



NI UN DÍA MENOS

*El **DERECHO** a la **SALUD**
y **RECUPERACIÓN** de las
personas trabajadoras*

- Valoración de CCOO de las causas que explican la evolución de la prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes y propuestas de acción para anticipar los plazos de recuperación de la salud

NI UN DÍA MENOS

***El DERECHO a la SALUD
y RECUPERACIÓN de las
personas trabajadoras***

Edita: Confederación Sindical de CC00.

Elaboración: Secretaría de Políticas Públicas y Protección Social
Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente

Madrid, marzo 2026

Contenido

1. El objetivo de la prestación de Incapacidad temporal	5
2. El crecimiento de la IT supone un reto financiero importante pero manejable	5
2.1 Gasto público en relación con el conjunto de la atención sanitaria	5
2.2 Gasto público en IT en relación con la evolución del conjunto de la economía y el marco de relaciones laborales.....	9
2.3 Coste empresarial	16
2.3.1 Causa de la singularidad del pago empresarial de la IT del 4º al 15º día	17
3. No se observa una utilización abusiva de la prestación	19
3.1 España comienza a confluir con Europa, pero es necesario mejorar los indicadores internacionales	19
3.2 La incidencia crece, pero no la duración media de los procesos.....	23
3.3 Crecen sobre todo los procesos de muy corta duración, que no generan gasto público, y de forma muy inferior los que superan los 365 días.....	26
3.4 No es cierto que los lunes se produzca un incremento “anómalo” de altas de IT	27
3.5 No existe ningún territorio en el que se produzca una utilización abusiva de la prestación ...	28
3.6 Las diferencias de gestión territoriales que se producen tienen causas objetivas	30
4. El crecimiento de la IT puede explicarse en su mayoría por causas objetivas	32
4.1 Comportamiento tradicional procíclico	32
4.2 Efectos Covid en salud pública.....	32
4.3 Envejecimiento de la población	35
4.4 Salud mental	39
4.5 Mejora respuesta sanitaria en enfermedades antes fatales y ahora cronificadas.....	41
4.6 Capacidad de respuesta del Servicio Nacional de Salud (listas de espera)	42
4.7 Subregistro de enfermedades profesionales e infra determinación contingencia profesional	43
4.8 Algunas propuestas que mejorarían el subregistro de enfermedades profesionales y la infra declaración de contingencia profesional	45
4.8.1 Implantación de mecanismos de “diagnóstico de sospecha”	45
4.8.2 Vinculación directa de la Mutua en el reconocimiento inicial de los procesos de IT de contingencia profesional	46
4.8.3 Establecimiento de un “bonus-malus” efectivo para prevenir accidentes de trabajo.....	46

5. Análisis de la evolución de las prestaciones de IT: actuar sobre los resultados en salud puede desplegar efectos financieros relevantes	47
5.1 Evolución de las prestaciones	47
5.2 Análisis de las posibles causas	53
5.2.1 Movimiento de la población.....	53
5.2.2 Efecto incidencia/duración.....	54
5.2.3 El papel de la incapacidad permanente	56
5.2.4 Dotación insuficiente de recursos en la administración de Seguridad Social y sanitaria.....	58
5.3 Actuar sobre los resultados de salud en determinadas patologías puede desplegar efectos relevantes sobre el crecimiento del gasto público.....	59
6. No hay ausencia de control público de la IT: actuación de la Inspección médica del INSS y de los facultativos de primaria del SNS.....	61
6.1 La Inspección médica del INSS.....	61
6.1.1 Grave insuficiencia de plantillas	61
6.1.2 Modelos de actuación más eficientes	63
6.1.3 Primeros resultados de los nuevos modelos de actuación	65
6.2 Los médicos facultativos de atención primaria del Sistema público de Salud	69
6.2.1 Plantillas de atención primaria, congeladas en relación con la población desde hace más de una década	69
6.2.2 Actualización de los procedimientos de control y seguimiento de la IT	71
6.2.2.1 Información en tiempo real	71
6.2.2.2 Control sostenido de la asistencia sanitaria y sus resultados	72
6.2.2.3 Intercomunicación en acciones de control entre el INSS, SPS y Mutuas	74
7. El informe de AIReF desenfoca las causas que explican la evolución de los procesos de incapacidad temporal y obvia la variable “salud”	76
7.1 Supone una oportunidad perdida para reforzar el Sistema público de Salud.....	76
7.2 La invisibilización de la dimensión de la salud queda patente en las ausencias en el análisis de las causas últimas que explican la evolución de la prestación.....	77
7.3 El informe se centra en listar ideas preconcebidas que apuntan una visión fraudulenta que, sin embargo, luego no se demuestran	78
7.4 El informe adolece de aparentes limitaciones metodológicas derivadas de que su objetivo no es determinar las causas de la evolución de la IT, sino una descripción estadística del gasto.....	79
7.5 Elementos del Informe AIReF que sí resultan relevantes	79
8. Las Mutuas pueden ayudar en la recuperación de enfermedades en las que son especialistas, pero no en otras	80
9. Conclusiones y propuestas.....	83

