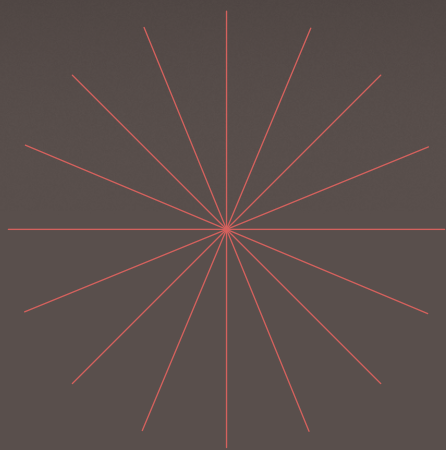
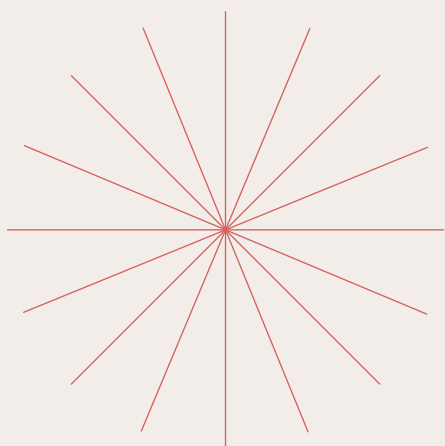


Valoración semFYC sobre incapacidad temporal: situación actual, mitos y propuestas en 2026





Valoración semFYC sobre incapacidad temporal: situación actual, mitos y propuestas en 2026

Autoría: Paulino Cubero González y Fernando León Vázquez

© 2026, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Diputació, 320 08009 Barcelona

www.semfyc.es

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

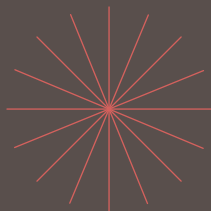
ISBN: 979-13-87859-31-2



En el último año son constantes en los medios de comunicación las referencias y valoraciones sobre la situación de la incapacidad temporal (IT) en España debido al aumento progresivo del número de personas trabajadoras en situación de IT y, sobre todo, por el enorme gasto que esto supone para el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Social de la Marina (ISM), las mutuas y las empresas. Hemos podido ver las valoraciones no siempre coincidentes de asociaciones empresariales, mutuas colaboradoras de la Seguridad Social y sindicatos.

El Gobierno ha impulsado un estudio¹ de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF) para valorar la situación y formular propuestas de mejora. Para realizar su extenso informe de la evolución de la IT desde 2017 hasta la actualidad, la AIREF ha tenido acceso a un gran volumen de información de diferentes fuentes, a menudo poco accesibles. Además, ha desarrollado una herramienta interactiva de acceso público que permite comparar los aspectos que han condicionado esta evolución. Este informe indica cuáles son los motivos de estos cambios a criterio de las y los técnicos y presenta unas cuantas propuestas de mejora para limitar el crecimiento de la IT en el futuro. Es de agradecer el esfuerzo de transparencia y análisis que han realizado, como órgano externo y profesional que ayuda a un debate que no resulta fácil, aunque no podamos compartir todas sus conclusiones.

Simultáneamente, a través del INSS, se ha encargado a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) un estudio comparativo con otros países del centro y norte de Europa orientado a optimizar la duración de las bajas con medidas que favorezcan la incorporación temprana de las personas trabajadoras. Este proyecto, iniciado en 2025, tiene previsto publicar sus conclusiones en 2027; aunque en abril de 2026 han presentado la primera valoración con apuntes sobre los modelos de Austria, Alemania, Suecia, Holanda y Bélgica, países elegidos para la comparación por disponer de un sistema de protección similar al español en cuanto a extensión y cobertura económica².



El último paso ha sido la creación en febrero de 2026 del Observatorio Estatal de la Incapacidad Temporal, en el que participan varios ministerios, las organizaciones empresariales y los sindicatos mayoritarios³.

Una vez más, las organizaciones médicas son excluidas como interlocutoras, a pesar de ser el personal médico el responsable del proceso asistencial y de la gestión de la mayoría de las bajas. Como siempre, las médicas y los médicos estaremos dispuestos a dar nuestra opinión sobre las medidas que hay que tomar, seamos consultados o no.

En los próximos apartados abordaremos los aspectos más relevantes de la IT, atendiendo a la normativa y legislación actuales y a los informes realizados por diferentes organismos y organizaciones. En cada uno de los apartados apuntaremos las medidas que consideramos necesarias para optimizar la gestión de la IT en su conjunto desde la perspectiva de las y los profesionales de la Medicina de Familia.

Antecedentes y situación actual de la incapacidad temporal

Hasta el año 2014 el proceso de IT por contingencias comunes (CC) se basaba en la emisión de partes de baja y alta, con partes de confirmación semanales en papel con sus respectivas copias para el INSS, las empresas, las mutuas y las personas trabajadoras, pudiendo llegar hasta los 18 meses. A partir de entonces obligatoriamente pasaban a depender del INSS. Aunque tradicionalmente la emisión la realizaba cualquier médico o médica del Sistema Nacional de Salud (SNS), a partir de los años noventa del pasado siglo, con el desarrollo de la Atención Primaria y la universalización de la asistencia, accesible y cercana en los centros de salud, se llegó de facto a la gestión exclusiva de los y las especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, como también ocurrió con la renovación de las prescripciones farmacéuticas.

