



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

INFORME

LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA

*Diagnóstico, desafíos estructurales y
propuestas de reforma*



Propuestas
para la mejora del
modelo de gestión de la
incapacidad temporal



ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN

Depósito Legal: M-14901-2026

2026. Fundación Economía y Salud

Diseño y edición: Fundación Economía y Salud

www.fundacioneconomiaysalud.org

LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA

*Diagnóstico, desafíos estructurales y
propuestas de reforma*

RESUMEN / ABSTRACT

Este libro recopila íntegramente las ponencias, debates, reflexiones y conclusiones de la jornada dedicada a la incapacidad temporal (IT) en España, un pilar del Estado de bienestar que enfrenta retos de sostenibilidad económica, sanitaria y social.

Se recogen las opiniones de los ponentes, expertos en salud, derecho, economía, sindicatos y mutuas, que se presentan fielmente, diagnosticando problemas multifactoriales y proponiendo reformas integrales.

Se ha elaborado conforme a un enfoque técnico y multidisciplinar basado en:

- Análisis cualitativo estructurado de la transcripción completa de la jornada.
- Triangulación de perspectivas (sanitaria, jurídica, económica, organizativa, psicológica y social).
- Identificación de patrones convergentes entre ponentes.
- Síntesis interpretativa orientada a política pública.
- Jerarquización de evidencias y propuestas.

JORNADA

LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA

SOSTENIBILIDAD, EQUIDAD Y GOBERNANZA EN TIEMPOS DE CAMBIO

Fecha de celebración: viernes 6 de marzo de 2026.

Lugar: Facultad de CC. Económicas y Empresariales Universidad CEU San Pablo
(c/ Julián Romea, 23. Madrid)

Organizada por: Fundación Economía y Salud

JUSTIFICACIÓN

La Incapacidad Temporal (IT) constituye una de las principales prestaciones del sistema de Seguridad Social, con un impacto creciente en los ámbitos económico, sanitario y social. Su gestión, compartida entre múltiples agentes -servicios de salud, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), mutuas colaboradoras, empresas y personas trabajadoras-, presenta importantes desafíos de coordinación, sostenibilidad y equidad.

El marco normativo actual, incluyendo las recientes modificaciones del Real Decreto 625/2014 por el Real Decreto 1060/2022, y la Ley 2/2025 que incide en la incapacidad permanente y su relación con la IT, así como los análisis históricos de la gestión de la IT, revelan la persistencia de deficiencias estructurales.

Estas incluyen la disociación competencial entre los servicios de salud (responsables de la calificación médica) y las entidades gestoras de la Seguridad Social y mutuas (responsables de la prestación económica), la multiplicación de servicios médicos actuantes, y la falta de una ordenación clara y armónica de las relaciones entre la IT y otras contingencias como el desempleo o la maternidad/paternidad.

La situación derivada de la pandemia COVID-19, también puso de manifiesto las limitaciones del esquema tradicional, y la necesidad de modernizar el modelo de gestión.

Es imperativo avanzar hacia un modelo que, además de ser más eficaz y eficiente en la gestión y control, reduzca la burocracia para el trabajador, garantice la seguridad jurídica, y asegure una protección social adecuada y coherente para las personas trabajadoras. Por lo anterior, resulta urgente un análisis crítico, interdisciplinar y basado en evidencia que permita avanzar hacia un modelo más eficaz, transparente y sostenible.

En esta jornada de trabajo, se busca establecer un espacio de debate y reflexión entre los diferentes agentes, y desarrollar propuestas en aras a consolidar los avances, y proponer soluciones para los retos aún pendientes.

OBJETIVOS GENERALES

- Analizar en profundidad el impacto económico, sanitario y social de la IT en España.
- Evaluar “críticamente” el modelo actual de gobernanza y gestión de la prestación.
- Generar propuestas de reforma estructural que integren sostenibilidad financiera, eficacia clínica y equidad social.
- Debatir el papel actual y futuro de las mutuas, el INSS y los servicios de salud, así como la reciente propuesta gubernamental de “cogestión” sindical-empresarial de las mutuas.
- Fomentar la colaboración entre instituciones académicas, científicas, gestoras y asistenciales.

PREFACIO

Bienvenida del presidente de la Fundación Economía y Salud

Bienvenidos, autoridades, moderadores, ponentes e invitados. A lo largo de la mañana vamos a hablar de un asunto que se ha puesto de actualidad desde que concebimos empezar a trabajar en él hace algunos meses. Desde entonces, rara es la semana donde no se publica un artículo, informe, un análisis sobre la incapacidad temporal y las consecuencias que para la salud de nuestros ciudadanos y la eficiencia en el sistema tiene una adecuada gestión de esa prestación.

Economía y salud. Dos grandes sustantivos que ocupan las grandes preocupaciones que nos mueven a muchas instituciones y desde luego a esta fundación.

¿Cómo generar más salud con la mayor eficiencia posible?, ¿que puede tener más trascendencia?, ¿cómo buscar la eficiencia en salud para hacer sostenible al sistema? No cabe la menor duda que la incapacidad temporal es un campo prioritario sobre el que trabajar.

La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF), el mes pasado nos decía que las bajas por incapacidad han experimentado un aumento considerable, casi un 60% de incremento en los últimos siete años, llegando a ser la mayor partida de gasto sólo por debajo de las pensiones y ascendiendo a unos 30.000 millones de euros, el doble que en el año 2012.

Cuestiones como la descoordinación entre los sistemas de salud y la gestión de la seguridad social y mutuas, las listas de espera, la falta de profesionales en atención primaria, el seguimiento de los pacientes, el cada vez mayor incremento del absentismo laboral, los problemas que suponen para las empresas por incremento de costes y disminución de productividad serán cuestiones que plantearán a lo largo de la mañana y de la mano de los ponentes y moderadores que se congregan hoy aquí, a través de las distintas mesas redondas que llevaremos a cabo, personas expertas de reconocido prestigio, a quien agradezco su participación en estas jornadas.

No se trata solo de elaborar un diagnóstico de la situación, por otra parte imprescindible, sino a partir de ahí, con datos, con cifras, hacer propuestas concretas de gestión que intenten mejorar los resultados, análisis y propuestas.

Las que llevemos a cabo en el día de hoy las llevaremos finalmente a un documento. Será grabado toda la intervención para recoger lo más fielmente posible las intervenciones de nuestros moderadores y ponentes.

Documento que editaremos y que intentaremos darle la mayor difusión, de forma que gestores, especialistas y políticos puedan elaborar iniciativas que trasladadas a la realidad, mejoren la salud de nuestros ciudadanos, la eficiencia del sistema y la competitividad de nuestras empresas.

Alberto Giménez Artés

Presidente de la Fundación Economía y Salud

Bienvenida del coordinador general

*Como todos ustedes saben, estamos viviendo un momento decisivo para el modelo de incapacidad temporal: nuevas normativas, nuevas demandas sociales y muchas preguntas aún sin respuesta. Por esto quiero invitarles a que lean este libro blanco sobre **“La Incapacidad Temporal en España: diagnóstico, desafíos estructurales y propuestas de reforma”**. Promovida desde la Fundación Economía y Salud, este libro nace precisamente para aportar análisis y soluciones.*

La incapacidad temporal (IT) es hoy una pieza crítica de nuestro Estado de bienestar, una de las principales prestaciones del sistema y el segundo mayor componente del gasto de la Seguridad Social, solo por detrás de las pensiones. Su crecimiento acelerado nos obliga a reflexionar sobre la sostenibilidad financiera, la equidad en el acceso y la calidad de la gestión, en un contexto de profundos cambios demográficos, laborales y sociales.

El pasado 6 de marzo, en el Salón de Actos de la Universidad CEU San Pablo de Madrid, abordamos esta realidad desde una mirada integral: económica, sanitaria, social y jurídica. Nuestra intención, colaborar en la mejora de la calidad, cobertura y accesibilidad de la información disponible, identificar los determinantes de la incapacidad temporal y proponer medidas concretas que refuercen la sostenibilidad del sistema.

Se ha trabajado para que entre los ponentes estén líderes de reconocido prestigio, capaces de transformar el conocimiento en propuestas concretas y aplicables. La jornada, base de este manuscrito, comenzó con una conferencia inaugural a cargo de la profesora Yolanda Valdeolivas, Catedrática de Derecho del Trabajo y exsecretaria de Estado de Empleo, quien ofreció un diagnóstico riguroso y basado en la evidencia de la IT. Después, cinco mesas redondas en las que se fueron desgranando los grandes retos económicos, sanitarios y de gobernanza, los riesgos financieros y las propuestas para un nuevo modelo. La actividad fue concebida como un foro de análisis, actualización y debate entre todos los profesionales implicados, y buscó generar diálogo, evidencia y propuestas desde una mirada multidisciplinar. Los ponentes que participaron, y que son autores de cada uno de sus capítulos, no solo conocen el problema: lo investigan, lo gestionan y lo viven en primera línea.

Si usted forma parte del sistema, este libro también es suyo, con la esperanza que les ayude a identificar un modelo más justo, eficiente y alineado con las necesidades reales de nuestra sociedad. Contamos con ustedes. Muchas gracias.

Vicente Pallarés-Carratalá

Coordinador Jornada La Incapacidad Temporal en España 2026

AUTORES

COORDINADOR GENERAL

- **Vicente Pallarés-Carratalá.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Titular de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón.

COORDINADORES

- **Enrique Cabero Morán.** Presidente del Consejo Económico y social de Castilla y León.
- **Álvaro Hidalgo Vega.** Catedrático y director del Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la Universidad de Castilla La Mancha.

PONENTES

- **Yolanda Valdeolivas García.** Catedrática de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social de la Universidad Autónoma de Madrid, vocal permanente de la Comisión General de Codificación, en su Sección Quinta, exsecretaria de Estado de Empleo, “Of Counsel” en Pérez Llorca Abogados.
- **Enrique Cabero Morán.** Presidente del Consejo Económico y Social de Castilla y León.
- **José María Peiró Silla.** Catedrático de Psicología Social, Universitat de València (1984-2020). Profesor Emérito Universitat de València. Profesor Investigador, Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.
- **Josefina Burguillos Llanos.** Ex Coordinadora de Unidad de Valoración Médica de Incapacidades de la Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios de Andalucía.
- **Purificación Morgado Panadero.** Decana de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Salamanca, profesora titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.
- **Ignacio Lekunberri Hormaetxea.** Director Gerente Adjunto de Mutua.
- **Carlos Bravo Fernández.** Secretario de Políticas Públicas y Protección Social, Comisión Obreras (CCOO).
- **Álvaro Hidalgo Vega.** Catedrático y director del Grupo de Investigación en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de la Universidad de Castilla La Mancha.
- **Octavio José Granado Martínez.** Ex Secretario de Estado de la Seguridad Social.
- **Joaquín Merchán Bermejo.** Presidente del Consejo General de Colegios de Graduados Sociales de España
- **Vicente Pallarés-Carratalá.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor Titular de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I, Castellón.

- **José Polo García.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casar de Cáceres. Presidente Nacional de SEMERGEN.
- **José Manuel Vicente Pardo.** Director de la Cátedra Internacional de Medicina Evaluadora Pericial y Laboral. Universidad Católica de Murcia.
- **Ignacio Pastrana Jiménez.** Especialista en Psiquiatría. Máster en Evaluación Médica de la Capacidad Funcional. Coordinador del Departamento de Salud Mental. Dirección Médica. Servicios Centrales. Ibermutua.
- **Vicente Martín Sánchez.** Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de León.
- **Cristina Estévez Navarro.** Secretaria ejecutiva (con responsabilidades en materia de Empleo y Seguridad Social), Unión General de Trabajadoras y Trabajadores (UGT).
- **Daniel García Sánchez.** Subdirección General Gestión de Incapacidad Temporal, prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN INSTITUCIONAL Y CONTEXTO ESTRATÉGICO	13
2. LA INCAPACIDAD TEMPORAL: PILAR DEL ESTADO DEL BIENESTAR.....	15
3. INCAPACIDAD TEMPORAL: ENTRE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA AMENAZA ECONÓMICA. DIAGNÓSTICO PARA UNA REFORMA ESTRUCTURAL.....	19
4. RADIOGRAFÍA INTEGRAL DE LA IT: MAS ALLÁ DEL DATO ASISTENCIAL.....	25
5. GOBERNANZA Y AGENTES IMPLICADOS: ¿QUIÉN DEBE GESTIONAR LA IT?.....	31
7. LA IT: CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO.....	51
8. HACIA UN NUEVO MODELO: PROPUESTAS PARA LA REFORMA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.....	57
9. SÍNTESIS TRANSVERSAL: HACIA UN NUEVO PARADIGMA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.....	61
10. EPÍLOGO. CONCLUSIONES ESTRATÉGICAS.....	63
11. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	67

1. INTRODUCCIÓN INSTITUCIONAL Y CONTEXTO ESTRATÉGICO

Autores: *Vicente Pallarés Carratalá, Enrique Cabero Morán, Álvaro Hidalgo Vega.*

La **Incapacidad Temporal (IT)** ha dejado de ser un mero apéndice de la gestión administrativa para erigirse en **uno de los desafíos estructurales más acuciantes del sistema de protección social en España.**

Lo que antaño se gestionaba como una contingencia técnica y previsible, hoy se manifiesta como **un fenómeno poliédrico** que pone a prueba las costuras de nuestro Estado del bienestar.

En la última década, la IT ha experimentado una metamorfosis acelerada, trascendiendo su naturaleza de subsidio económico para convertirse en **un indicador crítico de la salud del mercado laboral y de la eficiencia del sistema sanitario.**

No estamos ante un incremento coyuntural, sino ante una tendencia sostenida que **exige una relectura profunda** de nuestras políticas de seguridad y salud.

El escenario actual: un equilibrio en tensión

Como se analizó a lo largo de la jornada, el sistema se enfrenta a una "tormenta perfecta" de factores que comprometen su sostenibilidad.

Este nuevo paradigma se define por cuatro vectores fundamentales:

- **La dinámica de la incidencia:** Observamos una aceleración sin precedentes tanto en el número de procesos como en su duración media. Esta expansión no responde a una única causa, sino a una amalgama de factores demográficos, cambios en la cultura del trabajo y nuevas realidades epidemiológicas.
- **La gravedad del impacto económico:** El gasto derivado de la IT ha mantenido una trayectoria ascendente que ya no guarda una correlación directa con el crecimiento del empleo, lo que sugiere la existencia de ineficiencias sistémicas que requieren una intervención estructural.
- **La mutación de la complejidad clínica:** Los procesos actuales presentan una dimensión social y psicológica mucho más marcada. La irrupción de patologías vinculadas a la salud mental y a la cronicidad ha desplazado el modelo tradicional de "baja por contingencia física" hacia un escenario de gestión mucho más difuso y complejo.
- **La saturación del ecosistema sanitario:** La presión administrativa que la gestión de la IT ejerce sobre la Atención Primaria (AP) y los servicios de inspección ha generado un cuello de botella que afecta, en última instancia, a la calidad asistencial del ciudadano.

Misión y alcance de este libro

Este documento no nace con una voluntad meramente descriptiva, sino con **una vocación transformadora**. A través de sus páginas, se pretende articular una respuesta coherente a la fragmentación actual del sistema.

Los pilares que sostienen esta obra son:

- **La sistematización del conocimiento:** destilar las ponencias y debates de la jornada para convertirlos en un corpus doctrinal útil para la toma de decisiones.
- **El diagnóstico de disfunciones:** identificar con rigor técnico dónde se rompe la cadena de valor en la gestión de la incapacidad.
- **La integración multidisciplinar:** superar los compartimentos estancos, uniendo la visión médica, jurídica, económica y social en un único hilo conductor.
- **La propuesta de reforma:** dibujar una hoja de ruta que garantice la protección del trabajador sin comprometer la viabilidad financiera del modelo.

En definitiva, este libro aspira a ser el cimiento sobre el cual construir un sistema de IT más ágil, justo y, por encima de todo, sostenible en el tiempo.

2. LA INCAPACIDAD TEMPORAL: EL PILAR DEL ESTADO DEL BIENESTAR

Autores: *Vicente Pallarés Carratalá, Enrique Cabero Morán, Álvaro Hidalgo Vega.*

2.1. Naturaleza y función de la incapacidad temporal

La incapacidad temporal (IT) constituye uno de los pilares más antiguos y, al mismo tiempo, más dinámicos del sistema de protección social en España. Lejos de ser una mera prestación económica, representa **un mecanismo complejo que articula la respuesta colectiva ante la pérdida transitoria de la capacidad laboral por motivos de salud.**

Su función esencial es garantizar que el trabajador, durante el tiempo en que no puede desempeñar su actividad, disponga de un soporte económico suficiente y de acceso a los recursos necesarios para su recuperación.

En este sentido, la IT cumple una doble finalidad:

- **Proteger la renta del trabajador**, evitando que la enfermedad o el accidente se traduzcan en una caída abrupta de ingresos.
- **Facilitar el proceso de recuperación sanitaria**, permitiendo que esta se desarrolle en condiciones adecuadas, sin la presión de una reincorporación prematura.

Sin embargo, reducir la IT a estos dos elementos sería insuficiente. En realidad, se trata de una figura que integra tres dimensiones inseparables que definen su verdadera naturaleza:

- **La dimensión sanitaria**, que sitúa la IT como un instrumento al servicio de la recuperación del trabajador. La baja laboral no es un fin en sí mismo, sino un medio para garantizar que el proceso clínico se desarrolle con seguridad y eficacia, evitando riesgos tanto para el propio paciente como para terceros.
- **La dimensión laboral**, que regula la relación entre la salud y la capacidad productiva. La incapacidad temporal actúa como un mecanismo de ajuste entre las exigencias del trabajo y las limitaciones derivadas de la enfermedad, estableciendo un espacio intermedio en el que se suspende la actividad laboral, pero sin romper el vínculo contractual.
- **La dimensión social**, que dota de sentido al conjunto del sistema. La IT expresa un principio de solidaridad colectiva, mediante el cual la sociedad asume, a través de la Seguridad Social, la protección de quienes atraviesan situaciones de vulnerabilidad transitoria. En este sentido, constituye un elemento clave de cohesión social y de legitimidad del Estado del bienestar.

2.2. Transformación reciente del fenómeno

En la última década, la IT ha experimentado una transformación profunda que ha alterado tanto su magnitud como su significado. Este cambio no puede entenderse únicamente en términos cuantitativos, aunque **los datos evidencian un incremento notable en el número de procesos y en su duración media.** Más relevante aún es la evolución cualitativa del

fenómeno, que refleja cambios estructurales en la sociedad, en el mercado laboral y en el propio sistema sanitario.

Uno de los rasgos más significativos de esta transformación es el cambio en el perfil epidemiológico de los procesos de IT. Frente al predominio histórico de patologías agudas y claramente objetivables, se observa un crecimiento sostenido de procesos vinculados a condiciones más complejas, difusas o de difícil medición.

En este contexto, destacan tres grandes ámbitos. En primer lugar, **el aumento de los trastornos de salud mental**, cuya incidencia y duración se han incrementado de forma significativa, especialmente tras la pandemia de COVID-19. Estos procesos, caracterizados por su elevada carga subjetiva y su estrecha relación con factores sociales y laborales, plantean importantes desafíos en términos de diagnóstico, seguimiento y valoración de la capacidad laboral.