1. EL OBJETIVO DE LA PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

La prestación de incapacidad temporal está regulada en el artículo 169 de la Ley General de la Seguridad Social¹ que establece el derecho de las personas trabajadoras que se encuentran impedidas para el trabajo por causa de enfermedad o accidente, a percibir una prestación económica durante el tiempo que esté recibiendo asistencia sanitaria pública hasta que recupere la salud y pueda volver al trabajo.

La prestación de incapacidad temporal, por tanto, protege dos derechos de las personas trabajadoras reconocidos constitucionalmente:

- El derecho a recuperar su salud (art. 43 CE)
- El derecho a volver a su trabajo (art. 35 CE)

De este modo, el objetivo de la prestación es el de proteger económicamente a la persona trabajadora durante el tiempo imprescindible en el que están recibiendo la asistencia sanitaria que permita recuperar la salud y poder volver al trabajo, ni un día más ni un día menos.

Desde el escrupuloso respeto a esta premisa, lo que cabe establecer en primer lugar es si el gasto en incapacidad temporal es el que se hay que tener o no en base a la necesidad de atención sanitaria que presentan las personas trabajadoras. Y, adicionalmente, si existen márgenes de actuación sanitaria y administrativa para lograr la recuperación de la salud de las personas trabajadoras enfermas en un plazo de tiempo más corto, para permitir así la reducción del gasto por esta vía.

2. EL CRECIMIENTO DE LA IT SUPONE UN RETO FINANCIERO IMPORTANTE PERO MANEJABLE

Es indudable que el gasto en incapacidad temporal está creciendo de forma significativa, pero conviene centrar esta cuestión en sus justos términos a partir de un análisis riguroso del conjunto de elementos que influyen. Centraremos así nuestro análisis en el doble reto que supone tanto el gasto público como los costes empresariales que se derivan de esta prestación, con especial atención a las posibles causas que pueden ayudar a explicarlo.

2.1 Gasto público en relación con el conjunto de la atención sanitaria

La prestación de incapacidad temporal por contingencia común es, en la práctica, una dimensión complementaria de la prestación de asistencia sanitaria que ofrece el Sistema Público de Salud. Por tanto, una evaluación completa de la misma exigiría hacerse en el marco del conjunto del gasto sanitario, e

¹ Puede consultarse la literalidad de la norma en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-11724&p=20250730&tn=1#a169>

incluso del conjunto del sistema de protección social, ya que ambas prestaciones están íntimamente interrelacionadas.

Cabe así comenzar señalando el diferencial histórico que arrastra España en relación con la media de la Unión Europea y aún más con relación a los países de nuestro entorno económico. El diferencial de gasto público en cualquier caso es evidente en cualquiera de las referencias que se utilicen, tal y como se puede observar en los cuadros siguientes.