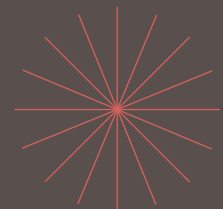
El Real Decreto 625/2014⁴, como también los anteriores y sus desarrollos, estableció en su artículo 2.1 que «la declaración de baja médica, en los procesos de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, se formulará en el correspondiente parte médico de baja expedido por el médico o médica del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento de la trabajadora o trabajador afectado». Como principal aportación distinguió en función del tiempo estimado de baja para cada patología y modificó el tiempo de renovación de las bajas hasta un máximo de 5 semanas, lo que simplificó la burocracia y permitió el desarrollo de los modelos electrónicos, integrándolos en la historia clínica y suprimiendo las copias para el INSS y las mutuas, que pasaron a remitirse por medios electrónicos.

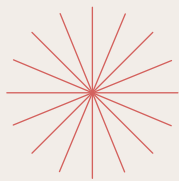
El Real Decreto 1060/2022⁵ mantiene el modelo y la duración de los partes de confirmación, suprime la obligación de consignar el nombre de la empresa y el código de ocupación y también suprime la copia de la persona trabajadora para entregar a la empresa, pasando a ser la comunicación con la empresa directa y telemática a través del INSS. Además, las comunidades autónomas (CC. AA.) han desarrollado la historia clínica electrónica, con aplicaciones de ordenador y móvil para facilitar el acceso de las personas trabajadoras a la documentación de IT.

Estos cambios, normativos, tecnológicos y de integración de procesos, han supuesto la simplificación de la IT para los médicos y médicas de familia y eliminan las barreras para la incorporación de todos los facultativos con responsabilidad asistencial. La decisión de emitir una baja médica, un parte de confirmación o un alta está delegada en el médico o la médica que evalúa a la persona, profesional que es responsable último del proceso clínico y el único que tiene toda la información sobre la idoneidad o no de iniciar o mantener un proceso de IT.

En los últimos años, las CC. AA. están implementando medidas para extender a todos los y las especialistas hospitalarios del SNS los medios electrónicos para la emisión de las bajas de las personas trabajadoras que atienden y «reconocen» conforme a la legislación citada. Sin embargo, el proceso está siendo extremadamente lento debido a la resistencia de los nuevos prescriptores de IT y la pasividad de las consejerías. Las personas valoradas en las urgencias hospitalarias, ingresadas en planta de hospitalización o en seguimiento en consultas tienen el derecho a una asistencia integral, lo que incluye la prescripción de fármacos, ya implementada, y la emisión de la IT, si procede. Las administraciones tienen la responsabilidad de poner los medios para evitar visitas innecesarias a Atención Primaria, posibles errores y burocracias delegadas.

Un último aspecto que no se aborda habitualmente es la gestión de la IT de las personas atendidas en sistemas de asistencia sanitaria privada y aseguradoras, algo cada vez más frecuente. El derecho a la IT se inicia y mantiene cuando la asistencia sanitaria es prestada dentro del SNS, según establece la Ley General de Seguridad Social en su artículo 169.1: «Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal: las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador o la trabajadora reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo...»⁶. Una vez más, se carga la responsabilidad en el médico o la médica de familia, que debe valorar procesos que le son extraños y sobre cuya evolución no tiene ninguna responsabilidad ni capacidad de actuación. Se nos obliga *de facto* a aceptar los criterios de profesionales ajenos al Servicio Público de Salud (SPS) o a dejar a la persona trabajadora sin cobertura ante su empresa. Sería interesante que se planteara el debate sobre responsabilidad y alternativas al modelo actual, con lo que supusiera de modificaciones legislativas relevantes.





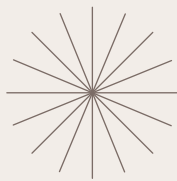
Agentes de gestión de la incapacidad temporal

En su análisis, la AIREF señala que «[...] el INSS, responsable de la financiación (principal), delega la decisión clínica sobre su concesión en los médicos y médicas de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (agente). Esta configuración dificulta la correcta internalización del coste económico, ya que la decisión de reconocer la incapacidad temporal recae en los facultativos de atención primaria, mientras que el coste es asumido por el INSS».

Tanto el informe de la AIREF como el informe de la OCDE señalan a las médicas y médicos de familia como el responsable único de la gestión de la IT por CC. Como hemos mostrado, existe una dejación de funciones de otros niveles asistenciales al no asumir su responsabilidad en materia de IT, como muestra la legalidad vigente citada. Esto ocurre con la connivencia de muchos servicios regionales de salud de las CC. AA., que se resisten a exigir el cumplimiento de la norma, temerosos de las resistencias que puedan generar en otros niveles asistenciales, perpetuando esta ilegalidad.