En segundo lugar, **la expansión de la patología musculoesquelética**, estrechamente vinculada a las condiciones de trabajo, al envejecimiento de la población activa y a determinados modelos productivos. Se trata de procesos que, si bien pueden tener una base orgánica clara, a menudo se “cronifican” en ausencia de intervenciones adecuadas de rehabilitación y adaptación del puesto de trabajo.

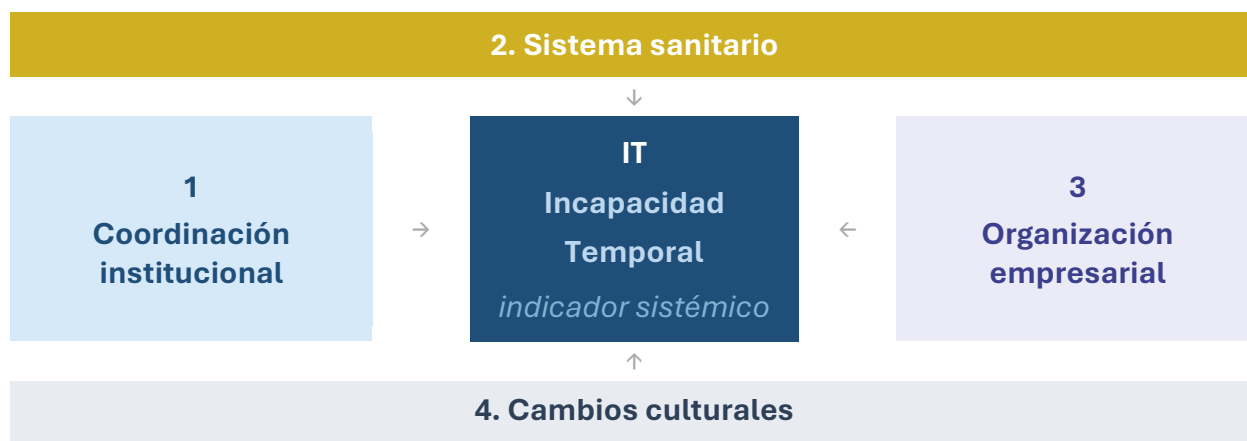
Finalmente, el incremento de los procesos recurrentes o de larga duración introduce **una nueva dimensión en el análisis de la IT**. La repetición de bajas o su prolongación más allá de los plazos habituales no solo incrementa el coste económico, sino que también afecta a la trayectoria laboral del trabajador y a su integración social.

Estos cambios reflejan, en última instancia, **una transición desde un modelo de IT centrado en episodios agudos hacia otro más complejo**, donde confluyen factores clínicos, psicosociales y organizativos.

2.3. La incapacidad temporal como indicador sistémico

Más allá de su función directa, la IT actúa como un indicador privilegiado del funcionamiento del sistema en su conjunto. Su evolución y características permiten identificar disfunciones que trascienden el ámbito estrictamente sanitario o laboral, proyectándose sobre el conjunto de las políticas públicas.

Figura 1. La IT como indicador sistémico: dimensiones de análisis



La IT requiere una aproximación integral: clínica, económica, social y cultural.

En primer lugar, **la IT pone de manifiesto fallos en la coordinación institucional**. La fragmentación entre servicios de salud, Seguridad Social, mutuas y empresas, dificulta una gestión integrada de los procesos, generando ineficiencias, duplicidades y, en última instancia, prolongación innecesaria de las bajas.

En segundo lugar, refleja déficits en el sistema sanitario, particularmente en términos de accesibilidad, tiempos de espera y capacidad de resolución. La IT se convierte, en muchos casos, en **un espacio de espera ante la falta de respuesta del sistema**, evidenciando tensiones estructurales que van más allá de la propia prestación.

Asimismo, la IT revela **problemas organizativos en el ámbito empresarial**, relacionados con la prevención de riesgos laborales, la adaptación de puestos de trabajo o la gestión de los factores psicosociales. La ausencia de entornos laborales saludables o de mecanismos de reincorporación progresiva contribuye a la aparición y “cronificación” de los procesos.

Finalmente, **la IT es también un reflejo de** cambios culturales en la percepción del trabajo y la salud. La transformación de las expectativas laborales, el impacto de nuevas formas de empleo y la creciente **sensibilidad hacia la salud mental** configuran un nuevo contexto en el que la relación entre trabajo y bienestar adquiere matices distintos.

Por todo ello, el análisis de la IT no puede abordarse desde una perspectiva parcial. Requiere **una aproximación integral**, capaz de integrar dimensiones clínicas, económicas, sociales y culturales. Solo desde esta mirada -compleja- será posible diseñar respuestas eficaces que garanticen, al mismo tiempo, la sostenibilidad del sistema y la protección adecuada de las personas.

Se sitúa así la IT no solo como una prestación, sino como un termómetro del Estado del bienestar, cuya evolución interpela directamente a la capacidad del sistema para adaptarse a los desafíos del presente y del futuro.

3. INCAPACIDAD TEMPORAL: ENTRE LA PROTECCIÓN SOCIAL Y LA AMENAZA ECONÓMICA. DIAGNÓSTICO PARA UNA REFORMA ESTRUCTURAL

Autora: Yolanda Valdeolivas García.

Objetivo: Exponer el contexto macroeconómico, social y jurídico actual de la IT en España, sus desviaciones respecto al modelo contributivo-solidario, y la necesidad de una reforma basada en evidencia, no en ideologías.

3.1. La incapacidad temporal como pilar del Estado social

La incapacidad temporal (IT) se ha convertido en uno de los grandes problemas de país, no solo por su dimensión económica, sino por su profunda conexión con la salud pública, el mercado de trabajo y la cohesión social. Como prestación de la Seguridad Social, constituye una pieza clave de protección frente a quienes han perdido la salud, de forma transitoria, por enfermedad o accidente, y se ven impedidos para trabajar mientras reciben atención sanitaria. Es, ante todo, un derecho individual del trabajador, pero al mismo tiempo una institución que proyecta efectos de interés general sobre el conjunto de la ciudadanía.

Desde esta perspectiva, la IT sostiene uno de los pilares básicos del Estado social y del bienestar. Cuando el sistema no funciona adecuadamente, no solo se resienten los ingresos de las personas trabajadoras y la estabilidad de las empresas, sino que se tensionan la sostenibilidad financiera de la Seguridad Social, el equilibrio del sistema sanitario y la confianza en el pacto social que vertebra la convivencia. Si la IT deja de cumplir eficazmente su función protectora, también se erosiona la promesa de ciudadanía social que acompaña al Estado del bienestar.

Sin embargo, el modelo vigente dista de ser sólido, estable y eficiente. Nos enfrentamos a una realidad nueva —demográfica, epidemiológica y organizativa— con herramientas diseñadas para un contexto ya desaparecido. El sistema está saturado, resulta muy costoso y, lo que es más grave, tampoco protege siempre de forma eficaz la salud de las personas trabajadoras. Desde hace años se advierte un problema de sostenibilidad a medio plazo que difícilmente puede afrontarse con los instrumentos actuales.

Conviene subrayar que no estamos ante un conflicto entre trabajadores y empresas. Reducir el debate a un enfrentamiento de intereses sería una forma de desviar la atención y de impedir soluciones estructurales más ambiciosas. La IT afecta a toda la población, a todas las edades y a todos los sectores, y su mal funcionamiento debilita el mercado de trabajo, sobrecarga el sistema sanitario y pone en riesgo la cohesión social. Por ello, se propone considerarla, con todas sus consecuencias, un problema de país que exige un gran pacto de Estado.

3.2. Un diagnóstico de tensiones: datos, factores y disfunciones

El primer paso ineludible es el diagnóstico. La IT se encuentra hoy en una suerte de “zona cero” donde confluyen tensiones sanitarias, estructurales, económicas, laborales, productivas,

demográficas y organizativas. El sistema de protección, el sistema sanitario, las empresas, los agentes sociales y la ciudadanía entera se ven interpelados por una realidad que crece en intensidad y complejidad.

Las cifras bastan para tomar conciencia de la magnitud del problema. El gasto en IT por contingencias comunes alcanzó en 2025 los 33.000 millones de euros, un 14% más que en 2024 y más de un 60% de incremento en la última década, con aumentos que en algunos ámbitos concretos llegan a rozar el 186%. Ese volumen representa en torno a un 1,4% del PIB y se reparte prácticamente a partes iguales entre la Seguridad Social y las empresas, que soportan tanto el mantenimiento de las cotizaciones durante estos períodos suspensivos, como las frecuentes mejoras voluntarias hasta casi el 100% del salario e incluso, en los casos de IT de carácter común, el pago a su costa de los primeros días de baja, en un modelo que, desde otra perspectiva de interés, puede ser tachado de antiprevencionista, al resultar más costosa para la empresa la IT de origen común que la profesional (AIReF, 2026).

Figura 3.1. Indicadores clave de Incapacidad Temporal



Fuente: elaboración propia a partir de Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF, 2026) e Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS, 2024)

La duración media de los procesos, estabilizada en torno a los 41 días (aunque la mayoría de los procesos son muchos más cortos coinciden con IT de duración muy prolongada), ha crecido un 15% en diez años y se mantiene en niveles elevados. En 2025, España registró una prevalencia diaria cercana al millón de trabajadores en situación de IT por contingencias comunes, lo que significa que uno de cada veinte trabajadores activos falta al trabajo cada día por esta causa. Son, pues, más de 377 millones de jornadas laborales perdidas al año; una

cifra inédita en nuestra historia, que sitúa a España como el país con mayor incidencia de IT del mundo (AIReF, 2026).

Si estos datos reflejaran de forma estricta la realidad clínica de la población, cualquiera concluiría que existe un problema sanitario y de salud pública y laboral de dimensiones extraordinarias, aunque es más probable que la respuesta sea un colapso del sistema sanitario y de Seguridad Social incapaz de realizar controles y de hacer coincidir los procesos morbosos activos con los períodos de suspensión de la relación laboral, prolongando estos últimos más allá de lo médicamente imprescindible.

Hay, sin duda, factores demográficos y epidemiológicos que contribuyen a ese incremento de la IT: el envejecimiento de la población activa, el aumento de las enfermedades crónicas, el notable incremento de los trastornos de salud mental -con crecimientos de hasta un 175% en general y de un 375% en jóvenes menores de 35 años- o los efectos todavía poco conocidos de la digitalización, la conectividad permanente y la fatiga informática, por ejemplo. Sin olvidar a su vez las cargas diferenciadas que soportan las mujeres, asociadas a dobles jornadas y cuidados, así como las presiones específicas en sectores con alta demanda física o emocional (AIReF, 2026; INSS, 2024).

En todo caso, cabe presumir que pesan sobre esa realidad el deterioro del sistema público de salud, los déficits estructurales de profesionales, la precariedad y los bajos salarios en determinados segmentos del mercado de trabajo, así como la transformación de la IT en una suerte de contingencia refugio. Ante la falta de respuestas adecuadas a problemas de conciliación, climas laborales tóxicos, hostilidad en el trabajo o insuficiencia de otras prestaciones, la baja médica termina en ocasiones funcionando como válvula de escape allí donde el sistema no ofrece otras salidas.

Por lo demás, junto a estos elementos estructurales y sociales, emergen datos que obligan a mirar de frente la cuestión del eventual fraude, sin estigmas, pero sin ocultaciones ni condescendencia. Un 25% de los trabajadores en IT acumula el 50% de los procesos y aún más, según algunos estudios, ese porcentaje se reduce incluso hasta un 7% de trabajadores. Se trata de fenómenos de “hiperfrecuentación” o de repetición de procesos patológicos sin parangón en los países de nuestro entorno y que tampoco se compadecen con eventuales singularidades de nuestro mercado de trabajo o nuestro estado de salud, por lo que son exigibles análisis rigurosos, no tanto para criminalizar, cuanto para entender qué disfunciones del sistema explican estas recurrencias y para proponer mejoras (AIReF, 2026; OCDE, 2022; OCDE, 2023).

3.3. Un modelo institucional desalineado: gobernanza, incentivos y control

El núcleo del problema no reside solo en los factores externos, sino también en el propio diseño del modelo de gobernanza de la IT. Se trata de un modelo dual, complejo y, en buena medida, descoordinado: los servicios públicos de salud, dependientes de las comunidades autónomas, son quienes reconocen las bajas médicas y con ello generan el gasto, pero el coste lo asumen la Seguridad Social y las empresas.

Esta separación entre quien decide y quien paga genera un sistema de incentivos perverso, en el que quien reconoce la prestación carece de motivación directa para controlar su incidencia y su duración y quien tiene interés en ese control por soportar su coste apenas tiene capacidad para efectuarlo con eficacia.

A ello se suman la complejidad funcional y territorial, propias de una protección multinivel: una autoridad sanitaria autonómica y una autoridad gestora estatal comparten responsabilidades que no siempre se coordinan adecuadamente. El resultado es un cuello de botella en el sistema sanitario y un diseño de gobernanza que no alinea las competencias ni los incentivos con el objetivo de una protección eficaz y sostenible. La falta de un sujeto claramente responsable de todo el ciclo -reconocimiento, seguimiento, alta y pago- se traduce en ineficiencias, demoras y prolongaciones artificiales de las bajas.

El control de las bajas médicas es claramente insuficiente. La escasez de profesionales, la sobrecarga de los servicios de atención primaria (AP) y especializada, los retrasos diagnósticos y la falta de seguimiento sistemático favorecen el aludido alargamiento injustificado de los procesos. Abunda la situación de trabajadores en baja a la espera de una consulta, una prueba diagnóstica o cualquier otra intervención médica, apartados preventivamente del trabajo sin una valoración funcional precisa de su capacidad laboral real.

Aquí reside otra de las claves: el sistema sanitario dispone del diagnóstico de la enfermedad, pero no necesariamente de la información funcional que permita valorar cómo incide esa enfermedad en la capacidad laboral concreta, según el puesto, la tarea y la actividad desempeñada. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), por su parte, cuenta con herramientas y criterios funcionales, pero carece de efectivos suficientes para un control intensivo y, además, llega a menudo tarde en los procesos. En cambio, quienes sí tienen recursos para el seguimiento -mutuas, servicios de prevención- no suelen disponer de la capacidad normativa para intervenir a tiempo y con eficacia.

El propio esquema de financiación de la prestación es perverso y “antipreventivista”. Las empresas pagan las IT comunes entre el cuarto y el decimoquinto día, y a partir de ahí lo hacen en régimen de pago delegado, pese a tratarse de dolencias extralaborales sobre las que no pueden actuar ni en prevención ni en control. En cambio, en las contingencias profesionales, que sí guardan relación directa con las condiciones de trabajo, la Seguridad Social asume la prestación desde el segundo día, lo que debilita el incentivo preventivo de las empresas precisamente allí donde su actuación podría ser más determinante.

El marco laboral y la negociación colectiva también juegan un papel relevante. La derogación de la causa de despido objetivo por absentismo laboral puso fin a prácticas que generaban situaciones inaceptables para muchos trabajadores, pero al mismo tiempo eliminó un mecanismo de autocontención cuyo impacto real sobre el absentismo no ha sido suficientemente estudiado. Por otra parte, las mejoras convencionales de la IT concebidas inicialmente para proteger procesos largos y graves, se han generalizado hasta el punto de garantizar, en muchos casos desde el primer día, el 100% del salario durante bajas de muy corta duración.

Este fenómeno desnaturaliza el propósito original de la protección, que en el diseño legal diferencia la intensidad de la prestación según la duración del proceso -del 60% en fases iniciales al 75% en bajas prolongadas-, y reduce la diferencia económica entre trabajar y estar de baja. La extensión de complementos al 100% en alrededor de la mitad de los convenios sectoriales y en dos tercios de los convenios de empresa refuerza esa sensación de equivalencia. Al mismo tiempo, los intentos de introducir pluses por asistencia han encontrado límites en la doctrina del Tribunal Supremo, que, a raíz de la Ley 15/2022, considera discriminatorio penalizar retributivamente la IT, si bien algunas resoluciones recientes permiten modular proporcionalmente la percepción de las primas de asistencia en función del tiempo de trabajo efectivamente prestado.

3.4. Hacia un pacto de Estado: propuestas para un modelo sostenible y garantista

Por la magnitud del fenómeno, por su carácter multifactorial y por su impacto sobre el conjunto del sistema de protección social, la IT exige una respuesta de país. No bastan ajustes marginales ni reformas parciales; se necesita una estrategia integral, apoyada en un diagnóstico compartido y en un amplio consenso político y social. Hay que insistir en la necesidad de un gran pacto de Estado que involucre a gobierno, organizaciones sindicales, organizaciones empresariales, comunidades autónomas, mutuas, servicios de prevención y, por supuesto, el mundo académico.

Ese pacto debería partir de tres principios rectores: preservar la función protectora de la IT como derecho social fundamental; garantizar la sostenibilidad financiera del sistema a medio y largo plazo; y reforzar los mecanismos de control y evaluación sin erosionar derechos ni estigmatizar a las personas enfermas. El desafío consiste en controlar sin recortar, mejorar la gestión sin debilitar la cobertura y actuar sobre el fraude sin convertir la sospecha en regla.

Entre las líneas de actuación, se destaca la necesidad de reformar la gobernanza del sistema. Resulta imprescindible alinear más estrechamente reconocimiento, seguimiento y pago de la prestación, evitando que la autoridad que genera el gasto quede totalmente desligada de sus efectos financieros. Ello exige mejorar la coordinación entre servicios públicos de salud, INSS, mutuas y servicios de prevención, avanzando hacia modelos en los que la información clínica y la información funcional se integren de manera efectiva.

Figura 3.2. Síntesis de las líneas de actuación sobre Incapacidad Temporal

LÍNEA		MEDIDAS CLAVE
1	Gobernanza	Coordinar SPS, INSS, mutuas y prevención; integrar información clínica y funcional.
2	Control y revisión	Ampliar capacidad de mutuas y servicios de prevención; reforzar controles del INSS.
3	Mejoras convencionales	Reorientar hacia procesos graves; evitar incentivos al absentismo en bajas cortas.
4	Prevención	Reequilibrar costes empresa/SS para incentivar inversión preventiva real.

LÍNEA	MEDIDAS CLAVE
5 Observatorio IT	Seguimiento multidisciplinar de datos, causas y resultados.

Fuente: elaboración propia.

Se propone dotar de mayor capacidad de intervención a los servicios de prevención de las empresas y a las mutuas, siempre bajo estrictas garantías de independencia técnica y respeto a los derechos de los trabajadores. Estos servicios cuentan ya con la cualificación necesaria para valorar la aptitud laboral y podrían realizar revisiones periódicas de las bajas, formular propuestas de alta justificadas y contribuir a ajustar la duración de los procesos a la situación real de cada trabajador. Del mismo modo, se sugiere reforzar la capacidad del INSS para realizar controles en plazos más breves, con revisiones médicas regulares y protocolos claros de actuación.

