar la extensión obligatoria del período de pago salarial durante la baja, generando así un incentivo económico directo para la gestión activa del retorno^(8,9).

El resultado de este modelo ha sido una reducción significativa de las tasas de incapacidad de larga duración, y su principal aportación conceptual no es normativa, sino epistemológica: obliga al sistema a preguntarse, desde la sexta semana, qué puede hacer el trabajador y qué habría que adaptar para facilitar su retorno, en lugar de limitarse a certificar que no puede trabajar.

3.2. Alemania: el *Betriebliches Eingliederungsmanagement* (BEM)

El sistema alemán aborda el mismo problema desde una lógica complementaria. El § 167 SGB IX10 obliga legalmente a cualquier empresa a ofrecer un proceso formal de reincorporación asistida —el BEM— cuando un trabajador acumula más de seis semanas de baja laboral en un período de doce meses. El proceso involucra al médico del trabajo de la empresa, al representante sindical y al responsable de Recursos Humanos, y requiere el consentimiento expreso del trabajador para iniciarse, lo que protege sus derechos y diferencia el BEM de un mecanismo de presión hacia la reincorporación prematura.

Su elemento más distintivo en términos de política de salud laboral es la vinculación entre el

cumplimiento del proceso y la protección jurídica del empleador: las empresas que no hayan ofrecido formalmente el BEM pueden encontrar limitada su capacidad de extinguir contratos por causas relacionadas con la salud del trabajador. Este mecanismo convierte la gestión activa del retorno en un interés legítimo de la empresa, no solo del sistema sanitario o de seguridad social.

3.3. El elemento común: un cambio de pregunta

Más allá de sus diferencias normativas, ambos modelos comparten un rasgo definitorio: modifican estructuralmente la pregunta que el sistema está obligado a hacerse ante una baja laboral. La pregunta ya no es únicamente «¿puede trabajar este trabajador?», sino «¿qué puede hacer actualmente, en qué condiciones podría reincorporarse progresivamente, y qué adaptaciones serían necesarias para que eso fuera posible?». Esa pregunta, en cuanto se convierte en un requerimiento formal del sistema, produce respuestas que el modelo español actual simplemente no genera.

4. Del diagnóstico a la función: el marco biopsicosocial como instrumento clínico

La evolución conceptual necesaria para sostener este cambio de modelo tiene una base teórica sólida en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud⁽¹¹⁾. Desde el marco biopsicosocial que la CIF articula, la incapacidad laboral no depende exclusivamente del diagnóstico médico, sino de la interacción dinámica entre la condición de salud del trabajador, sus capacidades funcionales, las exigencias del puesto, los factores psicosociales del entorno y el contexto organizativo de la empresa.

Esta perspectiva tiene implicaciones clínicas concretas. Preguntar «¿qué puede hacer este trabajador?» orienta la intervención hacia la adaptación funcional; preguntar únicamente «¿qué diagnóstico tiene?» la orienta hacia la certificación. Ambas preguntas son necesarias, pero la primera

es la que permite diseñar un retorno terapéutico al trabajo, mientras que la segunda solo permite autorizar o denegar la baja.

La evidencia disponible sobre programas de retorno terapéutico al trabajo es consistente en este sentido: la reincorporación progresiva y adaptada se asocia con mejores resultados funcionales a largo plazo, menor recurrencia de la baja y mayor satisfacción del trabajador con el proceso de recuperación^(4,6,7). El trabajo adaptado no debe entenderse como una concesión administrativa, sino como una intervención clínica activa con evidencia de eficacia, que debe ser prescrita, diseñada y supervisada con el mismo rigor con el que se prescribe cualquier otra intervención terapéutica.

5. Reconfigurar el rol del médico del trabajo

La transformación del modelo español requiere, en primer lugar, redefinir el papel de la medicina del trabajo en el proceso de IT. Se propone que esa redefinición se articule en torno a tres funciones que la especialidad puede asumir dentro del marco competencial existente, sin necesidad de modificar el reparto de responsabilidades sobre la emisión y el control de los partes de baja.