Gasto en protección social (% PIB)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
France	32,02	31,87	32,01	31,73	31,48	31,28	35,1	33,28	31,97	31,31
Finland	31,05	31,41	31,37	30,22	29,76	29,73	31,59	30,77	29,6	31,29
Austria	29,21	29,19	29,06	28,7	28,47	28,62	33,3	32,08	29,61	30,01
Germany	27,27	27,57	27,83	27,72	27,87	28,33	31,07	30,14	28,77	28,61
Italy	28,35	28,44	27,91	27,71	27,75	28,1	33,03	30,44	28,81	28,05
Denmark	33	32,4	31,16	30,74	30,53	30,44	32,07	29,74	26,86	27,86
Belgium	28,62	28,65	27,83	27,35	27,36	27,25	31,03	28,71	27,18	27,8
Euro area – 20 countries (from 2023)	28,01	27,74	27,61	27,27	27,19	27,33	30,91	29,25	27,59	27,39
Sweden	28,98	28,56	28,91	28,44	28,04	27,41	29,04	27,58	27	27,06
Switzerland	24,48	25,19	25,58	25,92	25,41	25,98	29,63	27,77	26,3	26,66
European Union - 27 countries (from 2020)	27,43	27,13	27,06	26,66	26,5	26,63	29,98	28,39	26,75	26,65
Netherlands	28,53	27,73	27,56	27,09	26,64	26,39	28,62	27,22	25,35	25,82
Iceland	22,78	21,9	21,99	23,22	23,77	24,88	30,3	29,08	25,61	25,43
Spain	24,9	24,05	23,24	22,86	23,13	23,68	29,46	27,46	25,23	25,06
Norway	24,74	26,55	27,85	27,1	26,06	27,12	30,18	25,45	20,11	24,32
Portugal	25,47	24,77	23,99	23,62	23,13	23,06	26,34	25,55	23,67	22,72
Slovenia	23,69	23,57	23,11	22,46	22,04	22,07	25,96	24,89	23,93	22,71
Luxembourg	20,79	20,35	19,99	20,64	21,01	21,38	23,89	21,35	21,85	22,45
Poland	18,98	18,88	20,24	19,52	18,94	20,61	23,01	22,24	20,58	22,16
Cyprus	19,67	19,42	18,88	17,9	17,08	17,98	23,68	21,2	19,08	20,81
Bosnia and Herzegovina	20,09	19,47	19,87	19,26	18,95	19,24	21,56	19,33	18,21	20,33
Croatia	21	21,02	21,06	20,77	20,77	20,78	23,52	22,04	20,55	20,23
Czechia	18,81	18,18	18,02	17,56	17,7	17,95	20,91	20,56	19,37	20,22
Slovakia	17,86	17,41	17,76	17,61	17,34	17,31	18,92	18,63	17,79	19,63
Bulgaria	17,82	17,14	16,88	16,4	16,4	16,06	18,11	18,21	18,05	18,82
Latvia	14,76	15,08	15,24	15,05	15,52	15,92	17,73	19,7	18,59	17,76
Montenegro	:	:	18,18	17,21	16,18	16	22,04	18,67	18,24	17,75
Serbia	20,69	19,43	19,05	18,25	18,27	18,17	19,36	18,23	17,76	17,54
Hungary	19,43	18,67	18,45	17,88	17,25	16,24	17,81	17,3	16,36	16,5
Lithuania	14,52	14,76	14,6	14,41	15,31	15,99	18,9	17,97	16,24	16,17
Romania	14,42	14,25	14,63	14,59	14,61	14,89	16,91	16,27	16,23	15,98
Estonia	14,49	15,65	16,02	15,4	15,8	15,88	18,63	16,91	15,42	15,29
Malta	17,48	16,11	15,92	14,63	14,07	14,24	18,34	16,54	14,29	13,23
Ireland	19,82	14,91	14,98	13,91	13,29	12,83	14,58	12,77	11,16	12,5