En el ámbito de las relaciones laborales, se plantea revisar el papel de las mejoras convencionales de la prestación, de forma que recuperen su sentido original de refuerzo para procesos graves y prolongados, sin incentivar de manera involuntaria el absentismo en bajas de muy corta duración. También cabe explorar fórmulas de incentivos positivos vinculados a la asistencia y la permanencia, aprovechando la reciente jurisprudencia que permite modular proporcionalmente las primas en función del trabajo efectivo, sin vulnerar el principio de no discriminación por razón de salud.

Por último, la propia arquitectura del sistema requiere una mirada preventiva más ambiciosa. El diseño actual, que hace recaer sobre las empresas buena parte del coste de las contingencias comunes y traslada a la Seguridad Social la responsabilidad de las contingencias profesionales desde fases muy tempranas, no favorece la inversión en prevención allí donde podría ser más eficaz. Reordenar este esquema para que las empresas tengan verdaderos incentivos a reducir los riesgos laborales, al tiempo que evita cargarles con costes ajenos a su esfera de actuación, forma parte de la agenda de reforma necesaria.

La creación de un Observatorio de la IT, con participación multidisciplinar y capacidad técnica para un seguimiento riguroso de datos, causas y resultados, puede ser una herramienta valiosa para construir ese diagnóstico común que hoy falta. El reto, en definitiva, es diseñar un modelo de IT que sea duradero, estable, adaptado a las necesidades del siglo XXI y capaz de proteger la salud y el empleo sin poner en riesgo la viabilidad del Estado social. En este punto, nos jugamos mucho más que la gestión de una prestación: nos jugamos la solidez del pacto social sobre el que se asienta nuestra convivencia democrática.

4. RADIOGRAFÍA INTEGRAL DE LA IT: MAS ALLÁ DEL DATO ASISTENCIAL

Autores: Enrique Cabero Morán, José María Peiró Silla, Josefina Burguillos Llanos.

Objetivo: Describir el fenómeno de la IT desde una perspectiva económica, social y sanitaria, e identificar las variables estructurales que lo están desbordando.

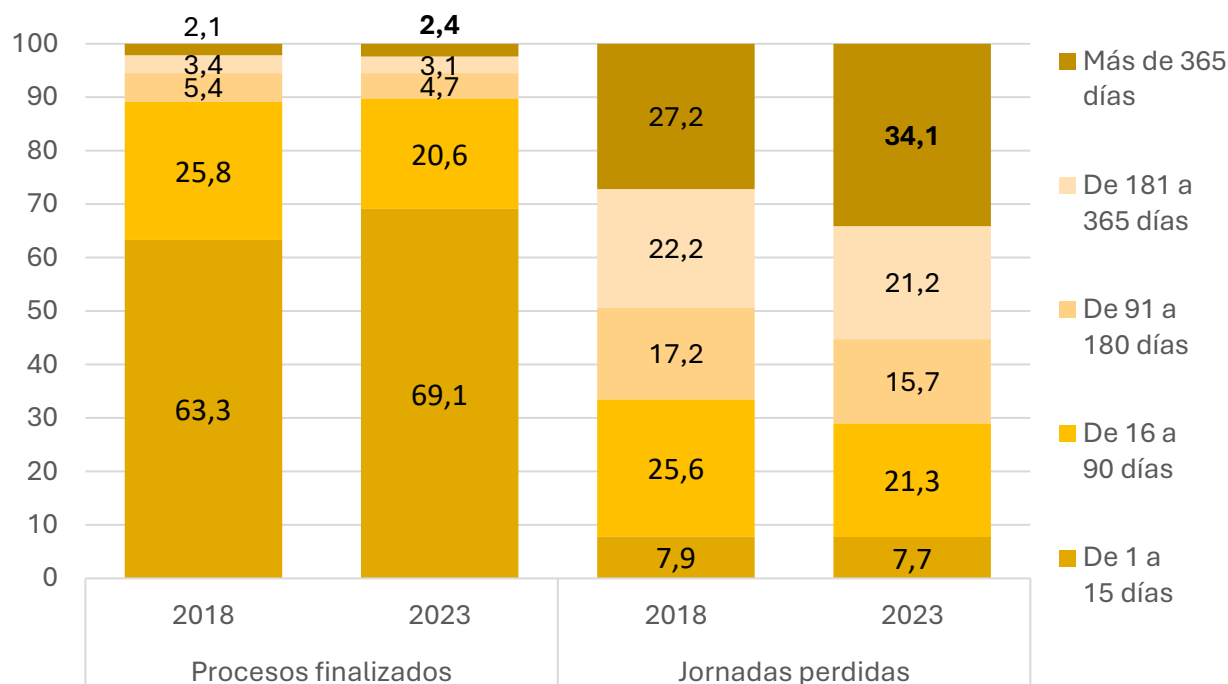
4.1. Mirar la incapacidad temporal desde los datos

Sin datos sólidos, el debate sobre la IT corre el riesgo de quedarse en mera opinión. En los últimos años se ha consolidado una base empírica inédita gracias al acceso a microdatos de la Seguridad Social desde 2016 hasta 2023, complementados con encuestas laborales europeas que permiten situar a España en el contexto internacional. Ese ejercicio de radiografía numérica confirma que el país se sitúa en posiciones de liderazgo en tasas de IT, con crecimientos más intensos que los de la mayoría de los vecinos europeos tanto en incidencia como en duración (UMIVALE-IVIE, 2025).

Las cifras son contundentes: cientos de millones de días de baja al año, alrededor de 1,1 millones de personas ausentes del trabajo cada día y un coste que, si se proyecta en escenarios comparativos, podría aproximarse al 5,8% del PIB cuando se agregan todos los componentes directos e indirectos. Esta magnitud no solo interpela a la Seguridad Social, sino al conjunto del sistema productivo y al sistema sanitario, que soportan una saturación creciente. En esa radiografía destaca un fenómeno especialmente preocupante: el peso de las bajas por salud mental y por patología musculoesquelética, dos diagnósticos que concentran buena parte del incremento reciente de las ausencias (UMIVALE-IVIE, 2025).

El análisis fino revela, además, que no todas las bajas contribuyen por igual al problema. La mayoría de los procesos son cortos -de uno a quince días-, pero un pequeño porcentaje de bajas muy largas, apenas un 2,4%, llega a explicar más de un tercio de todos los días perdidos. Junto a ello, emerge la figura de las personas que presentan repeticiones: personas que encadenan varias bajas en un mismo año y cuya contribución al volumen total de jornadas ausentes es desproporcionada (UMIVALE-IVIE, 2025).

Figura 4.1. Distribución de los procesos finalizados y de los días de baja por IT por tramo de duración (%)



Fuente: (UMIVALE-IVIE, 2025)

4.2. Largas duraciones, repeticiones y la fragilidad de los retornos

Detenerse en las bajas de larga duración obliga a mirar más allá del dato contable y adentrarse en la biografía laboral de quienes se ven apartados de su puesto durante meses. Cuando un proceso alcanza los 365 o los 545 días, la vida profesional de la persona se transforma profundamente, pero no siempre en el sentido que cabría esperar a partir de la lógica jurídica de las prestaciones.

Los datos muestran que alrededor de la mitad de las IT que se agotan a los 365 días terminan con una denegación de incapacidad permanente, lo que obliga a un retorno al trabajo tras un año de ausencia prolongada.

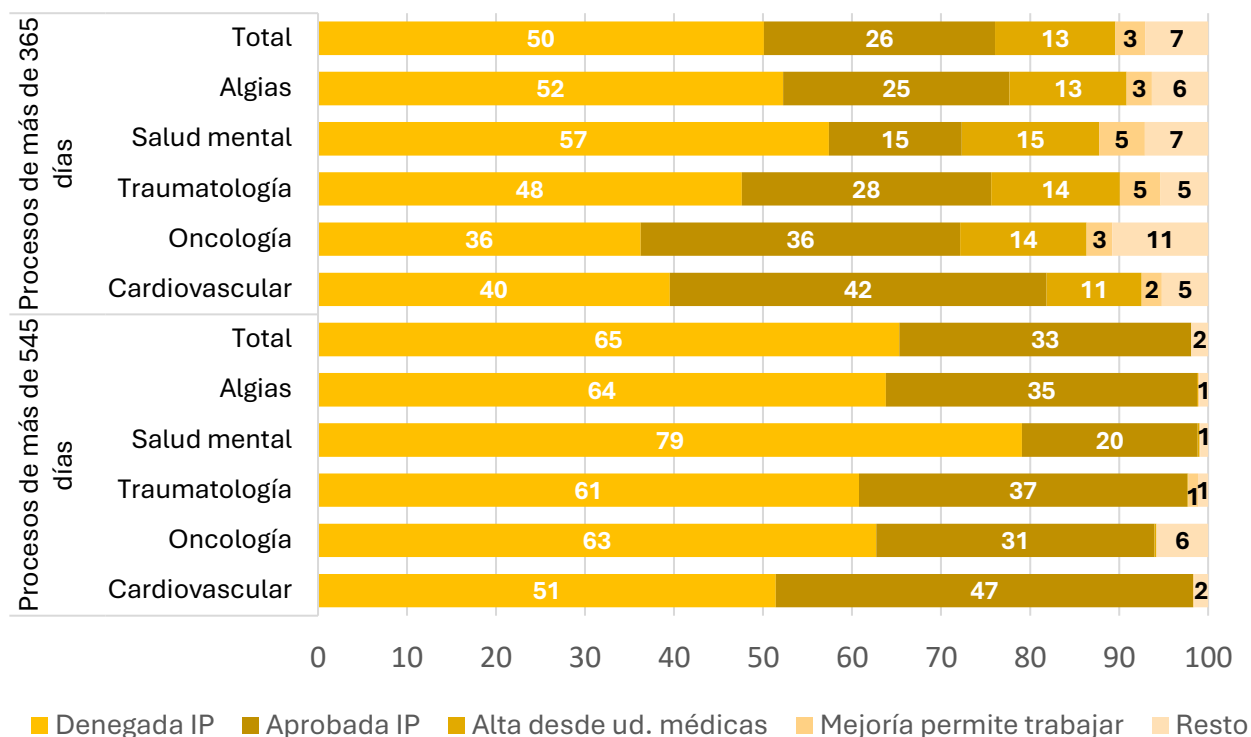
Este desenlace es especialmente inquietante en el ámbito de la salud mental. Entre quienes han estado de baja por este motivo durante más de 545 días, cerca del 80% no accede a una incapacidad permanente y ha de reincorporarse a su puesto o a algún tipo de actividad laboral.

Desde la perspectiva de la psicología del trabajo, esta situación resulta demoledora: reincorporar a una persona que ha estado año y medio separada de su entorno profesional exige un esfuerzo de readaptación enorme, a menudo difícilmente recuperable según la edad, la cualificación y el tipo de tarea (UMIVALE-IVIE, 2025).

A la duración se suma la repetición. El incremento global de la IT en los últimos años se explica en gran medida por quienes tienen dos o más bajas al año, mientras que las cifras de quienes solo experimentan un proceso anual se mantienen relativamente estables. Este patrón apunta a núcleos de vulnerabilidad específicos y sugiere que la repetición no es un fenómeno

marginal, sino uno de los motores centrales del crecimiento del coste y de las jornadas perdidas.

Figura 4.2. Causas de agotamiento de la IT en procesos finalizados de larga duración por diagnóstico. 2023 (%)



Fuente: UMIVALE-IVIE, 2025.

Para comprender lo que sucede en ese terreno, resulta útil descender al nivel micro, hasta el momento en que una persona, al despertarse una mañana, decide que “no está bien” y opta por no ir a trabajar. En ese instante se produce un “autoetiquetado”: la percepción de enfermedad y la decisión de solicitar una baja, o de seguir acudiendo al puesto, se construyen sobre una mezcla de síntomas reales, experiencias previas, valores, actitudes y contexto laboral. No todas las personas se “autoetiquetan” del mismo modo ni con la misma facilidad, y ahí entran en juego factores personales, grupales, sociales y culturales que condicionan la propensión a ausentarse o a aguantar (Peiró, et al. 2008; UMIVALE- IVIE, 2025) .

4.3. Decisiones en la penumbra: cultura, empresa y clínica

La IT no se explica solo por la norma, sino por las tramas culturales y organizativas que atraviesan la vida cotidiana del trabajo. El clima laboral, la calidad del liderazgo, la percepción de justicia interna, la presión de los tiempos y la precariedad influyen en el modo en que se vive la salud, el malestar y la ausencia.

En un equipo con mal clima, con tensiones constantes o con cargas poco razonables, es más probable que las personas se “autoetiqueten” antes como incapaces de trabajar, del mismo

modo que en entornos más saludables la tolerancia al mal día y la voluntad de seguir acudiendo al puesto tienden a ser mayores.

Los factores familiares y sociales también tiran. En contextos donde las prestaciones específicas para cuidados o conciliación son insuficientes, la IT se convierte a veces en una prestación refugio: una vía indirecta para atender a un hijo enfermo, para escapar de un ambiente tóxico o para gestionar responsabilidades que el sistema no reconoce adecuadamente. Esta utilización indirecta de la prestación no desmiente la realidad del malestar, pero sí revela que la IT está absorbiendo tensiones que corresponderían a otros dispositivos de protección social.

En el otro lado de la mesa de consulta se sitúa quien debe certificar la baja. Las decisiones médicas se toman en un escenario de incertidumbre, especialmente en los diagnósticos de más difícil objetivación, como muchos problemas de salud mental o de malestar psicosocial, que no siempre encajan en categorías clínicas claras. La teoría de la detección de señales ayuda a entender el dilema: ante una situación ambigua, un falso positivo (dar una baja cuando quizá no era estrictamente necesaria) tiene costes distintos para quien decide que un falso negativo (negar la baja y arriesgar un empeoramiento o un evento grave).

El médico se encuentra, además, en una posición frágil: no es quien financia la prestación, pero sí quien asume la responsabilidad directa frente al paciente y frente al sistema. En un contexto de presión asistencial, listas de espera, falta de respaldo jurídico percibido y normativas cambiantes, la tentación de protegerse frente al falso negativo -otorgando la baja en caso de duda- puede resultar comprensible. Si a ello se suma la creciente burocratización de los procesos, con partes, informes, revisiones e instrucciones cruzadas, el núcleo clínico de la prestación corre el riesgo de diluirse entre trámites y formularios.

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, se denuncia precisamente esa deriva: la prestación ha ido perdiendo su carácter genuinamente sanitario para convertirse en un entramado administrativo donde se difuminan las responsabilidades.

El médico de AP se mueve entre indicaciones del servicio de salud, presiones de las mutuas, exigencias de los órganos gestores y expectativas del paciente, sin un marco claro que delimite competencias y sin un sistema de apoyo técnico y jurídico robusto. El resultado es un profesional que, a menudo, prefiere apartarse de la gestión de la IT antes que asumir solo una responsabilidad tan expuesta.

4. Cuatro patas para un cambio de rumbo

De la suma de datos, experiencias y reflexiones surge una idea central: cualquier reforma de la IT que aspire a ser eficaz debe apoyarse en cuatro pilares inseparables.

El primero lo constituyen los órganos gestores y las mutuas, llamados a desempeñar un papel activo en la evaluación y el control, pero con límites claros y un análisis fino de hasta dónde pueden y deben llegar. Se subraya que las mutuas son un brazo colaborador imprescindible por su capilaridad y experiencia, pero también que fueron concebidas para contingencias profesionales y para patología traumatológica, de modo que no pueden erigirse en solución mágica para la enfermedad común, mucho más heterogénea.

Figura 4.3. Los cuatro pilares del cambio de rumbo en Incapacidad Temporal

Fuente: elaboración propia

La segunda pata es el sistema sanitario. No puede concebirse una prestación que pivota sobre la enfermedad sin asumir que el sistema público de salud ha de estar en el centro de su diseño y su gestión. Ello exige, por un lado, reconstruir la responsabilidad sanitaria sobre la IT, clarificando competencias, reduciendo la carga burocrática y reforzando las estructuras de apoyo técnico, como las inspecciones de servicios sanitarios. Por otro lado, requiere integrar mejor la perspectiva laboral en la formación y en la práctica clínica, para que la valoración de la capacidad funcional respecto del puesto deje de ser un punto ciego.

La tercera pata es la empresa. El tejido empresarial no puede permanecer en la periferia del debate cuando soporta una parte relevante del coste y, al mismo tiempo, influye decisivamente sobre la salud laboral y el clima organizativo. Es necesario revisar el papel de la prevención de riesgos, la calidad del empleo, la organización del trabajo y los mecanismos de adaptación al puesto para facilitar retornos graduales, realistas y percibidos como justos por los equipos. La percepción de inequidad -cuando se adapta el trabajo a quien se ha ausentado, pero no a quien ha soportado el malestar sin baja- puede erosionar la cohesión interna y alimentar nuevas ausencias.

La cuarta pata es la corresponsabilidad de las personas usuarias. Reconocer el derecho a la protección no implica negar que el uso responsable de la prestación forma parte del pacto social. Una cultura social en la que la frustración, la desmotivación o los problemas vitales tienden a “medicalizarse” con rapidez favorece que la IT absorba malestares que quizá deberían abordarse con otros recursos: apoyo psicológico, mediación laboral, políticas de conciliación, redes comunitarias. Reforzar la educación sanitaria, el sentido de responsabilidad y la motivación hacia el trabajo aparece como una tarea a largo plazo, ligada a la manera en que se socializa a las nuevas generaciones en el valor del esfuerzo y de la contribución.

Sobre este cuadro se proyectan las propuestas de reforma que se discuten en la actualidad: nuevos planes de gestión, convenios de colaboración entre Estado y comunidades autónomas, mayor participación de las mutuas en determinadas fases del proceso, agilización de altas y revisiones, o incentivos económicos vinculados a resultados. La

experiencia reciente muestra, sin embargo, que las medidas superficiales y los “falsos salvadores” -ya sea confiarlo todo a un actor concreto o a una herramienta aislada- no atacan la raíz del problema. Las soluciones, han de combinar cambios legislativos profundos, mecanismos de coordinación más ágiles, sistemas de información respetuosos con la intimidad y un compromiso real por parte de todos los actores para asumir su parte de responsabilidad.

Para finalizar, una constatación y un aviso:

- La constatación es que, sin incorporar plenamente al sistema sanitario, ninguna reforma de la IT será consistente: se habla de enfermedad, de salud y de personas que sufren, y eso exige que la medicina recupere un papel central en la definición de la prestación.
- El aviso es que, mientras no se aborden en serio las causas estructurales -jurídicas, organizativas, culturales- que han desnaturalizado la prestación, la tendencia al alza de las bajas, de las duraciones y de los costes puede continuar, poniendo a prueba la capacidad del sistema para seguir sosteniendo uno de los pilares del Estado social.

5. GOBERNANZA Y AGENTES IMPLICADOS: ¿QUIÉN DEBE GESTIONAR LA IT?

Autores: *Ignacio Lekunberri Hormaetxea, Carlos Bravo Fernández, Purificación Morgado Panadero.*

Objetivo: *Analizar el papel y la coyuntura actual de los distintos actores públicos y privados en la gestión de la IT, valorando su eficacia, coordinación y límites competenciales.*

La gestión de la incapacidad temporal (IT) en España se erige como un paradigma de complejidad institucional, donde convergen actores públicos y privados en un delicado equilibrio que, con demasiada frecuencia, se traduce en disfunciones y desconfianzas.