La primera función es la elaboración temprana del perfil funcional del puesto, articulando el profesiograma y la evaluación de riesgos como entidades distintas pero complementarias: el primero documenta las exigencias y aptitudes asociadas al puesto desde la perspectiva de la vigilancia de la salud, mientras que la segunda identifica los riesgos laborales presentes y las medidas preventivas necesarias. Desde las primeras semanas de la baja —y sin necesidad de contacto directo con el trabajador en esa fase inicial—, el médico del trabajo puede identificar las exigencias físicas, motrices, sensoriales, cognitivas y psicosociales del puesto afectado, y documentar las posibilidades reales de adaptación disponibles en la empresa. Esta información, que hoy no se sistematiza en ningún momento del proceso, es la que permite planificar un retorno

progresivo con base en la realidad del entorno laboral concreto.

La segunda función es la evaluación de la capacidad residual de trabajo. Con el consentimiento del trabajador y en coordinación con su médico de atención primaria, el médico del trabajo puede realizar una valoración funcional orientada a identificar qué puede hacer el trabajador en su situación clínica actual, qué actividades laborales son compatibles con su proceso de recuperación y qué adaptaciones —de carga, horario, ergonomía, modalidad de trabajo— permitirían una reincorporación clínicamente segura y funcionalmente significativa.

La tercera función es la coordinación y el seguimiento del retorno progresivo. El médico del trabajo puede actuar como interlocutor entre el trabajador, el empleador y el sistema sanitario, supervisando la evolución del proceso de reincorporación, ajustando las adaptaciones en función de la evolución clínica y derivando al INSS o a recursos de rehabilitación especializados cuando la complejidad del caso lo requiera.

Estas tres funciones no exigen partir de cero. El propio Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo publicó en 2018 la NTP 1116, que ofrece a las empresas un esquema de procedimiento de mantenimiento y vuelta al trabajo con una figura explícita de gestor del caso, un proceso de intervención estructurado y mecanismos de seguimiento y evaluación⁽¹²⁾. Su existencia demuestra que la lógica funcional no es ajena a la cultura preventiva española: lo que falta no es la herramienta técnica, sino la obligatoriedad y la conexión con el circuito asistencial que la haría operativa más allá de las empresas que voluntariamente decidan aplicarla.

Una vía complementaria, y probablemente más ambiciosa, consistiría en incorporar médicos del trabajo a los equipos de atención primaria y a determinados servicios de atención especializada con alta carga de procesos incapacitantes —rehabilitación, traumatología, salud mental, reumatología u oncología—, con funciones de consultoría en salud laboral. Su papel no sería

asistencial ni certificador, sino aportar al equipo tratante la información de la que hoy carece en el punto exacto donde se decide sobre la baja: qué exige realmente el puesto, qué adaptaciones son posibles en esa empresa concreta y qué trayectoria de retorno es realista. Una figura de este tipo permitiría además dar cobertura a los trabajadores de empresas sin recursos preventivos propios y encontraría acomodo natural en el desarrollo de los mecanismos de coordinación entre el sistema asistencial y el preventivo que se analizan en el apartado siguiente.

Este modelo de intervención no modifica el sistema de competencias vigente sobre la emisión de bajas y altas, que permanece bajo la responsabilidad del médico de atención primaria. Lo que se propone es la creación de una vía paralela y coordinada de gestión funcional, en la que la medicina del trabajo actúa no como verificadora de la incapacidad, sino como arquitecta del retorno.

6. Condicionantes para la transformación del modelo

La transición hacia un sistema de gestión de la capacidad funcional enfrenta condicionantes estructurales que no pueden ignorarse en ningún análisis serio de viabilidad. Figura 1.

El primero es la fragmentación entre sistemas. La ausencia de canales formales de comunicación entre los médicos de atención primaria, los médicos del trabajo y los servicios de las mutuas impide la coordinación que requiere un modelo funcional. La historia clínica laboral no está integrada en las plataformas sanitarias generales, y el intercambio de información relevante sobre el puesto de trabajo depende de iniciativas individuales en lugar de protocolos estructurados. Esta fragmentación no es técnica —las soluciones de interoperabilidad existen—, sino organizativa y de gobernanza.