Fuente: Eurostat

Gasto en sanidad /atención sanitaria (% PIB)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
France	9,07	9,07	9,14	9,09	9,03	8,95	9,86	10,23	9,94	9,61
Germany	9,1	9,19	9,27	9,19	9,33	9,53	10,04	9,85	9,62	9,59
Netherlands	10	9,19	9,14	9,12	9,15	9,18	10,04	9,79	9,3	9,33
Iceland	8,04	7,93	8,09	8,27	8,56	8,69	9,51	9,58	9,23	9,01
Switzerland	7,39	7,76	7,95	8,11	7,94	8,22	8,86	8,71	8,61	8,52
Austria	7,4	7,42	7,39	7,45	7,54	7,72	8,34	8,62	8,35	8,43
Slovenia	7,31	7,62	7,68	7,63	7,58	7,64	8,88	8,53	8,84	8,30
Euro area – 20 countries (from 2023)	8,1	8,01	7,98	7,93	7,95	8,04	8,87	8,77	8,41	8,29
European Union - 27 countries (from 2020)	7,8	7,71	7,7	7,62	7,63	7,73	8,53	8,44	8,05	7,98
Cyprus	3,3	3,38	3,42	3,28	3,34	4,4	5,86	5,86	6,58	7,86
Sweden	7,5	7,45	7,51	7,4	7,48	7,47	8,26	7,95	7,71	7,82
Belgium	8,3	7,65	7,4	7,35	7,39	7,45	8,23	8,21	7,61	7,79
Croatia	6,67	6,94	6,87	6,9	6,93	7,01	7,73	7,89	7,59	7,28
Finland	7,46	7,43	7,12	6,81	6,73	6,8	7,09	7,12	7	7,21
Norway	7,07	7,56	7,79	7,66	7,41	7,79	8,59	7,57	5,99	7,19
Spain	6,48	6,58	6,14	6,32	6,32	6,6	8,23	7,95	7,43	7,17
Czechia	5,9	5,76	5,85	5,74	5,91	6,05	7,2	7,28	6,72	6,66
Bosnia and Herzegovina	6,47	6,2	6,41	6,35	6,23	6,52	7,25	6,81	6,07	6,46
Portugal	6,08	6,01	6,04	6,02	6,05	6,16	7,02	7,12	6,79	6,41
Italy	6,65	6,56	6,47	6,42	6,39	6,37	7,33	7,04	6,59	6,20
Denmark	6,82	6,79	6,68	6,57	6,56	6,48	6,97	7,16	6,14	6,19
Slovakia	5,52	5,44	5,77	5,59	5,69	5,64	5,81	6,02	5,61	6,03
Poland	4,33	4,46	4,77	4,46	4,17	5,00	5,53	5,73	5,29	6,01
Luxembourg	5,44	5,22	5,08	5,29	5,47	5,62	6,16	5,74	6,14	5,98
Montenegro	:	:	4,78	4,75	4,81	5,06	7,37	6,67	6,74	5,89
Serbia	5,38	4,91	4,75	4,62	4,94	4,86	5,73	5,68	5,72	5,51
Ireland	7,08	5,45	5,65	5,33	5,26	5,14	5,70	5,23	4,92	5,30
Latvia	3,58	3,69	3,81	3,83	4,26	4,66	5,26	6,56	6,15	5,27
Estonia	4,25	4,46	4,78	4,61	4,72	4,63	4,97	5,00	4,72	5,12
Hungary	4,8	4,92	5,02	4,91	4,82	4,6	5,57	5,57	5,13	5,01
Bulgaria	4,93	4,59	4,7	4,69	4,86	4,85	5,44	5,32	4,93	4,98
Lithuania	4,1	4,41	4,58	4,51	4,65	4,87	5,67	5,44	5,15	4,79
Malta	5,7	5,29	5,39	4,98	4,84	5,08	5,52	5,33	4,80	4,59
Romania	3,87	3,79	3,96	3,96	4,22	4,44	4,91	4,37	4,52	4,43

Fuente: Eurostat

Eurostat da cuenta de que el gasto en protección social de España es de 2 puntos porcentuales de PIB menos que la media de los países que conforman la Eurozona y respecto del gasto en sanidad y atención sanitaria la diferencia se sitúa en 1 punto porcentual de PIB. Una diferencia que se incrementa con relación a los países económicamente más relevantes de la UE.

Otras fuentes internacionales, como es el caso de la OCDE, señalan esta misma situación en términos similares, de modo que España presenta una inversión de gasto público en salud muy inferior a la de los países con las economías más avanzadas de la UE. Se registra así un diferencial de entre 2 y 3 puntos porcentuales de PIB con respecto a más de una docena de países de la UE que conforman tradicionalmente nuestra referencia económica más próxima.

Gasto sanitario (% PIB) - 2024

	Público	Privado	Total
Germany	10,6	1,7	12,3
Austria	9,0	2,8	11,8
Switzerland	8,0	3,8	11,8
France	9,7	1,8	11,5
Sweden	9,7	1,6	11,3
United Kingdom	9,1	2,1	11,1
Belgium ¹	8,1	2,9	11,0
Finland ¹	8,6	2,0	10,6
Portugal	6,4	3,9	10,2
Netherlands	8,3	1,7	10,0
Slovenia	8,6	1,3	9,9
Norway ¹	8,3	1,4	9,7
Denmark	7,8	1,6	9,4
OECD38	7,1	2,2	9,3
Spain¹	6,7	2,5	9,2
Iceland	7,5	1,5	9,0
Czechia	7,2	1,3	8,5
Italy	6,3	2,2	8,4
Slovak Republic ¹	6,8	1,6	8,4
Greece ¹	4,8	3,3	8,1
Poland	6,3	1,8	8,1
Bulgaria ²	5,0	2,9	7,9
Estonia	6,0	1,8	7,8
Lithuania	5,1	2,5	7,6
Latvia ¹	4,6	3,0	7,6
Croatia ²	6,1	1,1	7,1
Ireland	5,3	1,5	6,9
Hungary	4,8	1,7	6,5
Luxembourg	5,1	0,8	5,9
Romania ²	4,4	1,4	5,7

Notas: (1): dato estimado 2024; (2): dato 2023.