Este capítulo profundiza en el reparto competencial vigente, las ineficiencias estructurales que lastran la cadena de control clínico, el rol controvertido de las mutuas colaboradoras y las propuestas de cogestión, para culminar en una reflexión sobre la colaboración público-privada como imperativo ético y práctico.

Frente a un gasto que roza los 16.000 millones de euros anuales (AIReF, 2026) -un volumen que tensiona la sostenibilidad de la Seguridad Social-, urge desentrañar no solo los datos, sino las lógicas profundas que perpetúan un sistema saturado, donde la protección social choca con la necesidad de eficiencia (Tabla 1).

Tabla 5.1.- Principales hallazgos

Dimensión	Problema clave	Impacto
Sanitaria	Sobrecarga y burocratización	Pérdida de calidad clínica
Organizativa	Falta de coordinación	Ineficiencia sistémica
Económica	Crecimiento del gasto	Riesgo de sostenibilidad
Jurídica	Complejidad normativa	Inseguridad operativa
Social	Cambio cultural	Aumento de la demanda

5.1. El mosaico competencial: orígenes y fragmentaciones actuales

El diseño competencial de la IT en España es un reflejo fiel de la arquitectura constitucional del Estado autonómico y del modelo colaborativo de la Seguridad Social, pero también de sus tensiones inherentes. En el origen del proceso se sitúan los servicios públicos de salud (SPSE), transferidos a las comunidades autónomas, que asumen la certificación inicial de la baja médica a través de los médicos de atención primaria (AP). Esta función, eminentemente clínica, marca el pulso del sistema: una decisión que, en la mayoría de los casos -procesos cortos de uno a quince días-, determina el grueso del gasto y de las jornadas perdidas.

Posteriormente, entra en escena el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), órgano estatal gestor de las prestaciones por contingencias comunes, responsable del seguimiento, las revisiones y la eventual transición a incapacidad permanente. Junto a él, el Instituto Social de la Marina (ISM) replica esta lógica para el régimen marítimo-pesquero.

Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social, entidades privadas de base asociativa empresarial, pero que forman parte del sector público estatal, intervienen primordialmente en contingencias profesionales -accidentes de trabajo y enfermedades profesionales-, donde asumen todo el proceso, desde algunas materias de prevención, la asistencia sanitaria, hasta el pago de las prestaciones, pero su rol en la contingencia común se limita a controles, propuestas de altas y, en convenios específicos, optimización de recursos sanitarios.

Este reparto, heredado de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963, y de reformas como la de 1994 y afinado en leyes posteriores, busca especialización: los SPSE aportan proximidad clínica, el INSS “expertise” en prestaciones, las mutuas agilidad en riesgos laborales. Sin embargo, la fragmentación genera un “efecto túnel”: la información fluye con lentitud entre niveles administrativos, las competencias se solapan o diluyen, y nadie asume la visión integral del ciclo vital de la baja -desde la certificación hasta el alta o la estabilización- salvo las mutuas en el caso de las contingencias profesionales.

En la práctica, los equipos de valoración de incapacidades del INSS intervienen tarde, cuando el proceso ya ha consumido meses de prestación, mientras las inspecciones médicas autonómicas, con plantillas muy reducidas, abordan una multiplicidad de tareas sin homogeneidad territorial.

La coyuntura actual exacerba estas fisuras. Los médicos de AP, excelentemente formados en diagnóstico y tratamiento, carecen con frecuencia de datos funcionales sobre el puesto de trabajo del paciente -tareas específicas, exigencias ergonómicas, ritmos productivos-. Esto propicia bajas precautorias, especialmente en patologías de difícil objetivación como las musculoesqueléticas o de salud mental, que representan el grueso del incremento reciente.

La medicina especializada se resiste a asumir bajas y altas, priorizando su vocación asistencial, y las listas de espera -que varían drásticamente entre las diferentes comunidades, incluso dentro de la misma comunidad— prolongan artificialmente procesos que podrían resolverse con agilidad. Así, un sistema concebido para la equidad territorial termina generando desigualdades: por ejemplo, en Euskadi, intentos de involucrar a especialistas fracasan por rechazo cultural; en Andalucía, el volumen de partes (900.000 anuales) satura la AP, dedicando un 10% de consultas a IT (AIReF (2026) (Tabla 2).

Tabla 5.2. Impacto asistencial de la IT

Indicador	Situación actual
Consultas dedicadas a IT	~10%
Duración media procesos	40–45 días (media no representativa)
Variabilidad	Alta (cortas vs muy largas)

5.2. Ineficiencias estructurales: una cadena de control rota

Más allá de la dispersión competencial, las ineficiencias son estructurales y se manifiestan en cada fase de la cadena de gestión y control clínico, erosionando la eficacia protectora de la prestación. El núcleo del problema reside en la asimetría incentivadora: el certificador de la baja (SPSE autonómicos) no asume su coste financiero (INSS o mutuas), priorizando objetivos asistenciales -reducción de listas de espera, calidad clínica- sobre el impacto económico de las IT. Esta desconexión fomenta un "buenismo" sistémico: ante la incertidumbre diagnóstica, la presión paciente-médico y la sobrecarga laboral, prevalece el falso positivo (conceder la baja) sobre el falso negativo (negarla y arriesgar agravios), como ilustra la teoría de la detección de señales en psicología.

La escasez de recursos humanos es el segundo pilar de la disfunción. Las inspecciones de servicios de salud, con plantillas insuficientes, no dan abasto ante reclamaciones, altas impugnadas o saturación de la AP. Las mutuas, pese a su capilaridad, enfrentan autorizaciones a posteriori para pruebas complementarias o propuestas de altas, lo que desincentiva intervenciones proactivas. El INSS acumula expedientes de más de 500 días sin revisión, evidenciando un colapso en la fase crítica de larga duración, donde un 2,4% de procesos explica un tercio de jornadas perdidas. La burocracia agrava el cuadro: informes trimestrales obligatorios, partes de confirmación, justificaciones repetitivas diluyen el enfoque clínico en un mar de formularios, desnaturalizando una prestación sanitaria en un enredo administrativo (AIReF, 2026, AMAT, 2024).

Desde la óptica empresarial, estas grietas se materializan en ausencias crónicas e impredecibles: un 10% en banca (denominada de cuello blanco), 15% en residencias de dependencia, donde la planificación colapsa -"¿quién vendrá mañana?"- y la productividad se resiente. La negociación colectiva, con complementos salariales generalizados al 100% desde el día uno, mitiga la pérdida para el trabajador, pero carga a las empresas sin contrapartidas preventivas. Los interlocutores sociales -CEOE, sindicatos- claman por más recursos humanos y homogeneización de criterios, pero propuestas como reforzar inspecciones médicas chocan con la realidad: el controlador gana menos que el controlado, desmotivando carreras clave (AIReF, 2026; AMAT, 2024; INE, 2024).

Aun así, factores explicativos matizan el diagnóstico: el envejecimiento de la población activa (+3 millones de cotizantes), la falta de inversión sanitaria (España invierte un tercio menos en salud mental que vecinos europeos) y tiempos de espera injustificados prolongan recuperaciones. Analizar desde 2007, pre-crisis, revela dinámicas estructurales más allá del fraude, invitando a investigaciones rigurosas sobre la "evolución normal" del gasto.

5.3. Las mutuas colaboradoras: entre el potencial infrautilizado y la desconfianza

Las mutuas representan un activo estratégico en la gestión de la IT, pero su rol genera un debate polarizado: *¿aliados eficientes o actores desregulados por su origen empresarial?* Creadas para contingencias profesionales -donde gestionan una parte de la prevención, asistencia sanitaria, rehabilitación y prestaciones con resultados homologables a Europa-, han ampliado competencias en contingencias comunes: controles, pruebas diagnósticas anticipadas y, vía convenios, desatascos de listas de espera, propuestas de altas. Su capilaridad -presencia en toda España- y especialización en traumatología las posicionan como complemento ideal al sistema público saturado.

Ejemplos concretos ilustran su valor: en pandemia, gestionaron prestaciones extraordinarias (CATA) con agilidad y baja conflictividad judicial; en convenios de Baleares o Asturias, optimizan tiempos bajo prescripción médica. Sin embargo, su imagen en contingencias comunes es "el lado feo": el control se percibe como recortador, agravado por reconducción de excedentes (únicos no deficitarios en SS) a la "hucha de pensiones", burocracias para actuar y límites competenciales que las reducen a meros observadores.

Críticas sindicales denuncian derivas como el cese de actividad de autónomos - "extravagancia ideológica"- o servicios de prevención ajenos, que en pymes derivan en burocracia sin impacto real.

La propuesta ministerial de octubre 2025 -cogestión sindical-empresarial vía presencia en juntas directivas (voz sin voto)- se juzga como "cosmética" e ineficaz. Las mutuas ya están tuteladas por la Dirección General de Ordenación, y auditadas por la Intervención General de la SS y el Tribunal de Cuentas; esta medida no reforma la gobernanza, sino que desnaturaliza su raíz en la responsabilidad objetiva empresarial. Alternativas radicales -integrarlas como entidades gestoras públicas, sectorializarlas o expandirlas a IT comunes- ignoran su eficiencia en prevención, donde una mejor salud global, reduce patologías comunes. El debate exige datos: *¿por qué solo tres CCAA firman convenios mutuas-SPSE, pese a colores políticos variados?*. La desconfianza ideológica frena un aliado probado (Tabla 3).

Tabla 5.3.- Actores implicados

Actor	Función
Atención Primaria	Emisión de baja
Inspección médica	Supervisión
INSS	Control económico
Mutuas	Colaboración

5.4. Colaboración público-privada: de tabú ideológico a necesidad estructural

La colaboración público-privada en protección social trasciende ideologías: es una necesidad ante la saturación crónica del sistema. En IT, convenios para pruebas complementarias en las mutuas bajo prescripción de AP -firmados hace dos años- evidencian potencial, pero solo tres CCAA los ejecutan, revelando falta de corresponsabilidad interadministrativa. Extenderla a prevención, rehabilitación o salud mental (donde faltan 2/3 de especialistas) podría alinear incentivos, pero choca con tabúes: mutuas como "vestigio del XIX", sindicatos temiendo privatización, empresas recelando recargos.

Urge un pacto amplio, al estilo de Toledo: actualizar el RD 1299/2006 de enfermedades profesionales (obsoleto ante riesgos psicosociales), homogeneizar baremos de recuperación óptima, reforzar plantillas (300 inspectores INSS, más psicólogos), y debatir un modelo de mutuas integrado -financiadas por cotizaciones, con atención sanitaria plena en profesionales-. Sin recortes a la protección, manteniendo el control riguroso, pero sin mermar

su agilidad: eliminar abusos sin estigmatizar enfermos, invertir en formación médica (laboral-económica) y sistemas informáticos interoperables, respetando LOPD.

El horizonte es un sistema híbrido: público en universalidad, privado en agilidad. Con 1,1 millones de ausentes diarios y costes al 5,8% PIB (incluyendo indirectos), priorizar salud exige superar fragmentación. La IT no es solo gasto: es pacto social. Romperlo con inercias equivale a erosionar el Estado del bienestar; reformarlo con audacia, a preservarlo para décadas.

Tabla 5.4. Factores clínicos de prolongación de IT

Factor	Impacto
Listas de espera	Alto
Falta de seguimiento	Alto
Diagnóstico no funcional	Muy alto
Factores psicosociales	Muy alto

6. INCAPACIDAD TEMPORAL: RIESGOS FINANCIEROS Y DESEQUILIBRIOS NORMATIVOS DEL MODELO ACTUAL

Autores: *Álvaro Hidalgo Vega; Octavio José Granado Martínez, Joaquín Merchán Bermejo.*

Objetivo: *examinar el modelo actual de incapacidad temporal (IT) desde la triple perspectiva de su sostenibilidad económica, de los desajustes regulatorios que favorecen usos distorsionados de la prestación y de la ausencia de un marco normativo plenamente adaptado a la realidad del mercado laboral del siglo XXI.*

La incapacidad temporal (IT) se ha consolidado, en la última década, como uno de los puntos de mayor tensión del sistema español de protección social. La confluencia en ella de dimensiones sanitarias, laborales y económicas de creciente complejidad, junto al incremento sostenido del gasto público y a las transformaciones estructurales del mercado de trabajo, obligan a replantear sus fundamentos desde una perspectiva integral (Peiró et al., 2025; AIReF, 2024).

Este capítulo aborda, desde una mirada crítica y constructiva, los principales desequilibrios financieros y normativos del modelo vigente. Para ello se analiza, en primer lugar, la estructura de financiación y la naturaleza económica de la IT; en segundo lugar, los incentivos existentes y su interacción con la cultura laboral; en tercer lugar, las limitaciones del marco regulatorio - construido esencialmente sobre el Real Decreto 575/1997 y actualizado parcialmente por el Real Decreto 625/2014 y el Real Decreto 1060/2022- y, finalmente, las líneas maestras de una posible reforma orientada a mejorar la sostenibilidad, la equidad y la eficiencia del sistema (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2024; BOE, 2022).

La magnitud del fenómeno justifica sobradamente esta reflexión. El gasto público asociado a la IT por contingencia común se ha duplicado desde 2019, superando los 15.000 millones de euros en 2024 (AIReF, 2024). Si se amplía la mirada al coste total para la economía española, el informe Umivale Activa-Ivie cifra el impacto en 81.574 millones de euros en 2023, equivalente al 5,4% del PIB, con 368 millones de jornadas perdidas -un 52% más que en 2018- y un equivalente a más de un millón de personas ausentes cada día de su puesto de trabajo (Peiró et al., 2025). Estamos, por tanto, ante un problema estructural, que no puede abordarse únicamente con respuestas coyunturales ni con soluciones unidimensionales.

6.1. La naturaleza económica de la IT: ¿quién paga realmente el sistema?

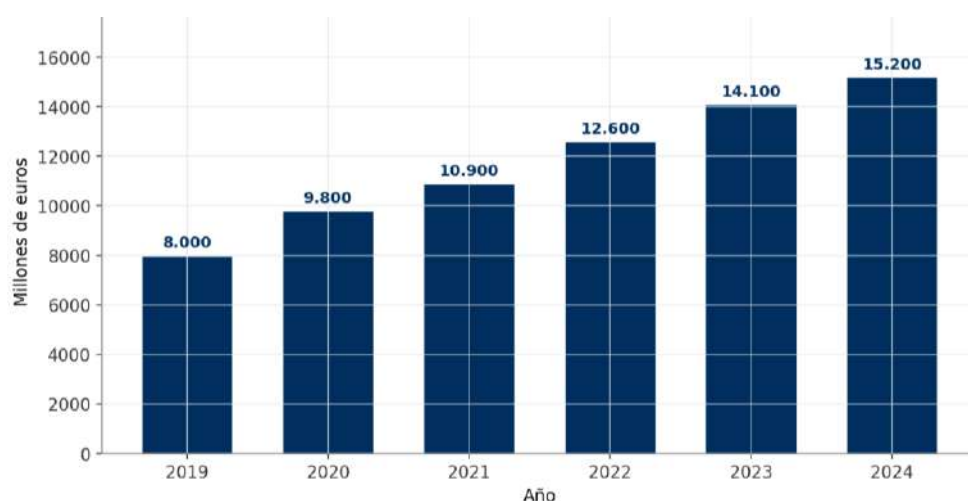
La IT constituye, en esencia, una de las piezas fundacionales del sistema de protección social español. No se trata únicamente de un fenómeno sanitario ni exclusivamente laboral: es, ante todo, una prestación económica vinculada a la imposibilidad de trabajar, cuya lógica descansa en el mantenimiento de rentas mientras persiste dicha imposibilidad (BOE, 2015a). Conviene subrayar que la IT no es esencialmente un problema de salud, sino socioeconómico.

Es una prestación del Sistema de Seguridad Social -de hecho, la primera prestación en términos asistenciales contemporáneos- que se concede solo a sus cotizantes. Los no afiliados (jubilados, estudiantes) no pueden percibir una prestación por IT de la Seguridad Social.

Esta precisión conceptual, aparentemente elemental, resulta crucial para comprender la complejidad del debate actual sobre sus costes y su financiación.

El crecimiento sostenido del gasto en IT -que ha alcanzado cifras superiores a los 15.000 millones de euros en prestaciones directas en 2024 y que se aproxima al 6% del PIB si se incorporan los costes indirectos- ha reabierto una pregunta de fondo: ¿quién soporta realmente el coste del sistema? La respuesta, lejos de ser unívoca, revela una estructura de financiación compartida y difusa entre Seguridad Social, mutuas colaboradoras, empresas y -con menor peso visible, pero no despreciable- los propios trabajadores (Granado, 2023; Peiró et al., 2025).

Gráfico 6.1. Evolución del gasto público en prestaciones de IT por contingencia común en España (2019-2024).

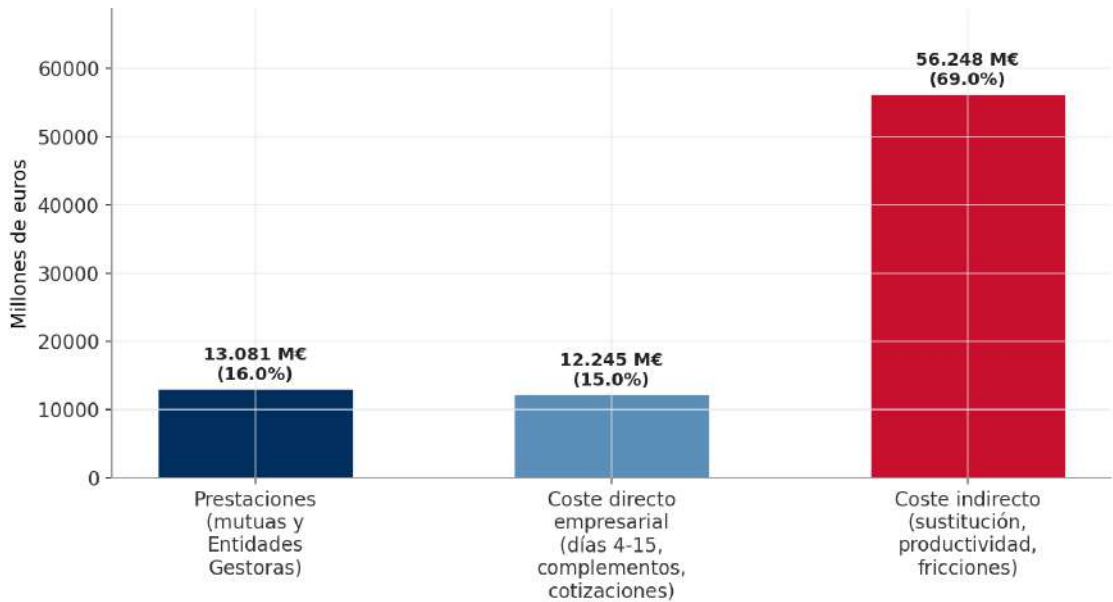


Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2024) y AIReF (2024).