Conviene matizar, no obstante, que esta fragmentación no es un destino inevitable. La pandemia de COVID-19 ofreció el ejemplo más claro y reciente de coordinación efectiva entre

la medicina del trabajo y los servicios públicos de salud en España. El Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 atribuyó a los servicios de prevención la identificación y la valoración individualizada de los trabajadores especialmente sensibles, la emisión de informes de adaptación del puesto y, cuando esta no era posible, la propuesta de situaciones de IT, además de tareas de rastreo de contactos y de seguimiento de los procesos en curso⁽¹³⁾. Aquella experiencia obligó a construir en pocas semanas canales de comunicación bidireccional con la atención primaria y con las autoridades sanitarias que hasta entonces se consideraban inviables, y generó criterios técnicos compartidos para valorar la vulnerabilidad individual⁽¹⁴⁾. Que esos canales se dismantelaran al remitir la emergencia, en lugar de reconvertirse en infraestructura estable de coordinación para la gestión de la incapacidad temporal, es probablemente una de las oportunidades perdidas más relevantes del período.

El segundo condicionante es normativo. El marco legal vigente no contempla la participación activa del médico del trabajo en el proceso de IT salvo en supuestos muy específicos. Avanzar hacia un modelo de intervención temprana estructurada requeriría modificaciones en la Ley General de la Seguridad Social, en el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) y en los convenios de colaboración entre el INSS y las mutuas colaboradoras. En este sentido, conviene recordar que, treinta años después de la promulgación del RSP, su artículo 39 —que regula la coordinación entre el sistema sanitario y el preventivo y el acceso del médico del trabajo a la información clínica necesaria para el desempeño de sus funciones— permanece prácticamente virgen desde su redacción original, con excepciones puntuales como la del Servicio de Prevención Propio del sector público valenciano y la disponibilidad de acceso web a la información sobre vacunaciones en algunas comunidades autónomas. Su desarrollo efectivo sigue siendo,

tres décadas después, una asignatura pendiente del sistema y una de las condiciones habilitantes para cualquier modelo de gestión funcional de la incapacidad temporal. Se trata, en cualquier caso, de un proceso complejo pero no inédito: el propio sistema ha acometido reformas de alcance comparable en períodos de mayor presión sobre el gasto en prestaciones.

El tercer condicionante es la escala del tejido empresarial. El 99,8 % de las empresas españolas son pequeñas y medianas empresas (pymes), muchas de las cuales no disponen de servicio de prevención propio ni de acceso continuado a un médico del trabajo. Cualquier modelo de intervención temprana que no contemple soluciones específicas para este contexto —como la activación del médico del trabajo de referencia a través de la mutua, o la creación de protocolos de intervención adaptados a empresas sin recursos preventivos propios— tendrá una aplicabilidad real muy limitada.

El cuarto condicionante es la creciente polivalencia de los puestos de trabajo. La organización del trabajo ha evolucionado hacia perfiles multitarea, con rotación entre funciones, contenidos variables a lo largo de la jornada y descripciones de puesto amplias, especialmente en el comercio, la hostelería, la logística, los cuidados y las empresas de menor tamaño, donde un mismo trabajador acumula tareas que en otros contextos corresponderían a varios puestos. Esta polivalencia dificulta simultáneamente las dos operaciones sobre las que descansa el modelo propuesto: definir un profesigramas estable, porque el conjunto de exigencias varía según la tarea concreta y el momento; e identificar adaptaciones viables, ya que suprimir una tarea de un puesto polivalente puede vaciarlo de contenido o trasladar la carga a los compañeros. La respuesta no puede ser renunciar al perfil funcional, sino construirlo por dominios de exigencia —carga física, bipedestación, manipulación manual de cargas, atención sostenida, exigencia emocional, atención al público, turnicidad— en lugar de por denominaciones de puesto, y revisarlo con

una periodicidad acorde a la variabilidad real del trabajo.