Fuente: OCDE Health Statistics 2025

Cabe, por tanto, concluir en este apartado con una llamada de atención al hecho de que una parte de la evolución del gasto en incapacidad temporal puede tener una relación directa con la menor inversión que nuestro país hace en relación con el conjunto del gasto sanitario público. La insuficiencia de recursos preventivos, diagnósticos y de atención con los que el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar los problemas de salud del conjunto de la ciudadanía despliega así efectos relevantes con relación a las prestaciones de incapacidad temporal, tanto en su incidencia como en su duración.

2.2 Gasto público en IT en relación con la evolución del conjunto de la economía y el marco de relaciones laborales

En relación con la evolución del gasto público propiamente referido a la prestación de incapacidad temporal cabría comenzar por señalar la necesidad de que, en el análisis, además de la evolución nominal del gasto asociado a la prestación, incluyamos también referencias adecuadas que nos permitan establecer su evolución relativa respecto del conjunto de la actividad económica en general y particularmente respecto del mercado de trabajo.

Realizamos nuestro análisis considerando un periodo lo más amplio posible, hasta dos décadas, que nos permita así realizar una evaluación de largo plazo en la que seamos capaces de aislar lo mejor posible el fenómeno de los elementos de coyuntura que necesariamente interfieren en análisis realizados sobre periodos de tiempo más cortos.

Hemos también de llamar la atención sobre el hecho de que los datos de prestaciones de IT que se refieren más atrás del año 2007 carecen de la robustez que sí garantizan las estadísticas oficiales de acceso público ofrecidas por el INSS², utilizadas en nuestro informe, no obstante, el gasto de IT con relación a las cotizaciones es similar, cercano al 7%, tanto en 2007 como en 2024.

Resulta evidente el incremento nominal que presenta el gasto asociado a la prestación de IT, que se ha triplicado desde el año 2004 hasta hoy. Sin embargo, el ritmo de su evolución queda mucho más matizado si la comparamos con la registrada con los **principales indicadores de la actividad económica** (principalmente el PIB) y del **marco de relaciones laborales** (principalmente los ingresos por cotizaciones, que se derivan del volumen de empleo y de los salarios, así como también de la tasa de desempleo).

Si tomamos en conjunto estos indicadores podemos comprobar que el gasto en IT en relación con la evolución de las cotizaciones apenas había registrado cambios en el año 2019 (previo al Covid) respecto del que se registraba en 2005.

² Son varios los fenómenos que explican este hecho. Entre todos ellos destaca que el ejercicio 2007 fuese el primero en el que el INSS, en virtud de los convenios de colaboración suscritos con los servicios autonómicos de salud, dispusiese de un sistema informático integrado plenamente operativo que le permitía hacer un seguimiento en tiempo real de los partes de IT emitidos por los médicos facultativos de atención primaria; mientras que en ejercicios previos la información se remitía al INSS mayoritariamente mediante sistemas de volcado de datos realizados de forma periódica.

Evolución comparada del gasto en IT en relación a la economía y la actividad laboral

Año	Gasto IT (millones euros)	Ingresos por COTIZACIONES (millones euros)	Relación Gasto IT/Ingresos cotizaciones (porcentaje)	PIB (millones euros)	Relación Gasto IT/PIB (porcentaje)	Tasa desempleo T2 EPA (porcentaje)
2004	5.830	81.600	7,14%	860.059	0,68%	11,09%
2005	6.407	87.907	7,29%	928.122	0,69%	9,32%
2006	6.851	95.402	7,18%	1.004.976	0,68%	8,44%
2007	7.254	103.263	7,02%	1.077.541	0,67%	7,93%
2008	7.534	108.187	6,96%	1.112.432	0,68%	10,36%
2009	7.176	106.553	6,73%	1.072.990	0,67%	17,77%
2010	6.733	105.491	6,38%	1.077.145	0,63%	19,89%
2011	6.241	105.312	5,93%	1.068.690	0,58%	20,64%
2012	5.360	101.059	5,30%	1.035.964	0,52%	24,40%
2013	5.015	98.210	5,11%	1.025.652	0,49%	26,06%
2014	5.473	99.198	5,52%	1.038.949	0,53%	24,47%
2015	6.149	100.569	6,11%	1.087.112	0,57%	22,37%
2016	6.888	103.640	6,65%	1.122.967	0,61%	20,00%
2017	7.586	109.223	6,95%	1.170.024	0,65%	17,22%
2018	7.485	115.069	6,50%	1.212.276	0,62%	15,28%
2019	9.527	124.255	7,67%	1.253.710	0,76%	14,02%
2020	11.888	119.952	9,91%	1.129.214	1,05%	15,33%
2021	12.469	131.857	9,46%	1.235.474	1,01%	15,39%
2022	13.590	140.248	9,69%	1.375.863	0,99%	12,69%
2023	14.095	154.399	9,13%	1.497.761	0,94%	11,67%
2024	16.464	165.577	9,50%	1.594.330	1,03%	11,27%