Aunque la AIREF apunta a la sobrecarga de Atención Primaria para justificar el aumento de la IT, no hay ningún dato que sostenga esta aseveración. A pesar de la sobrecarga asistencial, las médicas y los médicos de familia seguimos cumpliendo los plazos establecidos de emisión de la baja dentro de los tres primeros días, incluida la emisión de las bajas que deberían haber emitido en otros niveles asistenciales, por esos procesos ya valorados en urgencias o en planta de hospitalización, además de las confirmaciones de las bajas en la fecha correspondiente hasta el alta.

Apuntan a otro factor complementario como causa de la alta incidencia de las bajas: las listas de espera para la atención hospitalaria, con un repunte notorio en los últimos años en la mayoría de las comunidades. Sumado a la limitación al acceso a ciertas pruebas complementarias desde el centro de salud, se convierte en uno de los principales motivos de retrasos diagnósticos y terapéuticos. Conviene no olvidar en cualquier propuesta de mejora que un médico o médica tiene la misma obligación deontológica con todos sus pacientes. Faltaría al principio de justicia cualquier medida del SNS que antepusiera la recuperación de una persona trabajadora enferma en situación de IT respecto a pacientes que no trabajan. Cualquier medida que se proponga para aminorar tiempos de espera debe implementarse con recursos distintos a los centros sanitarios públicos.

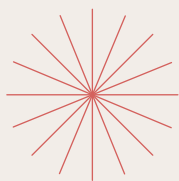


La AIREF considera un problema que el pagador (INSS) y el prescriptor o prescriptora, sean diferentes. Sin embargo, para nosotros supone una fortaleza, pues los médicos y las médicas del SPS tienen el deber de anteponer siempre la valoración clínica a la económica. Supone un motivo adicional para implicar al conjunto de profesionales para que cada uno en su especialidad y en sus competencias se pronuncie sobre la capacidad funcional de la persona enferma.

Propuestas

Implementación en todos los niveles asistenciales de la gestión de la IT con un modelo integrado de corresponsabilidad que asegure que en todos los procesos clínicos sea el médico o la médica responsable quien asuma la responsabilidad de indicar y firmar la baja, la confirmación o el alta.

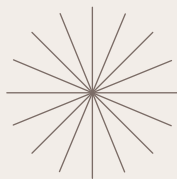
- A.** Atención Primaria: emisión de la IT generada en consulta y gestión compartida de confirmaciones y altas según evolución de los procesos.
- B.** Servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios: emisión de baja inicial y de baja-alta en procesos «muy cortos» de hasta 4 días.
- C.** Consultas de especialidades: emisión de bajas, confirmaciones y altas según evolución y pronóstico de los procesos en los que prestan asistencia.
- D.** Planta de hospitalización: emisión de baja y confirmación hasta el alta hospitalaria, pasando la responsabilidad a consultas externas o medicina de familia en función de quién realice el seguimiento.



Incidencia de la incapacidad temporal

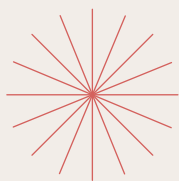
Entre los años 2017 y 2024 la incidencia de procesos de IT ha pasado de 24,42 a 36,78 procesos/100 trabajadores cotizantes, es decir, ha habido un incremento del 50%. Es un aumento muy significativo, que se explica por:

- **«El 25% de personas concentran el 55% de episodios de IT (fenómeno de la reiteración)».** Es un fenómeno similar al que se observa en la frecuentación en consultas, cuya explicación más plausible es que el estado de salud de las personas trabajadoras es tan variable como el de la población general y además está influido por las grandes desigualdades en las condiciones laborales.
- **«Inciden factores como el tamaño de la empresa: más probable en empresas grandes».** Las grandes empresas suelen tener convenios más favorables para los trabajadores y trabajadoras, probablemente por la mayor presión y organización de los mismos en la defensa de sus condiciones laborales.
- **«Se trata de una prestación procíclica».** En la consulta también se observa que en las épocas de aumento del desempleo las personas rechazan la baja, mientras que en las épocas de bonanza la solicitan con síntomas de menor gravedad.
- **«Existe evidencia de correlación con listas de espera (mayor impacto sobre la duración)».** El aumento de las listas de espera, tanto diagnósticas como terapéuticas (hasta 1 año para la primera visita en las especialidades más solicitadas) es un factor determinante en la duración y también en el inicio de la baja, ante el agravamiento de procesos que se podrían haber solucionado en fases iniciales con bajas más breves.
- **«Incremento de la demanda de atención primaria desde la COVID».** Se relaciona con el envejecimiento de la población trabajadora y la mayor demanda de salud en la población general. Desde la AIREF se propone en este apartado facilitar una mayor información, formación y coordinación de Atención Primaria con el resto de los organismos implicados. Se debería incorporar a la propuesta el necesario incremento en los recursos humanos.