Desde la perspectiva contable, el sistema se financia por tres vías principales. En primer lugar, mediante cotizaciones sociales por contingencias comunes y profesionales, que articulan un mecanismo de mutualización del riesgo entre trabajadores y empresas (BOE, 2015a). En segundo lugar, a través de la asunción directa por parte de la empresa del coste de los días 4 a 15 de baja en contingencia común -aproximadamente el 60% de la base reguladora- así como de los complementos retributivos de convenio, que en 2023 beneficiaban al 81% de los trabajadores con convenio firmado en enfermedad común y al 93% en contingencias profesionales (Peiró et al., 2025). Y, en tercer lugar, mediante la asunción por las empresas -especialmente las pymes- de un conjunto de costes indirectos: sustituciones, pérdida de productividad, horas extra, desatención de clientes y fricciones organizativas (INSST, 2023).

Esta estructura triple genera una paradoja: aunque la IT se presenta como una prestación pública, una parte muy sustancial de su coste recae directamente sobre el tejido empresarial. El informe Peiró et al. (2025) estima que, en 2023, el coste directo asumido por las empresas ascendió a 12.245 millones de euros -prácticamente el mismo volumen que el abonado por mutuas y entidades gestoras (13.081 millones)-. La factura indirecta, calculada por el método del PIB no producido, supera con creces ambas partidas y se concentra de manera desproporcionada en las pequeñas y medianas empresas, cuya capacidad para absorber ausencias sin impacto organizativo es notablemente menor (INSST, 2023).

Gráfico 6.2. Descomposición del coste económico total de la IT en España (2023).



Fuente: elaboración propia a partir de Peiró et al. (2025).

Tabla 6.1. Tipología de costes asociados a la incapacidad temporal en España

Categoría	Componentes principales	Agente que asume el coste	Cuantía estimada 2023
Costes directos públicos	Prestación económica por IT (contingencia común y profesional) abonada por el INSS y las mutuas colaboradoras.	Seguridad Social / mutuas	≈ 13.081 M€
Costes directos empresariales	Prestación días 4-15 (contingencia común), complementos de convenio y cotizaciones sociales durante la baja.	Empresas	≈ 12.245 M€

Categoría	Componentes principales	Agente que asume el coste	Cuantía estimada 2023
Costes indirectos (producción)	Pérdida de PIB por jornadas no trabajadas, sustituciones, horas extra, formación del sustituto, caída de productividad del equipo.	Empresas y economía en su conjunto	≈ 56.248 M€
Costes ocultos (organizativos)	Desatención de clientes, pérdida de calidad, impacto reputacional, fricciones internas, clima laboral.	Empresas	No cuantificado
Costes para el trabajador	Tres primeros días sin prestación pública, posibles pérdidas de complementos, impacto sobre la trayectoria laboral y la salud.	Trabajador	No cuantificado

Fuente: elaboración propia a partir de Peiró et al. (2025), INSST (2023) y Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (2024).

Esta doble vía de financiación introduce tensiones estructurales, particularmente en un país donde las pymes constituyen el 99,8% del tejido empresarial y emplean al 63,8% de los trabajadores (DIRCE-INE, 2024). Ante este escenario, algunas voces abogan por introducir mecanismos de cotización vinculados al comportamiento empresarial en materia de absentismo -al modo del sistema experience rating anglosajón-, de manera que las empresas con menor siniestralidad se beneficien de cotizaciones reducidas. Otras propuestas, más prudentes, plantean reforzar el papel gestor de las mutuas, cuya eficiencia relativa en la gestión de contingencias profesionales ha contribuido históricamente a la sostenibilidad del conjunto del sistema (AMAT, 2024; Granado, 2023).

Precisamente, como la Seguridad Social es un sistema de seguro, pueden resolverse los actuales déficits financieros del Sistema con fórmulas no complicadas. Sería rechazable sustituir partidas destinadas a financiar pensiones para financiar prestaciones por IT, pero pueden buscarse otras soluciones para restaurar el equilibrio. Por ejemplo, incrementar la participación de las mutuas, que no son por casualidad la entidad más antigua de la Seguridad Social española, y cuya gestión de las prestaciones se hace con menores costes que cuando intervienen las administraciones públicas. Una reducción moderada del porcentaje que supone la prestación sobre la base de cotización ya existe en el subsistema de Clases Pasivas, y disminuiría automáticamente tanto el gasto como el atractivo de la defraudación. Si tenemos suficiente músculo financiero para la espera, cuando el ciclo económico invierta su tendencia alcista, el volumen de gasto de la IT derivada de enfermedad común disminuirá a un ritmo mayor que la caída del ciclo. Todo esto pone de manifiesto, desde mi punto de vista, lo erróneo

que es considerar la IT como un problema esencialmente de salud, aunque después de la pandemia existan tendencias no observadas antes.

Sin embargo, reducir el análisis a una cuestión de reparto de costes sería simplificar en exceso el problema. Como ha mostrado la literatura económica aplicada, la evolución de la IT no puede desvincularse del ciclo económico ni del nivel de empleo: las prestaciones por enfermedad común presentan una elevada elasticidad respecto al empleo, de modo que crecen en fases expansivas y disminuyen en contextos de desempleo (Jiménez-Martín y Vall, 2019; AIReF, 2024). Este comportamiento cíclico cuestiona las visiones catastrofistas y obliga a situar el fenómeno en una perspectiva dinámica.

6.2. Incentivos perversos y cultura de la IT: entre la protección y el uso estratégico del sistema

Uno de los ejes más controvertidos del debate reside en la identificación de los incentivos que, de manera explícita o implícita, pueden estar favoreciendo la prolongación innecesaria de los procesos de IT o la iniciación de bajas no plenamente justificadas desde el punto de vista clínico o funcional. Conviene precisar, de entrada, que no se trata de cuestionar la legitimidad de la prestación -piedra angular de la protección social- sino de analizar críticamente el diseño del sistema y sus consecuencias no intencionadas (Malo y Cueto, 2019; Merchán, 2024).

El diseño actual puede generar, en determinadas circunstancias, situaciones de neutralidad -e incluso de ventaja relativa- entre trabajar y no trabajar. Esto ocurre cuando los complementos empresariales de convenio elevan la prestación hasta el 100% del salario, neutralizando el efecto disuasorio que la norma legal incorpora a través del porcentaje del 60% de la base reguladora en los días 4-20 y del 75% a partir del día 21 en contingencia común (BOE, 2015b). Este fenómeno, lejos de ser marginal, introduce una distorsión relevante: las evidencias disponibles apuntan a que cuanto más generosa es la prestación neta, mayor es la duración media del proceso (Marie y Vall, 2021; Jiménez-Martín y Vall, 2019).

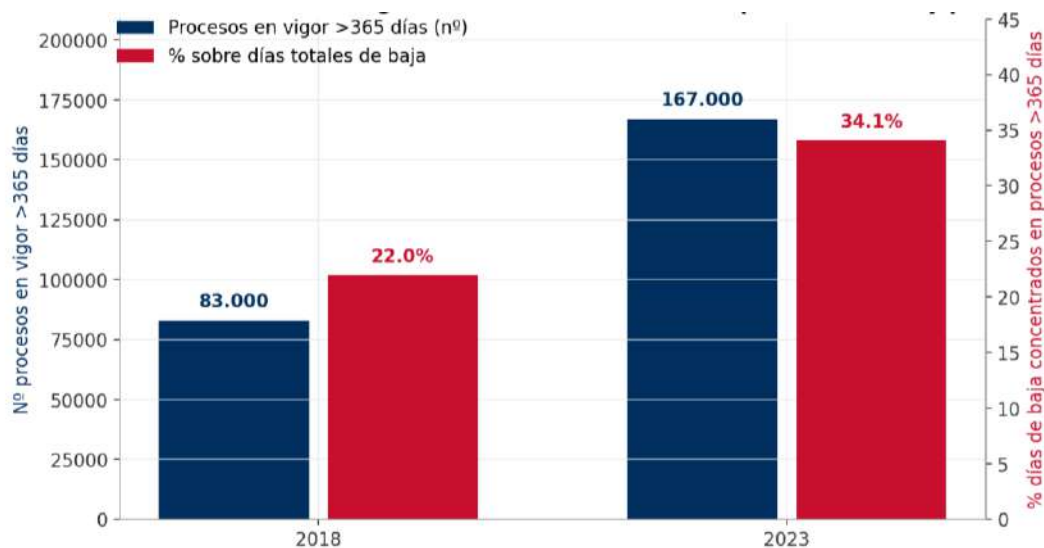
A ello se suma una dimensión cultural que no puede ignorarse. En el contexto español, la expresión "coger la baja" refleja una cierta apropiación subjetiva de la prestación que no se observa con la misma intensidad en otros entornos europeos. Esta percepción, unida a condiciones laborales ocasionalmente precarias o poco satisfactorias -particularmente entre los trabajadores jóvenes- convierte la IT en una suerte de válvula de escape frente a tensiones laborales no resueltas (OIT, 2023; Benavides et al., 2020).

No obstante, sería erróneo atribuir el fenómeno a una lógica de abuso generalizado. Estamos ante un problema que afecta de manera sostenida a más de un millón de trabajadores y que, en su base, es un problema de salud real, con especial incidencia creciente en el ámbito de la salud mental (Pérez-Sola et al., 2023). La simplificación del debate en términos de fraude o absentismo no solo es injusta, sino que dificulta la identificación de soluciones eficaces y socialmente aceptables.

Dicho esto, las cuestiones sanitarias relacionadas con la IT merecen un análisis más preciso. Las listas de espera de los servicios de salud incrementan la prestación y prolongan innecesariamente los procesos. La falta de recursos, tanto humanos como de otra naturaleza, complican la gestión de la IT. La práctica ausencia de programas asistenciales en materia de salud mental, y la automática deriva hacia la prestación farmacéutica de las personas en IT derivada de problemas de salud mental convierten a los usuarios de los mayores periodos de prestación en personas que manifestarán trastornos adaptativos a la vuelta al puesto de trabajo. Es imprescindible que, a partir de algún momento, el disfrute de la prestación exija la obligatoriedad de algún programa de rehabilitación no farmacéutico.

Dos fenómenos recientes merecen atención específica. El primero es la aparente paradoja detectada por la AIReF (2024): el acceso masivo a la contratación indefinida tras la reforma laboral de 2021 se ha acompañado de un incremento significativo de la incidencia de IT entre los trabajadores que han pasado de contratos temporales a fijos. Este hallazgo obliga a reflexionar sobre la relación entre seguridad del empleo, percepción de impunidad y uso de la prestación, así como sobre los efectos inesperados que reformas orientadas a mejorar la calidad del empleo pueden tener en variables colaterales como el coste de absentismo para las empresas. El segundo es el peso creciente de los procesos de larga duración: los procesos en vigor a 31 de diciembre con duración superior a 365 días pasaron de 83.000 en 2018 a 167.000 en 2023 (Peiró et al., 2025).

Gráfico 6.3. Procesos de IT de larga duración (>365 días) en España: volumen y peso relativo sobre días totales de baja (2018 vs 2023)



Fuente: elaboración propia a partir de Peiró et al. (2025).

Tabla 6.2. Factores económicos e institucionales críticos en la evolución de la IT

Factor	Mecanismo subyacente	Consecuencia sobre el sistema
Alta incidencia	Aumento de procesos iniciados (473/1.000 en 2023 vs $\approx$ 380/1.000 en 2018).	Crecimiento del gasto y de la presión asistencial en atención primaria.
Larga duración	Duplicación de procesos >365 días entre 2018 y 2023 (83.000 $\rightarrow$ 167.000).	El 2,4% de los procesos concentra el 34,1% de los días de baja.
Repetición	51% de trabajadores en IT son repetidores respecto al año previo.	Ineficiencia estructural y señal de prevención insuficiente.
Complementos de convenio	Hasta el 100% del salario durante la baja en el 81-93% de los convenios.	Neutralización del incentivo legal al retorno; mayor duración media.
Listas de espera SPS	Prolongación de procesos por retraso diagnóstico o quirúrgico.	IT que actúa como "sala de espera" del sistema sanitario público.
Rigidez de la dicotomía IT vs. actividad	Ausencia de figuras intermedias (IT parcial, reincorporación progresiva).	Altas prematuras con recaídas o prolongaciones innecesarias.

Fuente: elaboración propia a partir de Peiró et al. (2025), AIReF (2024) y Marie y Vall (2021).

Aunque los procesos de larga duración representan apenas el 2,4% de los finalizados en 2023, concentran el 34,1% del total de días de baja, lo que los convierte en el verdadero núcleo del problema (Peiró et al., 2025). A ello se añade que un 51% de los trabajadores con IT en 2023 son repetidores -trabajadores que tuvieron al menos una baja en el ejercicio anterior- lo que sugiere que las intervenciones indiscriminadas sobre la totalidad del stock de procesos son poco eficientes y que la gestión debe segmentar por riesgo: duración esperada, diagnóstico y perfil del trabajador.

La clave reside, por tanto, en encontrar un equilibrio entre protección y responsabilidad, evitando tanto la estigmatización del trabajador como la perpetuación de incentivos disfuncionales, y reconociendo que el problema no admite diagnósticos simplistas (Tabla 2).

6.3. Un marco normativo desalineado: rigidez legal frente a complejidad laboral

El sistema español de IT se asienta sobre un entramado normativo cuya arquitectura esencial responde a una realidad laboral en buena medida superada. El Real Decreto Legislativo 8/2015, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), define el concepto de IT, su duración máxima ordinaria (365 días prorrogables hasta 180 días adicionales) y sus reglas de recaída y extinción (BOE, 2015a). El Real Decreto 625/2014 regula los mecanismos de gestión y control en los primeros 365 días, y la Orden ESS/1187/2015 desarrolla su aplicación a través de una tipología de procesos por duración estimada (BOE, 2014; BOE, 2015b). Más recientemente, el Real Decreto 1060/2022 y la Orden ISM/2/2023 modernizaron el circuito de partes, eliminando la obligación del trabajador de entregar copia a la empresa y trasladando el flujo de información al intercambio telemático entre SPS, INSS, mutuas y empresas (BOE, 2022; BOE, 2023).

Pese a estos avances, el sistema sigue sin contar con un reglamento integral de IT plenamente actualizado. Como ha señalado reiteradamente el Consejo General de Colegios de Graduados Sociales de España, la aplicación práctica del modelo evidencia disfunciones notables: plazos que no se cumplen, comunicaciones entre INSS, servicios de salud y mutuas que no fluyen con la agilidad requerida, y situaciones en las que la normativa obliga a soluciones ineficientes (Merchán, 2024). La dicotomía clásica entre capacidad e incapacidad -planteada en términos absolutos- resulta crecientemente inadecuada para describir situaciones laborales caracterizadas por la diversidad funcional, la flexibilidad y la fragmentación de las trayectorias.

La ausencia de mecanismos efectivos de reincorporación progresiva al trabajo constituye una de las principales limitaciones del modelo actual. Frente a la lógica binaria de "trabajar o no trabajar", otros países europeos han desarrollado sistemas de return to work (RTW) que permiten una recuperación gradual de la actividad laboral, adaptando condiciones y jornada al estado de salud del trabajador. Los Países Bajos, a través de la Wet Verbetering Poortwachter, exigen a empresa y trabajador un plan de reincorporación activo; el Reino Unido ha desarrollado el sistema fit note; y los países nórdicos disponen de IT parcial desde hace décadas (OCDE, 2022). Esta aproximación no solo favorece la recuperación, sino que reduce la duración de los procesos y mejora la sostenibilidad financiera del sistema.

Asimismo, la normativa vigente presenta dificultades para gestionar situaciones intermedias, como los cambios de puesto de trabajo o la adaptación funcional dentro de la empresa. Estas limitaciones son especialmente relevantes en un tejido empresarial dominado por microempresas, donde las posibilidades de recolocación interna son muy reducidas. Paralelamente, la figura de la recaída -regulada en el art. 169 LGSS con carácter tasado- puede, en la práctica, incentivar la apertura de nuevos procesos en lugar de la continuación del original, generando distorsiones estadísticas y de gestión que dificultan la trazabilidad clínica (Vicente Pardo, 2022).

En paralelo, deberían realizarse reformas legales incentivando la recolocación de los trabajadores en IT derivada de enfermedad común en otros puestos de trabajo de sus empresas, si éstas tienen el tamaño y complejidad suficiente, tal y como existe para la IT derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional. De sucederse la IT derivada de enfermedad común en microempresas, en otras empresas similares. Que el único incentivo económico sea la eliminación temporal del usuario del mercado de trabajo contradice el principio básico del sistema, que sólo existe para los cotizantes, y para que éstos lo sigan siendo, es decir, trabajadores. Que la actual situación pueda producir, a través de la regulación legal y los convenios, que las personas cobren lo mismo trabajando que sin trabajar es una utopía maoísta, pero provoca perversamente el crecimiento de las prestaciones y especialmente que las bajas de muy corta duración aumenten su repetición. La remuneración, los convenios y la regulación legal deben incentivar el que las personas trabajen.

Tabla 6.3. Principales normas del sistema de incapacidad temporal en España

Norma	Contenido nuclear	Implicaciones principales
RDL 8/2015 (TR-LGSS)	Concepto y duración de la IT (365+180 días), reglas de recaída y extinción del subsidio.	Define el ciclo de vida del proceso; delimita situaciones especiales y vínculos con la incapacidad permanente.
RD 575/1997 y modificaciones	Arquitectura histórica de la gestión de IT.	Fundamento regulatorio aún vigente que demanda una actualización integral.
RD 625/2014	Gestión y control de IT en los primeros 365 días; partes; propuestas de alta por las mutuas.	Articula la coordinación SPS-mutuas-INSS e introduce herramientas de control clínico.
Orden ESS/1187/2015	Tipifica los procesos por duración estimada (muy corta, corta, media, larga) y fija la periodicidad de los partes.	Estandariza el "ritmo" administrativo y reduce discrecionalidad; apoya en tablas de duración óptima del INSS.
RD 1060/2022 (efectos 1/4/2023)	Digitaliza el circuito de partes: el trabajador no entrega copia a la empresa; SPS/mutua remite datos al INSS en ≤ 1 día hábil.	Exige madurez administrativa en empresas para cumplir plazos vía RED (≤ 3 días hábiles).
Orden ISM/2/2023	Articula la comunicación electrónica con empresas mediante el fichero "INSS-EMPRESAS" vía Sistema RED.	Refuerza el control telemático y reduce la dependencia del cumplimiento manual del trabajador.

Norma	Contenido nuclear	Implicaciones principales
Ley 2/2025	Reforma de la incapacidad permanente y su articulación con la IT.	Clarifica la transición y los supuestos de incapacidad sobrevenida tras IT.

Fuente: elaboración propia a partir de BOE (2015a, 2014, 2015b, 2022, 2023) y MISSM (2024).

La consecuencia es un sistema que, en muchos casos, no logra dar respuesta adecuada a las condiciones reales en las que se desarrolla el trabajo en el siglo XXI: temporalidad, economía de plataformas, teletrabajo, pluriempleo o trayectorias laborales discontinuas (Tabla 3).