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social y M. Economía

Resulta así interesante el análisis de la evolución registrada por el conjunto de indicadores entre 2007 y 2024. Cabe comenzar señalando la fuerte correlación que presenta esta prestación respecto del ciclo económico, singularmente clara en relación entre la evolución del importe nominal del gasto en IT y la tasa de desempleo registrada. Se puede observar con claridad cómo evolucionan todos ellos a lo largo de los sucesivos ciclos económicos, con la salvedad de algún ejercicio aislado.

En cualquier caso, el gasto en IT en relación con los ingresos por cotizaciones presenta una tendencia diferente. Cabe llamar la atención sobre el hecho de que esta relación se sitúa en la mayor parte del periodo entre el 7,02% y el 9,5%. A este respecto debemos destacar, en primer lugar, que, aunque reiteradamente se ha señalado por parte de algunos actores institucionales que el gasto en IT se ha más que duplicado en 7 años (un 117%) pasando de 7.586 a 16.494 millones, si se pone en relación con las cotizaciones este incremento es mucho menor habiendo pasado del 6,95% al 9,5% (un 36,7%)

La relación entre gasto en IT e ingresos por cotizaciones sociales se ha mantenido así en el entorno del 7% con leves variaciones por efecto de los ciclos económicos (pero siempre entre el 5% y el 7,6%) prácticamente hasta la pandemia por Covid.

Proyectando esta relación de gasto en el tiempo podemos inferir qué gasto en IT sería el que hubiese correspondido de haberse mantenido la relación tradicional que venía presentando la prestación desde 2007. Así, considerando que 2007 el gasto en IT se situó en 7.254 millones de euros y los ingresos por cotizaciones alcanzaron los 103.263 millones de euros, y que en 2024 los ingresos por cotizaciones alcanzaron los 165.577 millones de euros, si actualizáramos la relación gasto/ingresos de 2007 a la fecha actual, el gasto en IT en 2024 debería haber sido de 11.631 millones de euros. Por tanto, el incremento de gasto a considerar es el que se deriva de la diferencia entre los 11.631 millones euros que se derivarían por efecto de la evolución de la actividad económica y el empleo, y el gasto efectivamente producido en 2024 situado en 16.464 millones de euros. De este modo, el “incremento adicional” que realmente se ha producido en 2024 se limita a 4.833 millones de euros, que equivale exclusivamente al 29,3% del total del gasto generado por la prestación.

Las variables que mejor ayudan a explicar en sus términos precisos el “incremento adicional” que se ha registrado en el gasto de IT es **el empleo y los salarios**. El número de personas protegidas por la prestación de incapacidad temporal ha pasado de 19,7 millones de promedio de 2007 a 22,2 millones en 2024 (ha crecido un 12,7%); de la misma forma que, analizados los datos fiscales que se derivan de las rentas del trabajo, los salarios se han incrementado en un 38%, una cifra por cierto bastante próxima a la evolución del IPC.

También resultan relevantes los efectos que se derivan del progresivo **envejecimiento de la población trabajadora**, un fenómeno, por cierto, en el que tendemos a converger con los países de la UE. A partir de los datos que ofrece el INE a través de la Encuesta de Población Activa, la distribución etaria de los ocupados ha evolucionado como se muestra en el cuadro siguiente:

Evolución de la composición de edad del mercado de trabajo

Grupo edad	2007	2024	Evolución 2007-2024 (puntos porcentuales)
25-34	33,39%	20,52%	-12,87 pp
35-44	31,49%	26,79%	-4,70 pp
45-54	23,53%	31,59%	+8,06 pp
55-65	11,59%	21,10%	+9,51 pp

Fuente: elaboración propia CCOO, datos EPA

Resulta evidente el envejecimiento que registra nuestro marco de relaciones labores, donde con carácter general aumentan su peso relativo los mayores de 45 años, y de manera incluso más pronunciada los mayores de 55 años. Este fenómeno se produce no sólo por la evolución estrictamente demográfica de una pirámide de población como la nuestra, sino también por efecto del aumento de la tasa de ocupación

de las personas trabajadoras de mayor edad, entre otras causas por efecto de medidas laborales y de protección social pactadas en el marco del diálogo social.