Propuestas

- A.** Plazos máximos de asistencia: medidas legislativas y recursos suficientes para asegurar la asistencia a los y las pacientes en plazos máximos, adecuados a las necesidades de salud.
- B.** Acceso de los y las especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria a las pruebas diagnósticas, actualmente vetadas, mediante procedimientos legislativos, protocolos y recursos asistenciales. Si se atendiera esta demanda histórica y tantas veces pospuesta, el colectivo de profesionales de la Medicina de Familia podría solicitar pruebas complejas, cuando estén indicadas, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM), el electromiograma (EMG), etc., capacidad que sí tiene el resto de médicos y médicas.
- C.** Asegurar la financiación de Atención Primaria como eje del sistema sanitario para garantizar suficientes recursos humanos y la organización de las tareas, a fin de aumentar la capacidad resolutive.



Duración de la incapacidad temporal

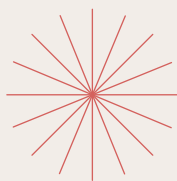
Se ha de recordar que el fin último de la IT es la protección de la persona cuando no puede trabajar o cuando hacerlo le supone un riesgo para la salud. Pero, sobre todo, su objetivo es facilitar la recuperación de la salud de la persona trabajadora para reincorporarse a su actividad laboral en el mínimo tiempo posible. Además del gasto que supone para la empresa y el INSS, la baja se acompaña de una merma en el salario, con el menoscabo consecuente para la persona. En la valoración presentada por la OCDE destaca el eslogan acuñado en Austria «Mejor rehabilitación que pensión», que incide en la importancia de poner los medios necesarios desde el inicio del proceso para asegurar la recuperación de la salud del trabajador o trabajadora. En la mayor parte de los países se aseguran sistemas de plazos cortos, a partir del mes o 2 meses, para reevaluar las necesidades de la persona con los diferentes profesionales implicados y favorecer su recuperación.

La normativa actual, de 2014, incluyó la posibilidad de perfilar la duración de la IT en función de la estimación del tiempo necesario de recuperación, lo que mejoró el sistema tradicional de emisión de partes de confirmación semanales. Se basa en un sistema cerrado con cuatro tipos de bajas: bajas «muy cortas» (hasta 4 días), «cortas» (hasta 1 mes), «medias» (hasta 2 meses) y «largas» (las que se espera que duren más de 60 días o bien los alcanzan durante el proceso).

En 2024, el 45,9% de los 9,33 millones de bajas emitidas, 4,28 millones, duraron de 1 a 4 días; el 29,33% fueron bajas «cortas», 2,74 millones; el 8,24%, 769.000 bajas, se consideraron bajas «medias»; el restante 16,27%, hasta 1,52 millones, fueron bajas «largas». De ellas, 880.000 se resolvieron antes de los 6 meses; 340.000, antes del año, y casi 300.000 pasaron a ser gestionadas por el INSS al superar los 12 meses; esta última cifra se ha triplicado desde 2017, según los datos de la AIREF. En segundo lugar, llama la atención el aumento de las bajas «muy cortas», que se han duplicado en ese mismo espacio de tiempo. Entre 16 días y 1 año han aumentado un 50%. En ese mismo tiempo, el número de afiliaciones se ha incrementado un 15%, aproximadamente.

Estas cifras, que corresponden a los procesos más complejos, indican la necesidad de tomar medidas para minimizar las esperas para pruebas diagnósticas y tratamientos.

Hay factores recogidos en el informe, como la evolución del mercado laboral, con una tasa de paro en continuo descenso, una mayor protección de



los derechos laborales y los convenios de las empresas para complementar el salario en los sucesivos tramos, que explican una buena parte de la evolución del aumento de la incidencia de la IT en España, hasta colocarnos en los puestos de cabeza, por delante de la mayoría de los países del norte y centro de Europa, que tradicionalmente encabezaban esta clasificación.

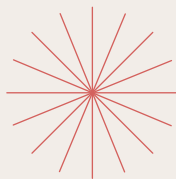
Además, en el último año, el Ministerio de Sanidad ha impulsado, con el apoyo de las y los representantes médicos, lo que hemos denominado declaración responsable de ausencia laboral por enfermedad (DRALE), algo que se viene haciendo en otros países desde hace años y recientemente en Portugal, para cubrir aquellas ausencias «muy cortas» en las que a menudo el médico o médica de familia actuaba como simple fedatario de su paciente. Se trata de procesos autolimitados, previsiblemente breves y leves, que la persona trabajadora puede manejar de forma autónoma, como una diarrea aguda o un proceso gripal. Sin embargo, tienen repercusión en la capacidad laboral o limitan la posibilidad de desplazamiento hasta el puesto de trabajo.

Ocurre con frecuencia que la baja se prolonga hasta los 4 días, por ser un proceso cerrado que ha emitido el médico o médica. Se impide la incorporación temprana de la persona trabajadora por iniciativa propia cuando el proceso ha remitido antes del cuarto día, ya que precisaría una nueva visita médica, no siempre posible, para la emisión del alta.

Cuando se analizan los datos, se observa que las bajas de hasta 4 días han duplicado su incidencia entre 2017 y 2024, y su peso en el total de procesos pasó del 39 al 46%, impulsando el crecimiento global de todas las IT. Es importante recordar que, conforme a lo establecido por ley, la persona que está de baja no percibe su salario en los primeros 3 días. La realidad es que la mayor parte de las empresas tienen un convenio que mejora las condiciones de sus trabajadores, incluyendo la percepción parcial o total del salario desde el primer día de IT.