6.4. Nuevas realidades laborales: adaptar la IT al mercado de trabajo del siglo XXI

La transformación del mercado laboral español ha sido intensa en la última década: entre 2013 y 2024 el teletrabajo pasó del 4,7% al 17,4% de los ocupados (INE, 2024), el número de trabajadores de plataformas digitales ha superado los 800.000 (OCDE, 2023), y las formas atípicas de empleo -pluriempleo, contratos por obra, autónomos económicamente dependientes- continúan aumentando su peso sobre el total. En paralelo, la reforma laboral de 2021 ha elevado la contratación indefinida hasta máximos históricos, alterando la relación tradicional entre estabilidad y uso de la IT (AIReF, 2024).

Estas transformaciones desafían los fundamentos de un sistema de IT concebido para un modelo de empleo estable, presencial y fácilmente categorizable. Como ha destacado el Consejo General de Graduados Sociales, resulta cada vez más evidente la necesidad de un "Estatuto de los Trabajadores del siglo XXI" que aborde, entre otras cuestiones, la regulación específica de la IT en los nuevos contextos (Merchán, 2024). ¿Tiene sentido que un teletrabajador con una lesión que le impide desplazarse pero no teclear esté en situación de IT al 100%? ¿Cómo se debe articular la IT de un rider de plataforma o de un trabajador autónomo económicamente dependiente? ¿Qué pasa con quien compatibiliza dos empleos a tiempo parcial y la baja afecta solo a uno?

Las respuestas a estas preguntas pasan por introducir dos figuras hoy prácticamente inexistentes en el ordenamiento español: la IT parcial -que permitiría al trabajador mantener parte de su jornada adaptándola a su estado funcional- y la reincorporación progresiva tras el alta, con adaptaciones temporales del puesto o de la carga de trabajo. Ambas figuras existen en la mayoría de los países de nuestro entorno y han mostrado resultados positivos tanto en reducción de duración como en prevención de recaídas (OCDE, 2022; EU-OSHA, 2022).

La evidencia cuasi-experimental disponible para España advierte, además, frente a políticas puramente restrictivas: el trabajo de Marie y Vall (2021) muestra que reducciones drásticas de la prestación se asocian a menor frecuencia de episodios pero también a retornos prematuros vinculados a más recaídas y más accidentes laborales, lo que anula parte de las ganancias esperadas.

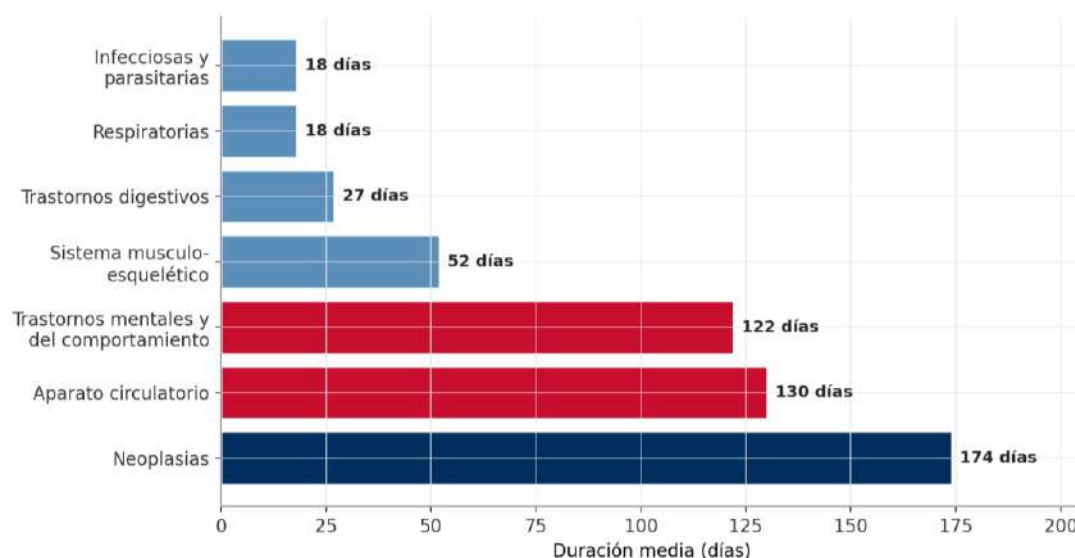
La conclusión es clara: cualquier reforma del sistema debe combinar la actualización del marco legal con el diseño de mecanismos flexibles de retorno al trabajo, acompañados de incentivos alineados -para empresas y trabajadores- y de herramientas clínicas objetivas, como las tablas de duración óptima del INSS (BOE, 2015b).

6.5. Gobernanza, coordinación y reforma: hacia un modelo integrado y sostenible

Más allá de los problemas de diseño normativo o de incentivos, la IT pone de manifiesto una cuestión de gobernanza: la fragmentación institucional del sistema. La coexistencia de múltiples actores -17 servicios públicos de salud autonómicos, INSS, mutuas colaboradoras, Inspección Médica, empresas y sus servicios de prevención- genera problemas de coordinación, de comunicación y de alineación de objetivos, que se traducen en ineficiencias tanto clínicas como administrativas (Del Águila et al., 2024; Pallarés-Carratalá, 2024).

La heterogeneidad de la duración media por diagnóstico ilustra bien esta complejidad. Los datos más recientes muestran duraciones medias muy superiores en neoplasias (≈ 174 días), aparato circulatorio (≈ 130 días) y trastornos mentales y del comportamiento (≈ 122 días), frente a procesos infecciosos o respiratorios que apenas superan los 18 días (INSS, 2024; Peiró et al., 2025). Esta heterogeneidad exige una gestión segmentada y coordinada, que hoy no siempre se produce.

Gráfico 6.4. Duración media de los procesos de IT por capítulos CIE-10 en España



Fuente: elaboración propia a partir de Peiró et al. (2025) e INSS (2024).

La falta de interoperabilidad de los sistemas de información, las dificultades en el intercambio de datos clínicos y administrativos y la diversidad de criterios en la gestión de los procesos contribuyen a la ineficiencia global del sistema. En este contexto, la digitalización impulsada

por el RD 1060/2022 aparece como una oportunidad relevante, pero también como un reto pendiente de completar (BOE, 2022).

La mejora de la gestión pasa necesariamente por reforzar la coordinación institucional, establecer protocolos compartidos y avanzar hacia un modelo de atención centrado en el acompañamiento del trabajador durante todo el proceso de incapacidad. Este enfoque requiere, además, una inversión decidida en prevención y en salud laboral, especialmente en ámbitos emergentes como la salud mental, cuyo peso en las causas de IT no ha dejado de crecer en los últimos años (Pérez-Sola et al., 2023; INSST, 2023).

En este escenario, el papel de las mutuas merece una reflexión estratégica. Existe un consenso amplio en torno a su contribución histórica como primeras instituciones de la Seguridad Social y a su eficiencia relativa en la gestión de contingencias profesionales. Su integración en un modelo más coordinado, transparente y con capacidad reforzada para actuar en contingencias comunes -sin menoscabo de los derechos del trabajador ni del principio rector del servicio público de salud sobre la indicación clínica- podría reforzar la eficiencia del conjunto del sistema (AMAT, 2024; Granado, 2023).

Finalmente, emerge la necesidad de una reforma de mayor alcance. La propuesta de una Ley de Eficiencia Administrativa de la Seguridad Social, junto con la actualización del marco laboral a través de un nuevo Estatuto de los Trabajadores adaptado a las realidades contemporáneas, apuntan precisamente a la necesidad de abordar el problema desde una perspectiva sistémica, superando soluciones parciales o fragmentadas (Merchán, 2024; CES, 2023). La Tabla 4 sintetiza las principales líneas de reforma identificadas en el debate actual.

Tabla 6.4. Principales líneas de reforma del sistema de incapacidad temporal

Ámbito de reforma	Propuestas principales	Actores implicados
Financiación	Revisión de la estructura de cotización; introducción de bonus-malus por comportamiento empresarial (experience rating); clarificación del reparto público-privado en contingencia común.	Gobierno, CEOE, sindicatos, mutuas
Marco normativo	Aprobación de un reglamento integral de IT; revisión de la figura de la recaída; incorporación de la IT parcial y de la reincorporación progresiva.	MISSM, Congreso, agentes sociales
Gestión y control	Refuerzo de la Inspección Médica; interoperabilidad SPS-INSS-mutuas; ampliación de las propuestas de alta motivadas por mutuas en contingencia común.	CCAA, INSS, mutuas, Graduados Sociales

Ámbito de reforma	Propuestas principales	Actores implicados
Nuevas realidades laborales	Regulación específica para plataformas, teletrabajo, pluriempleo y autónomos; coordinación con riesgos psicosociales emergentes.	MITES, MISSM, agentes sociales
Prevención y retorno al trabajo	Inversión en prevención primaria; programas estructurados de RTW; adaptación del puesto; foco en patologías de larga duración (salud mental, musculoesquelético, oncología).	Empresas, servicios de prevención, SPS
Gobernanza e información	Cuadro de indicadores estandarizado (incidencia, duración, larga duración, repetición, coste directo/indirecto) con segmentación sectorial y territorial.	MISSM, CCAA, INE, AIReF

Fuente: elaboración propia a partir de AIReF (2024), CES (2023), Granado (2023), Merchán (2024), Peiró et al. (2025) y OCDE (2022).

6.6. Conclusiones

La incapacidad temporal en España se sitúa en la intersección de múltiples dimensiones - sanitaria, económica, laboral y social- y su crecimiento reciente no puede interpretarse de forma simplista ni abordarse mediante soluciones unidimensionales. Los datos analizados en este capítulo muestran que el problema es real y estructural: gasto público que roza los 15.200 millones de euros en 2024, coste total para la economía superior a los 81.500 millones en 2023 (5,4% del PIB), procesos de larga duración que se han duplicado en cinco años y que concentran más de un tercio de los días de baja, y un 51% de trabajadores repetidores.

Pero los datos también revelan que las causas son múltiples: incentivos no alineados, marco normativo anclado en una realidad laboral superada, fragmentación institucional, listas de espera sanitarias que actúan como prolongador de procesos, complementos de convenio que neutralizan la señal económica del sistema, y ausencia de figuras intermedias de reincorporación. A ello se suma un efecto paradójico documentado por la AIReF (2024): la mayor estabilidad laboral ha venido acompañada de un incremento de la incidencia de IT entre quienes transitan de contratos temporales a indefinidos.

El debate revela, en definitiva, una tensión entre sostenibilidad y protección, entre eficiencia y equidad, entre normativa y realidad. Pero también pone de manifiesto una oportunidad: la de repensar el sistema desde una perspectiva integral, basada en el consenso, la evidencia y la adaptación a un entorno en transformación.

La reforma de la IT no es, en última instancia, una cuestión estrictamente técnica, sino un ejercicio de redefinición del contrato social en torno al trabajo, la salud y la protección colectiva, que exige audacia reformadora, rigor analítico y capacidad de diálogo entre agentes.

7. LA IT: CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO

Autores: Vicente Pallarés Carratalá, José Polo García, José Manuel Vicente Pardo, Ignacio Pastrana Jiménez.

Objetivo: Analizar cómo la IT afecta a los recursos clínicos disponibles, al seguimiento de enfermedades crónicas y a los profesionales, así como sus efectos sobre la salud mental y funcionalidad de la población.

La incapacidad temporal (IT) se sitúa hoy en el cruce entre la práctica clínica, la organización sanitaria y las transformaciones del mundo laboral. El incremento de su incidencia y duración ha tensionado especialmente a la atención primaria (AP), revelando limitaciones estructurales en la gestión de los procesos y en la coordinación entre niveles asistenciales.

Este capítulo aborda la IT desde una perspectiva clínica y funcional, incorporando el impacto creciente de la salud mental y las dificultades para evaluar la capacidad laboral en contextos complejos. Se analizan las disfunciones del modelo actual y sus implicaciones organizativas y sociales.

Asimismo, se exploran propuestas orientadas a mejorar la continuidad asistencial, la coordinación institucional y la reincorporación laboral. En conjunto, se plantea la necesidad de evolucionar hacia un modelo más integrado, centrado en la persona y orientado a la recuperación funcional.

IT: presión asistencial, salud mental y retos de un modelo en transformación

7.1. La presión asistencial: cuando la IT tensa el sistema sanitario.

La IT ha dejado de ser un fenómeno periférico para convertirse en un elemento estructural que condiciona el funcionamiento cotidiano del sistema sanitario, especialmente en el ámbito de la AP. La voz de los clínicos revela una realidad difícil de soslayar: la IT no solo es una prestación, es también una carga organizativa de primer orden.

En la práctica asistencial, la gestión de la IT se ha convertido en un proceso altamente burocratizado que consume una parte sustancial del tiempo clínico. En algunos entornos, hasta tres cuartas partes de la consulta se ven absorbidas por tareas administrativas vinculadas a la IT, lo que reduce drásticamente la capacidad resolutoria del médico en sus verdaderas funciones. Este desplazamiento del tiempo clínico hacia la gestión burocrática tiene consecuencias directas: menor seguimiento de los pacientes, deterioro de la calidad asistencial y pérdida de la visión integral que caracteriza a la atención primaria.

A esta presión interna se suma un factor externo determinante: las demoras en la atención especializada. La prolongación de listas de espera, especialmente en áreas como la patología musculoesquelética, convierte la IT en un estado intermedio sostenido por la falta de respuesta del sistema. Así, la IT no se prolonga necesariamente por la gravedad del proceso, sino por la incapacidad estructural del sistema para ofrecer soluciones diagnósticas y terapéuticas en tiempos razonables.

El resultado es un círculo vicioso: la sobrecarga genera menor capacidad de resolución, lo que a su vez incrementa la duración de las bajas y retroalimenta la presión asistencial. Este fenómeno comienza a impactar incluso en el acceso a la AP, tradicionalmente uno de los pilares del sistema sanitario español, introduciendo listas de espera que hace pocos años resultaban impensables (pre-pandemia).

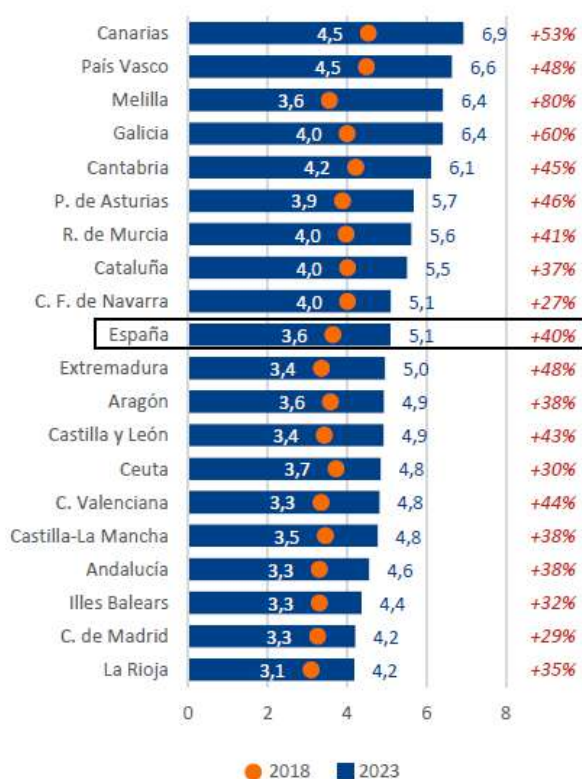
En este contexto, emerge con fuerza la necesidad de reconsiderar la IT como un proceso clínico organizado, y no meramente administrativo. La propuesta de desarrollar una cartera de servicios específica para la gestión clínica de la IT, con unidades dedicadas, protocolos definidos y enfoque finalista orientado a la recuperación, apunta hacia una posible vía de solución.

7.2. Salud mental y funcionalidad: el nuevo epicentro de la incapacidad temporal.

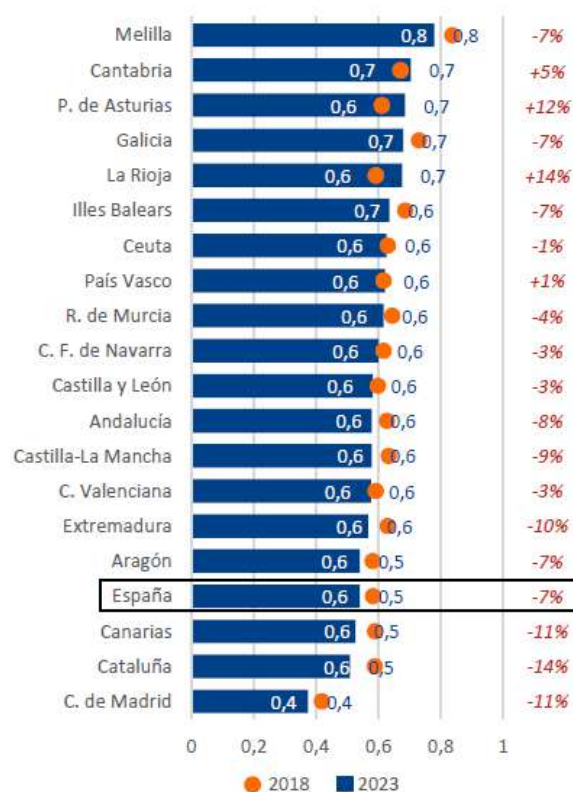
Si existe un elemento que redefine el panorama actual de la IT, es el crecimiento exponencial de los procesos vinculados a la salud mental. Tras la pandemia, este tipo de bajas no solo han aumentado en número, sino también en duración y complejidad (gráfico 1).

Gráfico 7.1. Indicador de absentismo por IT por tipo de contingencia y Comunidades Autónomas 2018 y 2023 (porcentaje de jornadas perdidas).

b) Contingencia Común (CC)



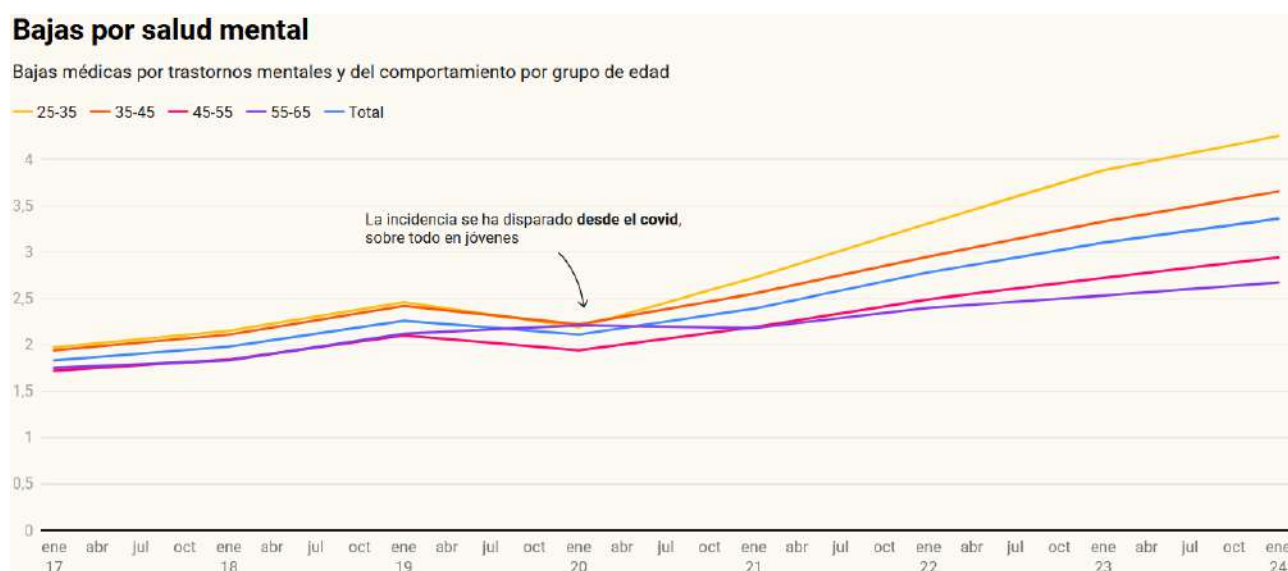
c) Contingencia Profesional (CP)



Tomado de "Estudio socioeconómico de la evolución de la incapacidad temporal y la siniestralidad en España." Umivale-Ivie; junio de 2025.