Finalmente, existe un condicionante de cultura profesional que afecta a la propia especialidad. La medicina del trabajo española ha construido históricamente su identidad en torno a la vigilancia de la salud y la certificación de aptitudes. Asumir un rol activo en la gestión del retorno al trabajo implica ampliar esa identidad hacia funciones de coordinación clínica y de gestión de casos ocupacional que requieren habilidades específicas, marcos normativos habilitadores y, sobre todo, la convicción colectiva de que ese espacio pertenece a la especialidad.

7. Conclusión

El modelo español de incapacidad temporal es funcionalmente eficaz para el objetivo para el que fue diseñado: garantizar la protección económica del trabajador durante el período de enfermedad. Lo que no fue diseñado para hacer —y cada vez se le exige más que haga— es gestionar la complejidad funcional de los procesos de incapacidad contemporáneos, facilitar la reincorporación progresiva y prevenir la cronificación de las bajas de larga duración.

La comparación con los sistemas europeos más avanzados en este ámbito sugiere que el cambio más relevante no es normativo ni tecnológico: es conceptual. Los sistemas que obtienen mejores resultados son aquellos que han logrado desplazar el centro de gravedad del proceso desde la certificación diagnóstica hacia la gestión funcional de la capacidad residual de trabajo. Y ese desplazamiento, en todos los casos documentados, ha requerido la participación activa y temprana de la medicina del trabajo en el proceso de IT.

Se sostiene que la especialidad dispone del conocimiento técnico, del acceso al entorno laboral y de la posición institucional necesarios para asumir ese rol. Lo que requiere es un marco normativo que lo habilite, una articulación clara con el resto del sistema sanitario y preventivo,

y una redefinición de la identidad profesional que sitúe la gestión del retorno al trabajo como función central —y no periférica— de la medicina del trabajo en el siglo XXI.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el contenido de este artículo.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido financiación específica de organismos públicos, comerciales o sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. OECD. Fitter Minds, Fitter Jobs: Re-thinking the Approach to Mental Health and Work in OECD Countries. Paris: OECD Publishing; 2021.
2. Sánchez Jiménez C, Fabiano R, del Campo Balsa MT, Rubio Pérez E. ¿Se cumplen los tiempos óptimos de incapacidad temporal por accidente de trabajo? *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2024; 33: 183-97.
3. Anema JR, Schellart AJ, Cassidy JD, Loisel P, Weerman TJ, van der Beek AJ. Can cross country differences in return-to-work after chronic occupational back pain be explained? An exploratory analysis on disability policies in a six country cohort study. *J Occup Rehabil* 2009; 19: 419-26.
4. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil* 2005; 15: 507-24.
5. Waddell G, Burton AK. Is Work Good for Your Health and Well-Being? London: The Stationery Office; 2006.
6. Tingulstad A, Meneses-Echavez J, Evensen LH, Bjerk M, Berg RC. Effectiveness of work-related interventions for return to work in people on sick leave: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2022; 11: 192.
7. Schultz IZ, Stowell AW, Feuerstein M, Gatchel RJ. Models of return to work for musculoskeletal disorders. *J Occup Rehabil* 2007; 17: 327-52.
8. de Boer WEL, Besseling JJM, Willems JHBM. Organization of disability evaluation in 15 countries. *Pratiques et Organisation des Soins* 2007; 38: 205-17.
9. Netherlands Government. Wet Verbetering Poortwachter (Gatekeeper Improvement Act). Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; 2002.
10. Bundesministerium der Justiz. § 167 SGB IX — Betriebliches Eingliederungsmanagement. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX). Berlin: Bundesministerium der Justiz; 2018.
11. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
12. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. NTP 1116: Mantenimiento y vuelta al trabajo: procedimiento. Madrid: INSST; 2018.
13. Ministerio de Sanidad. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
14. Vicente Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Rueda Garrido JC. Criterios de vulnerabilidad frente a infección Covid-19 en trabajadores. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2020; 29: 12-22.