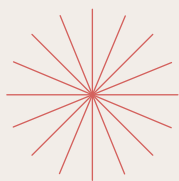
Un factor que no se evalúa en el análisis es que, en el pasado, las empresas solo pedían un justificante para las ausencias breves por enfermedad; pero ahora, con los años y la mejora de los convenios, exigen un parte de baja desde el primer día. Además, la mecanización y simplificación del proceso de IT ha llevado a los propios médicos y médicas a preferir emitir una baja corta, con baja y alta en el mismo acto, a emitir un justificante que a menudo requiere sucesivas visitas. Son motivos de índole práctica con una consecuencia evidente: en la actualidad se expide la baja en casi todas las ausencias laborales, incluso por ausentarse un solo día.

Recientemente se ha legislado para incluir la dismenorrea como situación que justifica ausencias periódicas en el trabajo, pero se mantiene la exigencia de emisión del parte de baja y la visita al médico o la médica de familia. Existen otros procesos, como la migraña, procesos digestivos inflamatorios, procesos reumáticos y algunos más, todos ellos de carácter crónico con crisis episódicas, que merecerían la misma consideración y adecuación del proceso de justificación de la ausencia.



Propuestas

- A.** Autojustificación de la IT «muy corta»: la duración de estos procesos debería ajustarse a los 3 días que la ley excluye de prestación económica de forma general y permitir a la persona trabajadora la autojustificación mediante la DRALE. Al establecer la normativa sería deseable diferenciar los procesos crónicos recurrentes de los procesos agudos ocasionales o epidémicos.
- B.** Unificación y simplificación de bajas «cortas» y «medias»: simplificar las visitas sucesivas a la semana, al mes y a los 2 meses, con la posibilidad de períodos menores a criterio médico, como de hecho se viene haciendo habitualmente.
- C.** Reevaluación periódica de bajas «largas»: cuando la duración estimada supera los 60 días, el período para la confirmación debe ser flexible y estar ligado a esa duración prevista. Podría considerarse adecuada la «reevaluación» a los 4, 6 y 9 meses por los servicios de inspección, con las aportaciones de los médicos y médicas responsables, mutuas y Salud Laboral.

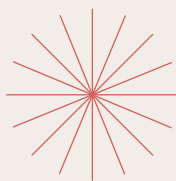


Herramientas de gestión e información

Un aspecto clave para la AIREF es el diseño de un potente sistema de información, con ayuda de la inteligencia artificial (IA), que permita mantener un conocimiento continuo sobre la evolución de los indicadores de IT.

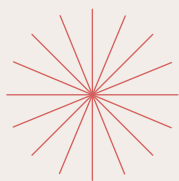
Sin embargo, no debería ser diseñado como un sistema ajeno, que recoja datos y los procese, sino como un sistema integral de gestión de la IT, que relacione a todos los agentes que participan en el proceso, como indica el propio análisis. Algo necesario en todo procedimiento clínico o gestor de recursos, que debería incluir al INSS, a los inspectores de los SPS y las mutuas, además de a las empresas y a los médicos y las médicas de los servicios de Salud Laboral y, necesariamente, a los y las pacientes. Una herramienta de gestión integral informática que cubra todas las necesidades de intercomunicación y gestión.

Por otra parte, en la actualidad cada servicio de salud de las CC. AA. ha diseñado su propia aplicación integrándola en la historia clínica electrónica, con aspectos operativos que son diferentes. Además, en los últimos años, se están realizando adaptaciones para las historias clínicas hospitalarias que generan problemas operativos de compatibilidad dentro de la propia CC. AA.



Propuestas

- A.** Modelo centralizado de gestión: se propone diseñar una plataforma única centralizada en el INSS que integre a todos los profesionales implicados en el proceso y permita su intervención en tiempo real según la fase del proceso y sus propias competencias. El o la paciente tendría acceso a su seguimiento y, en determinados momentos, podría poner en marcha o finalizar el procedimiento.
- B.** Modelo centralizado de información: un sistema con aplicaciones a distintos niveles que permita tener un conocimiento transparente e inmediato de la evolución de la IT.
- C.** Aplicación de procedimientos:
 - a. Inicio por el o la paciente: ante la imposibilidad de acudir al trabajo, la persona puede iniciar el procedimiento comunicando la incidencia a la empresa y/o al servicio de Salud Laboral. Si el proceso es autolimitado, se considera una DRALE con las implicaciones y limitaciones que se hayan acordado.
 - b. Inicio por un facultativo: desde el centro de salud, urgencias o planta hospitalaria, indica la situación de baja y esta se comunica a todas las partes interesadas, indicando fecha máxima de revisión y confirmación, si procede.
 - c. Validación por el facultativo: en los casos de inicio por el o la paciente como DRALE, pasaría a IT cuando el médico o médica así lo indique, validando la comunicación de la persona trabajadora desde el primer día e indicando la fecha máxima de revisión y validación.
 - d. Finalización del procedimiento: el facultativo indica la finalización del procedimiento de la forma habitual con el alta, aunque en bajas de duración corta podría ser la propia persona trabajadora la que comunicara el alta si se encuentra capacitada para desarrollar su trabajo.