Los datos son elocuentes: el incremento anual de las bajas por causas psiquiátricas, el aumento de su duración media y, especialmente, su peso creciente en las bajas de larga duración configura un escenario nuevo. Hoy, uno de cada tres procesos prolongados de IT está relacionado con la salud mental, con una incidencia particularmente elevada entre los trabajadores jóvenes (gráfico 2).

Gráfico 2. Evolución de la ITCC por grupos de edad.



Datos de AIReF elaborados por 20 minutos (https://www.20minutos.es/lainformacion/economia-y-finanzas/las-bajas-por-salud-mental-se-ceban-con-los-jovenes-los-procesos-se-duplican-7-anos-duran-ya-80-dias-media_6930102_0.html)

Este cambio de perfil obliga a revisar profundamente los instrumentos de evaluación y gestión. A diferencia de otras patologías, los trastornos mentales presentan un elevado componente subjetivo y funcional, lo que dificulta su objetivación y valoración. La incapacidad no deriva tanto del diagnóstico como de la limitación funcional concreta que experimenta el trabajador en su contexto laboral.

Sin embargo, el sistema actual carece de herramientas adecuadas para esta evaluación. La ausencia de una historia clínico-laboral integrada, la falta de información sobre las exigencias reales del puesto de trabajo y la limitación de tiempo en consulta dificultan una valoración rigurosa. En este vacío, la respuesta tiende a ser farmacológica, no siempre por convicción clínica, sino por falta de alternativas.

A ello se añade una dimensión social ineludible: la desigualdad en el acceso a recursos terapéuticos. Mientras algunos pacientes pueden recurrir a la atención privada, otros dependen de un sistema público saturado, lo que condiciona la evolución de los procesos y contribuye a su “cronificación”.

De la misma forma que se señaló la incapacidad estructural del sistema sanitario, el sistema judicial presenta la misma incapacidad estructural para la resolución de conflictos laborales

que generan una elevada carga ansiosa que repercute negativamente en la funcionalidad laboral.

Frente a este escenario, se plantea la necesidad de adoptar un enfoque biopsicosocial real, que integre intervención clínica, apoyo psicológico, rehabilitación funcional y acompañamiento social. La incorporación de perfiles como enfermería y terapeutas ocupacionales especializados en salud mental, o el desarrollo de programas estructurados de reincorporación laboral progresiva aparecen como elementos clave en esta transformación.

7.3. Fragmentación institucional y límites del modelo: la necesidad de una gobernanza integrada

Uno de los diagnósticos más reiterados por los expertos es la existencia de una profunda fragmentación institucional en la gestión de la IT. La coexistencia de múltiples actores -AP, atención especializada, servicios de salud laboral, mutuas, inspecciones y Seguridad Social- genera una complejidad que, en ausencia de mecanismos eficaces de coordinación, se traduce en ineficiencia.

La falta de comunicación entre sistemas es especialmente evidente. La inexistencia de una historia clínica compartida que integre información sanitaria y laboral impide una toma de decisiones informada y coherente. El paciente transita entre distintos ámbitos asistenciales sin que exista una visión unificada de su proceso.

A ello se suma la escasa participación de la salud laboral en el proceso de IT. Paradójicamente, el trabajo -elemento central en la definición misma de la IT- permanece en gran medida ausente de la evaluación clínica. La falta de herramientas como la ficha ocupacional o la escasa interacción con los servicios de prevención limitan la capacidad de adaptar el proceso a las condiciones reales del trabajador.

En este sentido, uno de los déficits estructurales más relevantes del modelo actual es la ausencia de un conocimiento real y sistemático del trabajo que desempeña el paciente. La valoración de la capacidad laboral continúa realizándose, en muchos casos, sobre referencias genéricas (grupo de cotización, categoría profesional o descripciones imprecisas), lo que limita la adecuación de las decisiones clínicas y administrativas. No es posible realizar una valoración rigurosa de la incapacidad sin integrar la limitación funcional del trabajador con los requerimientos reales de su puesto de trabajo.

La utilización sistemática de herramientas como la Ficha de Evaluación de Requerimientos del Trabajo (Ficha Ocupacional) permitiría avanzar hacia decisiones basadas en evidencia funcional y laboral, facilitando la adecuación de la IT, la valoración de la capacidad residual y la planificación de la reincorporación. Esta herramienta permite conocer tareas, exigencias, riesgos y condiciones reales del puesto, superando las limitaciones de las clasificaciones genéricas.

En este contexto, el papel de las mutuas se sitúa en una zona de ambivalencia. Por un lado, se reconoce su potencial en la recuperación funcional y en la agilización de procesos. Por otro, persisten desconfianzas institucionales que dificultan una colaboración fluida. Esta tensión refleja un problema más amplio: la ausencia de un modelo de gobernanza compartido basado en la confianza y la transparencia.

Las reformas normativas recientes han introducido avances, pero no han logrado resolver las disfunciones estructurales. Persiste la divergencia entre la lógica clínica —centrada en el paciente— y la lógica administrativa —orientada al control y la sostenibilidad—, generando desajustes en los tiempos y en los criterios de actuación.

Asimismo, resulta necesario reforzar los órganos de valoración, especialmente los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI), dotándolos de un mayor contenido técnico clínico-laboral. La incorporación de expertos en salud laboral y en análisis de puestos de trabajo, junto con la disponibilidad de información estructurada sobre los requerimientos laborales, permitiría reducir la variabilidad, mejorar la fundamentación técnica de los dictámenes y resolver controversias complejas como las situaciones de “no apto/no incapacidad”.

De ahí que cobre fuerza la propuesta de avanzar hacia un modelo integrado de gestión de la IT, que unifique criterios clínicos, funcionales y económicos, y que se apoye en sistemas de información compartidos y en una coordinación efectiva entre instituciones.

7.4. Coste social, cultura del trabajo y horizontes de transformación

Más allá de su impacto económico, la IT plantea interrogantes profundos sobre el modelo social y laboral. Su coste real no se limita al gasto directo, sino que incluye la pérdida de calidad de vida, el deterioro de la autoestima, la desvinculación del entorno laboral y el riesgo de exclusión social.

La prolongación de los procesos de IT tiene efectos ambivalentes. Si bien protege al trabajador en situaciones de enfermedad, también puede dificultar la reintegración laboral, especialmente cuando no existen mecanismos de reincorporación progresiva o adaptación del puesto de trabajo. La ausencia de estos instrumentos convierte la vuelta al trabajo en un salto abrupto, que en muchos casos favorece las recaídas.

En este escenario, el papel de las empresas adquiere una relevancia creciente. Lejos de ser actores pasivos, están llamadas a desempeñar un papel activo en la prevención, especialmente en el ámbito de los riesgos psicosociales y ergonómicos. La implementación de políticas de apoyo, la adaptación de tareas y horarios, y la promoción de entornos laborales saludables son elementos esenciales para reducir la incidencia y recurrencia de las bajas.

Por otro lado, la transformación del modelo pasa necesariamente por aprovechar las oportunidades que ofrece la digitalización. La integración de datos, el uso de herramientas de análisis avanzado y el desarrollo de historias clínicas compartidas pueden mejorar significativamente la gestión de la IT, siempre que se acompañen de cambios organizativos y culturales.

Finalmente, cualquier reforma debe incorporar la perspectiva de los principales protagonistas: el trabajador y el profesional sanitario. Sin su implicación, difícilmente podrá construirse un modelo más eficiente, equitativo y sostenible.

7.5. Conclusión: hacia un modelo centrado en la funcionalidad y la persona

La IT se revela, en este análisis, como un fenómeno complejo que desborda los marcos tradicionales de interpretación. No es solo un problema de gasto, ni únicamente una cuestión

sanitaria: es un reflejo de las tensiones entre trabajo, salud y protección social en una sociedad en transformación.

El reto no consiste en restringir o expandir la prestación, sino en redefinir su sentido, orientándola hacia la recuperación funcional y la reintegración laboral. Esto exige superar la fragmentación institucional, revisar los incentivos existentes y dotar al sistema de herramientas adecuadas para abordar los nuevos perfiles de enfermedad, especialmente en el ámbito de la salud mental.

Para ello, resulta imprescindible integrar de forma estructural la dimensión laboral en la evaluación clínica, incorporando el conocimiento real del puesto de trabajo, la valoración funcional individualizada y el intercambio de información entre todos los agentes implicados. La IT debe dejar de ser un trámite administrativo para convertirse en un proceso clínico-laboral orientado a la recuperación funcional y al retorno seguro al trabajo.

La integración de la medicina del trabajo en el ámbito de la atención primaria, el uso sistemático de la ficha ocupacional y el desarrollo de una historia clínico-laboral compartida constituyen elementos clave para avanzar hacia este modelo.

En última instancia, la reforma de la IT es una oportunidad para avanzar hacia un modelo más humano, más coherente y más adaptado a la realidad del siglo XXI.

“No se puede valorar una incapacidad sin conocer el trabajo del paciente; integrar la dimensión clínica, funcional y laboral no es una opción, sino la base de un sistema eficiente y sostenible.”

8. HACIA UN NUEVO MODELO: PROPUESTAS PARA LA REFORMA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Autores: *Vicente Martín Sánchez, Cristina Estévez Navarro, Daniel García Sánchez.*

Objetivo: Plantear medidas factibles y basadas en evidencia para modernizar la gestión de la IT, mejorar su sostenibilidad, eficacia y equidad, e integrar su control con otros subsistemas de protección social.

La reforma de la Incapacidad Temporal (IT) se sitúa hoy en la intersección crítica entre la protección de la salud, la eficiencia del mercado laboral y la sostenibilidad del sistema prestacional. No se trata de un debate técnico sobre el gasto, sino de una reevaluación profunda del modelo de convivencia y bienestar.

Se ha evidenciado que el sistema actual padece una rigidez histórica que no responde a la complejidad de las patologías modernas ni a la flexibilidad de las nuevas formas de trabajo. La misión de este capítulo es articular una hoja de ruta que transforme la gestión de la IT, pasando de un modelo de control administrativo a un ecosistema de gestión integral basado en la transparencia, la digitalización y la colaboración multidisciplinar.

Solo a través de una gobernanza cohesionada y una prevención real en el centro de trabajo podremos garantizar que la IT siga siendo una red de seguridad robusta para el trabajador y un motor de equilibrio para el sistema de seguridad social

8.1. Gobernanza y coordinación: El "Camarote de los Hermanos Marx"

La gestión de la IT en España ha sido descrita gráficamente como un escenario saturado donde la multiplicidad de agentes genera fricciones que penalizan tanto al sistema como al trabajador. La gobernanza actual adolece de una falta de armonía entre el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), los Servicios Públicos de Salud y las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social, lo que deriva en una fragmentación del itinerario asistencial.

- *Unificación de criterios y autoridad:* Se plantea la necesidad de una autoridad que sitúe la salud en el centro del debate, evitando la confrontación ideológica entre absentismo e incapacidad. El absentismo implica una abstención deliberada, mientras que la enfermedad es una contingencia que requiere protección, no sospecha.
- *Optimización de recursos médicos:* El sistema enfrenta un volumen inabarcable de procesos (casi 9,5 millones anuales), de los cuales el 75% duran menos de un mes. Ante esta avalancha, ni siquiera duplicar la plantilla de inspectores médicos sería suficiente si no se optimizan los recursos de las mutuas y la atención primaria (AP) de forma coordinada.
- *La interoperabilidad como imperativo:* Resulta crítico que un inspector del INSS o un facultativo de una mutua no puedan acceder a la historia clínica del servicio público de salud. La reforma debe garantizar que la información fluya entre administraciones y comunidades autónomas, eliminando la "carpeta física" que el ciudadano debe portar de un centro a otro.

Aunque hay que tener en cuenta que la historia clínica forma parte de los datos más protegidos e importantes de las personas, por ello, entendemos que no puede salir del ámbito de la sanidad pública.

8.2. Gestión clínica: El vínculo entre patología y desempeño laboral

Uno de los puntos de mayor fricción es la desconexión entre el diagnóstico médico en AP y la realidad del puesto de trabajo. El facultativo de AP a menudo carece de información precisa sobre las funciones reales del paciente, lo que dificulta una valoración ajustada de la incapacidad.

- **Equipos multidisciplinares y medicina del trabajo:** Se propone integrar la figura del médico del trabajo o coordinadores de IT en los centros de salud para asesorar a los médicos de AP. Aunque todo ello pasaría por incrementar los recursos en todas esas áreas de actuación.
- **Corresponsabilidad empresarial en la información:** La empresa debe jugar un papel activo proporcionando las funciones exactas y los requerimientos físicos del puesto (como la bipedestación o carga de pesos). Sin estos datos, el médico no puede evaluar si una patología concreta, como una luxación de hombro, es compatible con la actividad profesional del individuo.
- **Protocolos y tiempos óptimos:** Se está trabajando en manuales de tiempos óptimos actualizados por sociedades científicas que arrojen duraciones estimadas según edad, sexo y patología. Estas tablas no son un baremo rígido, sino una herramienta de apoyo para que el facultativo priorice el seguimiento de los casos más complejos.

Ciertamente, estos protocolos no pueden convertirse en tablas rígidas de duración estándar que presionen para altas automáticas o prematuras. Creemos que deberían cumplir unos requisitos básicos:

- Primacía del criterio clínico individual. Cada trabajador/a tiene una evolución distinta. Los protocolos deben ser orientativos, no obligatorios.
- Respeto a la salud mental. En patologías como ansiedad o depresión, la evaluación no puede simplificarse en plazos cerrados. Forzar altas en estos casos puede generar recaídas graves.
- Perspectiva preventiva y laboral. Los protocolos deben integrar:
 - Evaluación del puesto de trabajo.
 - Posibilidad de adaptación.
 - Intervención en riesgos psicosociales y ergonómicos.
- Participación en el marco del diálogo social. UGT defendería que estos protocolos se elaboren con participación de profesionales sanitarios, expertos en salud laboral y agentes sociales.
- Refuerzo del sistema público. Sin más recursos en atención primaria y salud mental, los protocolos por sí solos no resolverán los problemas estructurales de la IT.

8.3. Innovación y digitalización: entre la eficiencia y el sesgo

La digitalización es la columna vertebral que sostiene el sistema, procesando millones de partes que, de otro modo, colapsarían la administración. Sin embargo, el uso de la Inteligencia Artificial (IA) genera un debate ético sobre la deshumanización del proceso. La tecnología sí puede facilitar un seguimiento compartido y transparente entre personas trabajadoras, servicios médicos y mutuas, pero únicamente si se garantizan derechos fundamentales, protección de datos y control sindical efectivo.

La tecnología no es neutra: puede mejorar la coordinación o convertirse en un instrumento de control y presión.

- **IA como herramienta de soporte, no de decisión:** La tecnología debe servir para automatizar la carga administrativa y facilitar el trabajo en AP ("apretar menos botones"). Los modelos predictivos pueden ayudar a gestionar agendas médicas, priorizando citas para aquellos trabajadores cuya situación clínica es más delicada. Estas herramientas solo pueden entrar a evaluar las situaciones para mejorar la prevención de riesgos. Es decir, se pueden usar para detectar que está pasando en una empresa o en un sector en el que se producen más IT de las normales. Lo que ha pasado recientemente con el informe de la Airef con el uso de la IA ha sido lamentable. "El riesgo no es la inteligencia artificial o la tecnología; el riesgo es utilizarla para sustituir el criterio sanitario, y convertir el ejercicio de un derecho en un indicio de sospecha".
- **La independencia del facultativo:** Frente a los estudios de organismos externos que identifican focos de IT basándose en perfiles sociodemográficos (como mujeres mayores de 40 años), se advierte contra el riesgo de sesgo. La digitalización no debe identificar "culpables", sino disfunciones asistenciales. La decisión final siempre debe recaer en un médico, garantizando que el criterio sanitario prevalezca sobre el económico.

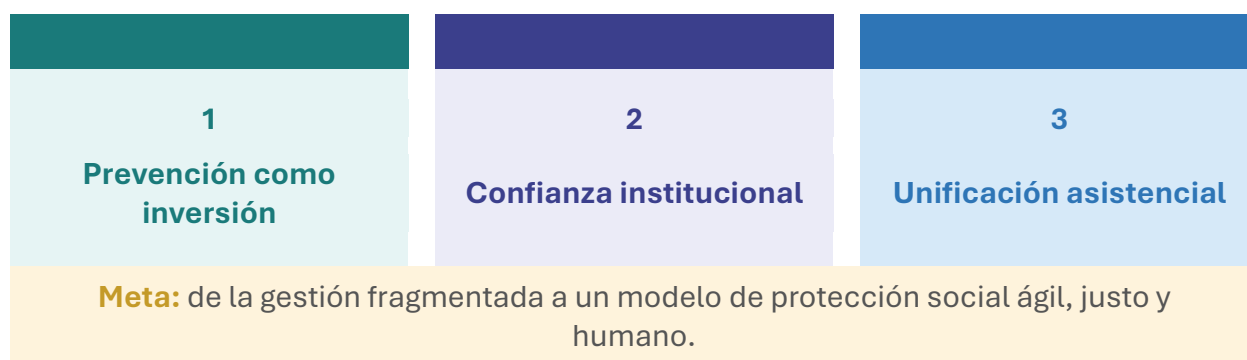
8.4. Flexibilidad: La gradualidad en el retorno al trabajo

El modelo actual se percibe como excesivamente rígido: el trabajador pasa de la incapacidad total a la jornada completa sin escalas intermedias.

- **IT a tiempo parcial y reincorporación progresiva:** Se plantea que, tras bajas de larga duración (como procesos oncológicos), el trabajador pueda reintegrarse de forma paulatina para evitar el impacto de afrontar una semana de 40 horas tras meses de ausencia.
- **Pluriempleo y teletrabajo:** Resulta anacrónico que una baja para una actividad física inhabilite automáticamente para una actividad intelectual compatible en régimen de pluriactividad. Asimismo, el teletrabajo se perfila como una fórmula que puede permitir la continuidad laboral en procesos que dificultan el desplazamiento pero no el desempeño de la tarea.