Destaca entre ellas el escudo social levantado frente al Covid y los efectos de la crisis derivados por la invasión rusa de Ucrania, que mediante el impulso de la figura de los expedientes de regulación temporal de empleo (ERTE) han evitado que las empresas acudan a despidos masivos como los que se dieron en la crisis financiera de 2008; y también juegan un papel destacado los incentivos a la jubilación demorada y las modalidades de compatibilidad de pensión y trabajo acordados en el marco de las reformas de pensiones del periodo 2021-2024.

Para poder determinar el impacto que despliega el fenómeno del envejecimiento sobre la evolución de gasto en IT, podemos partir del análisis de la información que ofrece la herramienta de AIReF³ para estos grupos de edad que permite establecer los procesos de IT reconocidos por tramos de edad y su duración promedio, de modo que cabe también inferir el gasto público generado.

El envejecimiento de la población trabajadora afecta de múltiples formas a la evolución registrada por la IT y el gasto que genera. Cabría destacar 3 efectos. El primero se refiere al aumento del número de procesos, ya que, aunque registran una incidencia más baja que los grupos de edad más jóvenes, su mayor peso relativo sobre el conjunto del mercado de trabajo implica un mayor número de procesos. El segundo se deriva de la mayor duración media de las prestaciones, al precisar mayor tiempo para la recuperación de la salud, de modo que por esta vía las personas trabajadoras de edad avanzada presentan un mayor número de procesos per cápita que generan gasto público. Y el tercero se deriva del mayor coste de las prestaciones como consecuencia de que son más altas las bases de cotización de los trabajadores de mayor edad, de igual modo que su contribución al sistema de Seguridad Social es también más alta como consecuencia de este mismo hecho.

Respecto del número de prestaciones que generan gasto público, podemos señalar que de los 1,46 millones de procesos de IT que tienen los trabajadores protegidos con edades entre 55 y 64 años, el 47% (aproximadamente 690.000 prestaciones) generan gasto público al superar los 15 días de duración. Mientras que en el tramo entre 25 a 34 años, de casi 2 millones de procesos de IT, solamente una cuarta parte (500.000 aproximadamente) han conllevado gasto público.

Con la misma incidencia, si la distribución etaria del 2024 hubiera sido la del 2007, se reduciría el número de procesos de IT de 2,63 millones de casos a 2,52 millones. Es decir, se producen 4,18% más de procesos que generan gasto, simplemente por el envejecimiento de la población protegida.

³ Se trata de un cuadro de mando interactivo que permite visualizar la evolución de la IT entre 2017 y 2024 en 9.500 grupos diferentes de trabajadores del régimen general y en 240 grupos de trabajadores del régimen especial de funcionarios del Estado de MUFACE. Es accesible desde la siguiente dirección web: <https://it.evaluacion.airef.es/dashboard/>

Procesos IT que generan gasto público (duración más 15 días) - 2024

Grupo edad	Número de procesos IT (millones)	% respecto del TOTAL procesos IT	Gasto (millones €)	% respecto del Total del Gasto	Duración media todos los procesos IT (días)	Duración media de los procesos IT que generan gasto público (días)
25-34	1,96	22,85%	0,47	17,90%	26,93	101,7
35-44	2,11	24,55%	0,66	25,20%	41,00	122,8
45-54	2,12	24,61%	0,80	30,50%	55,56	140,75
55-64	1,46	17,04%	0,69	26,30%	79,35	162,68

Fuente: elaboración propia CCOO, datos AIReF

Efecto del envejecimiento de la población trabajadora sobre el gasto en IT

Proyección de los procesos de IT que se habrían producido en 2024 de mantener la distribución de edad del año 2007

Grupo edad	Número de procesos IT realmente producidos 2024 (millones)	Procesos de IT teóricos que se habrían producido de mantener la distribución de edad de 2007 (millones)	Distribución por edad del mercado de trabajo 2007	Distribución por edad del mercado de trabajo 2024
25-34	0,473	0,770	33,39%	20,52%
35-44	0,66	0,776	31,49%	26,79%
45-54	0,802	0,597	23,53%	31,59%
55-65	0,695	0,382	11,59%	21,10%
Número de procesos IT que han generado gasto público (millones)	2,63	2,52		