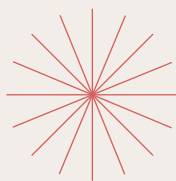


Los servicios de inspección

Existen dos cuerpos de inspección con distinta dependencia y tareas diferenciadas en relación con la IT: la Inspección Médica de las inspecciones de servicios sanitarios y prestaciones de los diferentes servicios de salud, dependientes de las consejerías sanitarias de las CC. AA., y el Cuerpo Superior de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. En ambos casos, la sobrecarga de trabajo podría estar afectando a la resolución de los procesos.

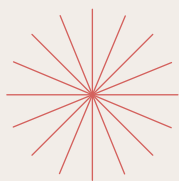
Se les plantean los mismos problemas que tenemos las médicas y los médicos de familia para resolver los procesos, sobre todo en casos de gran complejidad por la patología causante y sus secuelas. Sus valoraciones se basan en datos objetivos, más aún por la falta de contacto previo, lo que a veces es una ventaja y otras puede ser un inconveniente. Sirva como ejemplo la situación que se está creando con las solicitudes de incapacidad permanente de pacientes con COVID persistente denegadas de forma sistemática. Se trata de miles de personas afectadas, que no tienen pruebas diagnósticas concluyentes hasta la fecha, pero cuya afectación es lo suficientemente grave como para imposibilitar su actividad laboral habitual e incluso su autocuidado y el de su familia, lo que conlleva graves consecuencias en su situación social.

- **Inspectores de los Servicios Públicos de Salud:** realizan el seguimiento de la IT hasta los 365 días. Su tarea consiste en apoyar y asegurar el cumplimiento de la normativa en cuanto a emisión de partes e informes por parte de las médicas y los médicos emisores. Además, realizan la tarea de intermediación en las propuestas que se reciben desde las mutuas tras las valoraciones de seguimiento. Sin embargo, apenas existe la actividad de control directa de la evolución de la persona en situación de IT.
- **Inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social:** son los responsables últimos de todo el proceso de IT, y lo son en exclusiva a partir de los 365 días. Incluye la tarea de evaluar la situación de incapacidad permanente y sus modalidades o el alta laboral. Además, son los responsables de informar sobre las situaciones de determinación de contingencias cuando el o la paciente solicita la consideración de contingencia profesional, tras ser rechazada la situación por la mutua, situación cada vez más frecuente y con importantes retrasos en su resolución.



Propuestas

- A.** Revisión compartida de procedimientos a partir de los 2 o 3 meses: cuando se supera la duración estimada, es importante que las revisiones sean limitadas en número, pero exhaustivas en contenido y con la aportación de los médicos y médicas responsables y la supervisión de la inspección de los SPS.
- B.** Creación de comités de evaluación de incapacidad externos, contando para ello con especialistas relacionados con el proceso, con adecuada formación en valoración funcional, que sirvan de apoyo a los equipos de evaluación del INSS en la tarea de decidir la pertinencia de la IT o incapacidad permanente.
- C.** Agilizar la determinación de contingencias y los recursos contra la emisión del alta para evitar la demora en los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que precisen las personas trabajadoras.
- D.** Potenciar la evaluación temprana de incapacidad permanente cuando la gravedad o pronóstico de la patología o los daños así lo aconsejen, sin esperar al agotamiento de los plazos.



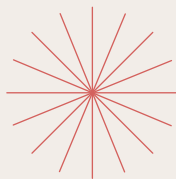
Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social

A las mutuas les corresponden varias actividades diferenciadas en la IT:

- **Contingencias profesionales:** accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Son los procesos ocasionados o agravados por la actividad laboral, o durante el desplazamiento hacia o desde el lugar de trabajo y en alguna otra circunstancia (tareas de misión, actividad sindical...). También incluye los períodos de observación de enfermedad profesional. A diferencia de las CC, la incidencia de estos procesos se mantiene similar entre 2017 y 2024, una vez superado el bache del COVID, aunque ha aumentado la duración de la IT en un 30%, según los datos de la AIREF.

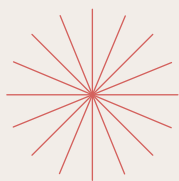
En las consultas de Atención Primaria se percibe un elevado número de rechazos de la contingencia profesional en situaciones potenciales de ser calificadas como accidente de trabajo. Además, se observan altas tempranas por parte de la mutua de contingencias profesionales, que pasan a seguimiento por los servicios del SPS, a menudo con baja por contingencia común. Sería interesante conocer la evolución del número de reclamaciones para determinación de contingencias y su resolución, procedimiento por el que el INSS decide si el seguimiento del proceso y la contingencia corresponde a la mutua (profesional) o al SPS (común).

- **Seguimiento de la IT por CC, para contrastar la pertinencia de esta y la evolución de la persona trabajadora.** A partir de ahí pueden ofrecer procedimientos diagnósticos o terapéuticos en determinadas situaciones y con aceptación del trabajador o la trabajadora, y pueden proponer el alta laboral a través de la Inspección Médica del SPS.