8.5. Conclusiones: hacia un compromiso de corresponsabilidad

El análisis de la reforma integral de la IT permite extraer una serie de principios rectores que deben guiar cualquier modificación normativa:

Figura 8.1. Principios rectores para la reforma de la Incapacidad Temporal

- **La prevención como inversión:** La mejora de las condiciones laborales y la vigilancia de la salud son los mecanismos más eficaces para reducir la incidencia de bajas y evitar la “cronificación”.
- **Confianza y lealtad institucional:** Es necesario desterrar la cultura de la sospecha. Aunque existan casos de fraude que deben controlarse, no se puede demonizar al conjunto de trabajadores ni de empresas.
- **Unificación asistencial:** La meta es un flujo de cooperación multilateral que optimice los recursos existentes (Servicios Públicos, INSS y Mutuas) bajo un prisma de transparencia y eficacia. Un ejemplo de esa cooperación multilateral lo encontramos en el acuerdo de pensiones de julio de 2024, donde se pactó la firma de convenios de colaboración con las mutuas para la realización de pruebas diagnósticas y procesos de rehabilitación, entre otras cosas, con el ánimo de acelerar la curación y evitar el empeoramiento de la salud de las personas trabajadoras. Sin embargo, desde entonces, apenas se han firmado 3 convenios y parece que hay 2 más a las puertas de firmarse. Sería bueno esperar a ver qué resultado dan estos convenios.

En definitiva, la reforma de la IT no es una tarea de un solo agente, sino un esfuerzo colegiado que exige la implicación de administraciones, empresas y representantes de los trabajadores. Solo bajo un prisma de transparencia y lealtad institucional será posible transitar desde el actual “camarote” de gestiones fragmentadas hacia un modelo de protección social ágil, justo y profundamente humano.

9. SÍNTESIS TRANSVERSAL: HACIA UN NUEVO PARADIGMA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Autores: *Vicente Pallarés Carratalá, Enrique Cabero Morán, Álvaro Hidalgo Vega.*

El análisis conjunto de la Incapacidad Temporal (IT) en España revela un sistema que, aunque consolidado en su propósito original, presenta signos de agotamiento estructural. Lo que nació como un mecanismo de protección social frente a la enfermedad o el accidente común se ha convertido en un espacio de fricción entre distintos subsistemas —sanitario, laboral, jurídico y económico— cuyas interacciones carecen de coherencia interna. La IT expresa, en su evolución, no solo la salud de los trabajadores, sino también la salud institucional del país.

9.1. Diagnóstico integrado: La anatomía de una crisis silenciosa

El sistema actual de gestión de la IT en España muestra una disfunción estructural que deriva de su organización fragmentada y de la falta de una visión unificadora de su función social. La multiplicidad de actores -administraciones públicas, servicios sanitarios, mutuas, empresas y trabajadores- ha generado circuitos paralelos, solapamientos competenciales y vacíos de responsabilidad.

A ello se suma una multicausalidad compleja, en la que conviven determinantes médicos, laborales, psicosociales y económicos. La IT se convierte así en la intersección de múltiples dinámicas, donde la salud individual se entrelaza con la organización del trabajo, las políticas de empleo y las condiciones materiales de vida.

Finalmente, se constata una falta de coherencia sistémica: los flujos de información entre los distintos niveles son incompletos, los indicadores no están armonizados y los procesos de decisión responden más a inercias administrativas que a criterios de eficiencia sanitaria o justicia social. El resultado es un sistema reactivo, lento para adaptarse a las transiciones tecnológicas, demográficas y culturales que definen la realidad laboral del siglo XXI.

9.2. Nudos críticos: Las costuras del bienestar

El funcionamiento actual de la IT se ve condicionado por varios nudos críticos que impiden una evolución sostenible y coherente:

- *Gobernanza fragmentada:* la coexistencia de marcos competenciales dispersos genera una gestión descoordinada, con duplicidades y ausencia de liderazgo claro. La falta de una autoridad integradora limita la capacidad para definir estrategias comunes y medir resultados de forma homogénea.
- *Sistema sanitario tensionado:* la IT recae en un sistema asistencial ya sobrecargado, que dedica una parte significativa de su tiempo y recursos a tareas de naturaleza burocrática. Este uso no clínico del tiempo médico erosiona la calidad asistencial y desvía la atención del objetivo principal: la recuperación funcional y la reincorporación laboral.

- *Incentivos perversos*: la arquitectura actual de incentivos desincentiva en ocasiones la corresponsabilidad de los actores. En lugar de premiar la prevención, la coordinación o la reincorporación segura, el sistema tiende a perpetuar inercias costosas que confunden control con desconfianza y eficacia con rigor formalista.
- *Marco jurídico obsoleto*: la normativa vigente fue concebida para un contexto laboral analógico, que ya no responde a la flexibilidad, temporalidad y digitalización del trabajo contemporáneo. Esta rigidez normativa obstaculiza la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas y de modelos predictivos de gestión de la IT.
- *Cambio cultural no gestionado*: la sociedad y el trabajo están cambiando más rápido que las estructuras públicas encargadas de gestionarlos. La percepción de la IT oscila entre el derecho incuestionable y la sospecha de abuso, sin espacios de diálogo que promuevan una cultura de salud laboral compartida y corresponsable.

9.3. Modelo objetivo: Las cinco coordenadas del futuro

Frente a este diagnóstico, emerge la necesidad de avanzar hacia un modelo de IT contemporáneo, alineado con los valores del sistema nacional de salud y con las exigencias de una economía del conocimiento. Un modelo que sea al mismo tiempo *integrado, inteligente, predictivo, equitativo y sostenible*.

- *Integrado*: porque requiere unificar la información, los procesos y las responsabilidades bajo una gobernanza clara y cooperativa, evitando los compartimentos estancos que hoy fragmentan su funcionamiento.
- *Inteligente*: en tanto aproveche las tecnologías de datos, la analítica avanzada y la inteligencia artificial para anticipar consumos, prevenir cronificaciones y personalizar intervenciones.
- *Predictivo*: orientado no solo al control “ex post” de las bajas, sino a la identificación temprana de riesgos, patrones de vulnerabilidad y determinantes sociales que predisponen al absentismo.
- *Equitativo*; al garantizar que las diferencias territoriales, laborales o económicas no determinen desigualdades en la protección frente a la pérdida de salud.
- *Sostenible*: porque solo un sistema financieramente viable, socialmente legítimo y clínicamente útil podrá perdurar como herramienta esencial de cohesión y bienestar colectivo.

La IT puede y debe consolidarse como un vínculo virtuoso entre salud, trabajo y sociedad. Para ello, resulta imprescindible superar la lógica fragmentaria del pasado y dotar al sistema de una arquitectura institucional que conjunte solvencia técnica y propósito social. Este es el desafío, pero también la oportunidad: hacer de la IT no un reflejo de nuestras grietas, sino una expresión madura de nuestra capacidad colectiva de cuidarnos y avanzar juntos.

10. CONCLUSIONES ESTRATÉGICAS

Autores: *Vicente Pallarés Carratalá, Enrique Cabero Morán, Álvaro Hidalgo Vega.*

La Incapacidad Temporal (IT) en España constituye un indicador estructural del funcionamiento del Estado del bienestar. Más allá de su dimensión administrativa, la IT sintetiza la interacción entre salud, empleo y cohesión social, y permite evaluar el grado de madurez del sistema sanitario, la eficiencia del mercado laboral y la solidez del tejido social.

10.1. La IT como indicador país

El comportamiento de la IT ofrece una lectura integrada de tres dimensiones críticas:

- **La salud del sistema sanitario:** medida por su capacidad resolutoria, su atención a la cronicidad y la eficiencia de los circuitos asistenciales y de verificación.
- **El funcionamiento del mercado laboral:** evidenciado en la calidad del empleo, el grado de precariedad y el equilibrio entre protección y productividad.
- **El nivel de cohesión social:** reflejado en la confianza ciudadana, el cumplimiento de responsabilidades compartidas y la equidad en el acceso a los derechos laborales y sanitarios.

En consecuencia, la IT debe ser interpretada como un indicador país, comparable a otros índices de desarrollo y bienestar, y no como una mera variable médico-administrativa.

10.2. Riesgos si no se actúa

La ausencia de una respuesta estructurada ante la evolución actual de la IT entraña riesgos significativos:

- Insostenibilidad financiera: debido al incremento sostenido del gasto y al impacto sobre las cuentas de la Seguridad Social y del sistema sanitario.
- Deterioro del sistema sanitario: derivado de la sobrecarga de tareas de certificación, la fragmentación de la información y la pérdida de valor clínico de la IT.
- Pérdida de competitividad económica: por el aumento del absentismo no justificado, la distorsión de los incentivos y la merma de productividad empresarial.
- Deslegitimación social: consecuencia de la percepción de ineficiencia o falta de equidad en la gestión de recursos públicos.

10.3. Oportunidad de reforma

La IT debe ser concebida como una palanca estratégica de transformación del sistema sanitario y laboral. La coyuntura actual abre la oportunidad para evolucionar desde un modelo reactivo hacia una estructura proactiva, digitalizada y territorialmente cohesionada. La reforma de la IT puede convertirse en un instrumento clave de modernización institucional,

capaz de alinear salud, trabajo y bienestar bajo una misma lógica de sostenibilidad y corresponsabilidad.

10.4. Hoja de ruta estratégica

- **Corto plazo (1–2 años):** Simplificación normativa, digitalización integral de procesos y refuerzo de los mecanismos de control y seguimiento en tiempo real.
- **Medio plazo (3–5 años):** Reforma de la gobernanza, rediseño de los sistemas de incentivos, creación de unidades especializadas de gestión de IT y definición de estándares homogéneos de evaluación.
- **Largo plazo (5–10 años):** Impulso de un cambio cultural orientado a la corresponsabilidad, desarrollo de sistemas predictivos basados en inteligencia artificial y consolidación de un modelo integrado de salud laboral plenamente interoperable.

Este marco temporal propone una transición progresiva y verificable, sustentada en la cooperación entre las administraciones, el sistema sanitario, los agentes sociales y las empresas.

VERSIÓN EJECUTIVA PARA DECISORES

Mensaje central: La IT en España ha alcanzado un nivel de complejidad y coste que exige una reforma estructural inmediata, orientada a la sostenibilidad, la eficiencia y la corresponsabilidad entre todos los actores implicados.

Cinco decisiones clave:

- Establecer un sistema integrado de gestión de la IT, interoperable entre sanidad, empleo y Seguridad Social.
- Reformar los incentivos económicos para favorecer la recuperación temprana y la prevención de recaídas.
- Reforzar el rol del sistema sanitario, centrando la actuación en criterios clínicos y de salud laboral.
- Simplificar el marco jurídico para eliminar duplicidades y reducir los tiempos de tramitación.
- Impulsar un cambio cultural que promueva la ética del trabajo saludable y la corresponsabilidad institucional.

Impacto esperado:

- Reducción significativa del gasto público y del coste empresarial asociado.
- Mejora sustancial de la salud laboral y del bienestar profesional.
- Incremento de la productividad y de la capacidad competitiva del país.
- Refuerzo de la equidad, la transparencia y la confianza ciudadana en el sistema.

En definitiva, no intervenir supondría aceptar un deterioro progresivo del sistema y una pérdida creciente de credibilidad institucional.

Actuar, por el contrario, permitiría transformar la IT en una herramienta estratégica de salud, cohesión y competitividad nacional, convirtiéndola en uno de los pilares modernos del Estado del Bienestar del siglo XXI.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF, 2024). Estudio sobre la incapacidad temporal. Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, Madrid. Disponible en: <https://www.airef.es/es/> (consultado: abril 2026).
- Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF, 2026). Evaluación del Spending Review 2022-2026: Incapacidad Temporal (IT). https://www.airef.es/wp-content/uploads/2026/02/SpendingReview-2022-2026-fase-2/SR2226F2_IT.pdf
- AMAT (2024). Informe anual de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social 2023. Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo, Madrid.
- Benavides, F.G., Delclós, J. y Serra, C. (2020). "Salud laboral en España en la tercera década del siglo XXI". Gaceta Sanitaria, 34(supl. 1), pp. 1-3.
- BOE (2014). Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. Boletín Oficial del Estado, núm. 176, 21 de julio.
- BOE (2015a). Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 261, 31 de octubre.
- BOE (2015b). Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014. Boletín Oficial del Estado, núm. 147, 20 de junio.
- BOE (2022). Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 625/2014. Boletín Oficial del Estado, núm. 4, 5 de enero de 2023.
- BOE (2023). Orden ISM/2/2023, de 11 de enero, por la que se modifican los modelos de los partes médicos y se concretan las comunicaciones a empresa a través del Sistema RED. Boletín Oficial del Estado, núm. 11, 13 de enero.
- CES (2023). Memoria sobre la situación socioeconómica y laboral de España 2022. Consejo Económico y Social de España, Madrid.
- Crespí Ferriol, Maria Del Mar. (2026). Rethinking Sickness Absence Schemes to Promote Return to Work: Lessons from Comparative Experience. E-Journal of International and Comparative Labour Studies Vol. 14 No. 3 (2025): Volume 14, N. 3, 2025. https://ejcls.adapt.it/index.php/ejcls_adapt/issue/view/113
- Del Águila, O., Lecumberri, I., Bravo, C. y Morgado, P. (2024). "Gobernanza y reparto competencial en la gestión de la incapacidad temporal". En Fundación Economía y Salud, La incapacidad temporal en España: sostenibilidad, equidad y gobernanza. Madrid.
- DIRCE-INE (2024). Directorio Central de Empresas 2024. Instituto Nacional de Estadística, Madrid.

- EU-OSHA (2022). Rehabilitation and return to work after cancer: instruments and practices. European Agency for Safety and Health at Work, Luxemburgo.
- Granado, O.J. (2023). Sostenibilidad del sistema de Seguridad Social y reforma de la IT. Documento de trabajo, CEOE, Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística (INE, 2024). Encuesta Trimestral de Coste Laboral (ETCL). 4T 2024. Instituto Nacional de Estadística, Madrid.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSS, 2024). Estadística de Incapacidad Temporal 2023. Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST, 2023). Evaluación de la inversión en prevención y seguridad en el trabajo: guía de utilización de la herramienta informática. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Madrid.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). "Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales." Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), <https://www.insst.es/documents/94886/2927460/Directrices+basicas+para+la+gestion+de+los+riesgos+psicosociales+2022.pdf>
- Jiménez-Martín, S. y Vall, J. (2019). "La incapacidad temporal en España: incidencia, duración y ciclo económico". Estudios sobre la Economía Española, FEDEA, Madrid.
- Malo, M.A. y Cueto, B. (2019). "Sickness absence in Spain: a sectoral and institutional analysis". Hacienda Pública Española / Review of Public Economics, 228(1), pp. 91-118.
- Marie, O. y Vall Castelló, J. (2021). "If sick-leave becomes more costly, will I go back to work? Could it be too soon?". Labour Economics, 72, 102063.
- Merchán, J. (2024). La gestión de la incapacidad temporal desde la perspectiva del graduado social. Consejo General de Colegios de Graduados Sociales de España, Madrid.
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) (2024). Informe de ejecución presupuestaria y evolución del gasto en prestaciones de IT. Madrid.
- OCDE (2022). Disability, Work and Inclusion: Mainstreaming in All Policies and Practices. OCDE Publishing, París.
- OCDE (2023). OECD Employment Outlook 2023: Artificial Intelligence and the Labour Market. OCDE Publishing, París.
- OIT (2023). World Employment and Social Outlook 2023. Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
- Pallarés-Carratalá, V. (2024). "Presión asistencial y gestión de la IT en atención primaria". En Fundación Economía y Salud, La incapacidad temporal en España: sostenibilidad, equidad y gobernanza. Madrid.

- Peiró, J.M., Serrano, L., Goerlich, F.J., Mínguez, C., Pascual, F., Davcheva, M. y Mesa, J.M. (2025). Absentismo e incapacidad temporal en España: análisis integral e impacto económico. Ivie y Umivale Activa, Valencia. DOI: 10.12842/2025_ABS_IT_UmivaleActiva_Ivie.
- Pérez-Sola, V., Baca, E. y Oquendo, M.A. (2023). "Salud mental y trabajo: nuevos retos para la incapacidad temporal". Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 16(3), pp. 143-152.
- Vicente Pardo, J.M. (2022). "La recaída en incapacidad temporal: concepto, regulación y problemática". Medicina y Seguridad del Trabajo, 68(266), pp. 5-21.
- Vicente Pardo, José Manuel Hacia un modelo integrado de gestión del absentismo por Incapacidad Temporal: el papel clave de la salud laboral. <https://prevencionar.com/2026/03/27/hacia-un-modelo-integrado-de-gestion-del-absentismo-por-incapacidad-temporal-el-papel-clave-de-la-salud-laboral/>
- Vicente Pardo, JM. Variables en la incapacidad temporal, prevención y control. Revista digital de la Sociedad Española de Salud y Seguridad en el Trabajo Nº 5 dic. 2025 <https://www.sesst.org/revista-diciembre-2025/>
- Vicente Pardo, JM. Propuestas de mejora preventivas y de gestión en el absentismo por incapacidad temporal. <https://prevencionar.com/2025/10/10/propuestas-de-mejora-preventivas-y-de-gestion-en-el-absentismo-por-incapacidad-temporal/>
- Vicente Pardo, JM. Las bajas, verdades, mentiras o medias verdades en el absentismo por incapacidad temporal 3 de agosto de 2025. <https://prevencionar.com/2025/08/03/las-bajas-verdadese-mentiras-absentismo/>
- Vicente Pardo, JM (2025). Qué esconde el incremento de la Incapacidad Temporal <https://prevencionar.com/2025/04/23/que-esconde-el-incremento-de-la-incapacidad-temporal/>
- Vicente Pardo, JM, López-Guillén García, A La incapacidad, indicador de salud laboral con alta variabilidad territorial. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 65(257), 261-284. Epub 22 de marzo de 2021. Recuperado en 22 de abril de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000400261&lng=es&tlng=es.
- López-Guillén García, A, Vicente Pardo, JM. Prevención de la incapacidad laboral en materia de Seguridad Social (2020). <https://prevencionar.com/2020/01/15/prevencion-de-la-incapacidad-laboral-en-materia-de-seguridad-social/>
- Vicente Pardo, JM (2016). Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 62(242), 49-65. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000100006&lng=es&tlng=es

Vicente Pardo, JM (2024). La ficha ocupacional como garantía de la correcta valoración de la incapacidad laboral. <https://prevencionar.com/2024/03/22/la-ficha-ocupacional-como-garantia-de-la-correcta-valoracion-de-la-incapacidad-laboral/>

Vicente Pardo, JM (2016). Hacia un nuevo marco que regule la valoración médica de la capacidad/incapacidad laboral: propuestas de mejora y áreas de cambio. Medicina y Seguridad del Trabajo, 62(Supl. extra), 44-60. Recuperado en 06 de agosto de 2024, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000400005&lng=es&tlng=es. //http://hdl.handle.net/20.500.12105/12610](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000400005&lng=es&tlng=es.//http://hdl.handle.net/20.500.12105/12610)



**ECONOMÍA Y SALUD
FUNDACIÓN**