Propuestas

- A.** Garantizar que las mutuas reconozcan el origen laboral de la IT notificado por la empresa y se responsabilicen de la valoración y la asistencia médica de la persona trabajadora hasta el final del proceso.
- B.** Potenciar los convenios con las mutuas para la recuperación temprana de las personas trabajadoras con IT, proporcionando los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios.
- C.** Realizar, a través de la Inspección Médica, determinaciones de contingencias ante el INSS de oficio cuando se aprecia una alta probabilidad de origen laboral de una enfermedad o accidente, informando a la persona trabajadora, pero sin necesidad de que lo solicite.



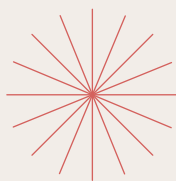
Salud laboral y su papel en el apoyo a la gestión de la incapacidad temporal

En el informe de la AIREF se aboga por la participación de la empresa y de los servicios de Salud Laboral en la facilitación de información sobre las tareas desempeñadas por la persona trabajadora a los médicos y médicas que emiten las bajas, entre otras propuestas.

Como se ha comentado, en los datos adelantados por los expertos de la OCDE en los países evaluados, además de potenciar los procedimientos rehabilitadores y de recuperación de la salud, se están implementando diferentes medidas para facilitar el regreso de la persona trabajadora a su actividad laboral en las bajas prolongadas con diferentes medidas: incorporación progresiva al puesto de trabajo con reducción de jornada, adaptación del puesto de trabajo o cambios en el puesto laboral.

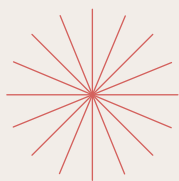
Cualquier medida que se pretenda llevar a cabo en esta dirección precisaría de la participación de los servicios de Salud Laboral. Sin embargo, en España no están desarrollados los mecanismos para su participación en el proceso de IT y, en la práctica, rechazan habitualmente el contacto con la persona trabajadora mientras está de baja para la adaptación de su puesto de trabajo, y solo contactan con ella una vez que se reincorpora a su actividad laboral. De hecho, no existe comunicación formal a Salud Laboral de la situación de IT, ni el médico o la médica del SPS recibe información sobre las tareas concretas del trabajador o trabajadora que puedan influir en la necesidad o no de mantener la situación de baja.

La única información que se recibe, de forma habitual, es la visita de la persona trabajadora en activo tras el reconocimiento laboral periódico con exploraciones, pruebas diagnósticas y analíticas, a menudo sin ninguna relación con los riesgos laborales y sin que a menudo exista evidencia científica de su utilidad en población sana. Se ha de recordar que la prevención y promoción de la salud en población general es una tarea específica de Atención Primaria, conforme diversas normas, entre ellas el artículo 5.1 del Real Decreto 137/1984, y que las actividades que deben llevarse a cabo han de venir avaladas por la efectividad y la eficiencia de las mismas, evitando duplicar actividades y gasto.



Propuestas

- A.** Incluir a los servicios de Salud Laboral en el acceso a la información sobre la situación de IT. La comunicación favorece el conocimiento de Salud Laboral sobre los procesos de baja en cada entorno y las acciones encaminadas a la prevención.
- B.** Facilitar el acceso a Salud Laboral de las personas trabajadoras a partir de los 60 días de IT. La resolución de los procesos se enlentece a partir de esa fecha y es necesario contar con todos los recursos.
- C.** Valorar la adaptación del puesto laboral cada 3 meses a partir del tercer mes en función del grado de recuperación de la persona y del pronóstico de la enfermedad.
- D.** Potenciar las acciones de prevención en función del riesgo del puesto de trabajo por parte de Salud Laboral, con el fin de asegurar que el dinero dedicado incide de la mejor manera posible en la salud de la persona trabajadora.



Reflexiones finales

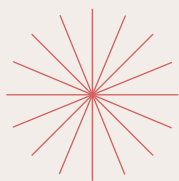
Los médicos y las médicas de familia somos plenamente conscientes de la importancia de la IT como mecanismo de protección social que favorece la recuperación adecuada de la salud, al evitar riesgos derivados de una reincorporación precoz al trabajo, y que tiene una relevante función social y preventiva.

Se debe gestionar de la manera más eficiente posible, evitando sobrecostes, buscando el mayor beneficio para la persona trabajadora y su pronta recuperación e incorporación a su actividad laboral.

También sabemos que seguiremos siendo el eje del sistema sanitario y requerimos los recursos humanos, organizativos y tecnológicos necesarios para poder hacer frente a nuestras tareas. Asimismo, exigimos la colaboración y asunción de responsabilidades del resto de agentes del sistema.

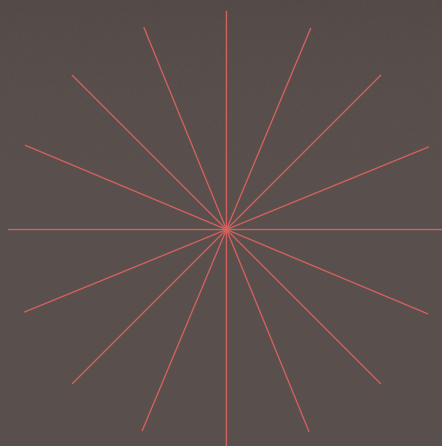
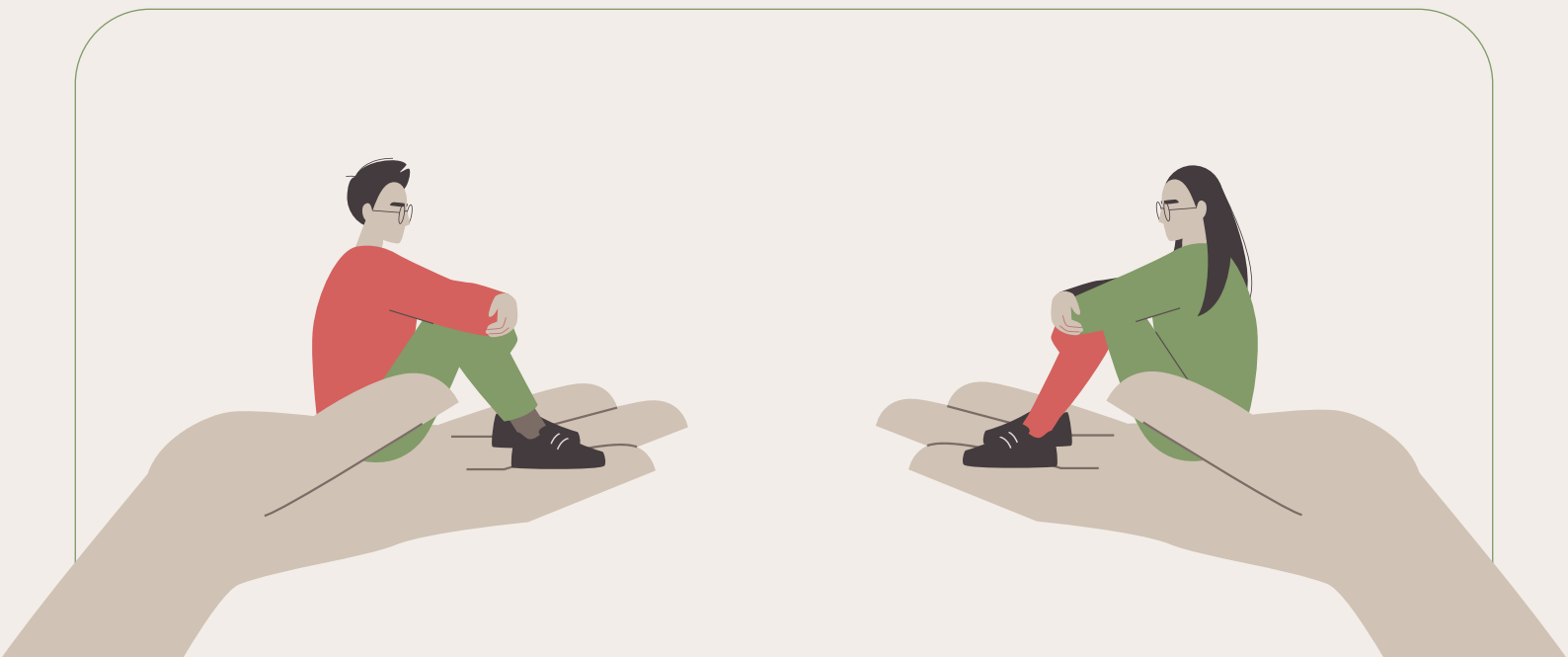
Es necesario que las y los legisladores establezcan los cambios necesarios que adecuen la IT a la realidad asistencial y social de nuestros tiempos, implementando las medidas tecnológicas que eviten la burocracia y la reiteración de actos inútiles o perniciosos.

Lamentando que no se nos considere interlocutores en el diálogo social, como médicos y médicas, como trabajadoras y trabajadores y como personas expertas en la gestión del día a día, seguiremos aportando propuestas para el debate y los cambios que ahora, por fin, parece que se proponen, tanto en la normativa de la IT como en la de Salud Laboral desde los respectivos ministerios.



Referencias bibliográficas

1. Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF). Evaluación del gasto público. Estudio Incapacidad Temporal. [Internet]. Febrero de 2026. Disponible en: https://www.airef.es/wp-content/uploads/2026/02/SpendingReview-2022-2026-fase-2/SR2226F2_IT.pdf
2. Ministerio de Sanidad. Jornada de presentación del estudio en colaboración con la OCDEL 24/4/2026. [Internet]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/w/el-gobierno-apuesta-por-el-consenso-para-avanzar-en-una-mejora-de-la-gestion-de-la-incapacidad-temporal-centrada-en-la-salud-de-los-trabajadores>
3. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/w/el-gobierno-pone-en-marcha-el-observatorio-de-la-incapacidad-temporal-para-estudiar-c%C3%B3mo-mejorar-la-salud-y-la-recuperaci%C3%B3n-de-los-trabajadores%C2%A0>
4. 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. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2014-7684>
5. Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre, por el que se modifica el 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. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-160>
6. 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. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724>
7. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574>



semfyc.es