Fuente: elaboración propia CCOO, datos AIReF

En relación con la mayor duración de los procesos de IT como consecuencia del envejecimiento progresivo de la población trabajadora, cabe destacar dos hechos. En primer lugar, los procesos de IT que generan gasto público son mayores, tal como señalábamos antes, solamente el 25% de los procesos de IT que generan gasto público, por superar los 15 días, entre las personas trabajadoras entre 25 y 35 años, frente al doble en la población entre 55 a 64 años. En segundo lugar, cuando han superado esos 15 días, las personas con edad más avanzada presentan dolencias que precisan un mayor tiempo de recuperación, un 60% superior a las personas más jóvenes.

Proyección de la duración de los procesos de IT que se habrían producido en 2024 de mantener la distribución de edad del año 2007

Grupo edad	Duración media de los procesos IT que generan gasto público (días)	Distribución por edad del mercado de trabajo 2007	Distribución por edad del mercado de trabajo 2024
25-34	101,7	33,39%	20,52%
35-44	122,8	31,49%	26,79%
45-54	140,75	23,53%	31,59%
55-65	162,68	11,59%	21,10%
Duración de los procesos IT (días)		124,60	132,56

Fuente: elaboración propia CCOO, datos AIReF

La duración promedio de los procesos de IT que en 2024 implicaron gasto público fue de 132,56 días, si bien la prestación financiada por el sistema público sólo cubre una duración de 117,6 días. Estos procesos, de haber mantenido un marco de diagnósticos y una estructura de población similar a la de 2007, habrían supuesto una duración media de 124,6 días de los que tienen cobertura de prestación de financiación pública 109,6 días.

El envejecimiento que registra el mercado de trabajo desde 2007 explica así un incremento del 7,2% de las duraciones medias de los procesos de IT que generan gasto público.

Con relación al efecto derivado de las bases de cotización que presentan cada grupo de edad, hemos de llamar la atención también respecto de que el mayor coste de la prestación viene también asociado a la mayor aportación contributiva que realizan las personas trabajadoras de mayor edad.

Bases de cotización y personas cotizantes por grupos de edad - 2024

Grupo edad	Número de personas Cotizantes	BC media (euros/mes)
Entre 25 Y 34 años	3.482.250	2.033,54
Entre 35 Y 44 años	4.053.442	2.294,87
Entre 45 Y 54 años	4.703.682	2.442,32
Entre 55 Y 64 años	2.954.510	2.437,07

Fuente: elaboración propia CCOO, datos AIReF y Seguridad Social

Evolución de la base de cotización

Grupo edad	Base de Cotización media (euros/mes) 2024	Distribución por edad del mercado de trabajo 2007	Distribución por edad del mercado de trabajo 2024
25-34	2.033,54 €	33,39%	20,52%
35-44	2.294,87 €	31,49%	26,79%
45-54	2.442,32 €	23,53%	31,59%
55-65	2.437,07 €	11,59%	21,10%
Base de cotización media (euros/mes)		2.258,80 €	2.317,83 €

Fuente: elaboración propia CCOO, datos AIReF y Seguridad Social

Al considerar de forma combinada los tres factores ligados al envejecimiento, podemos afirmar que el incremento de gasto en IT por persona protegida asociado a este fenómeno supone un 14,66%, desglosado de la siguiente manera:

Incremento de gasto en IT asociado al envejecimiento de la población, por persona protegida

Efecto sobre gasto IT por persona protegida	Incremento
Debido al incremento procesos con gasto público	4,18%
Debido al incremento de la duración de esos procesos	7,26%
Debido al incremento coste diario por mayores bases	2,61%
Total Incremento ligado al envejecimiento	14,66%

Fuente: elaboración propia CCOO, datos AIReF y Seguridad Social

El impacto agregado que este incremento por persona protegida despliega respecto del conjunto del gasto público, supone un incremento del gasto por importe de 1.704,84 millones de euros.

Con fundamento en todo lo planteado con anterioridad, cabría concluir que entre 2007 y 2024, el gasto público en IT ha pasado de 7.254 millones de euros a 16.464 millones, lo que supone un incremento nominal de 9.210 millones de euros.

No obstante, hay que tener en cuenta que 2/3 de este incremento de gasto se explica por la evolución de la actividad económica y el empleo y el envejecimiento del mercado de trabajo. Singularmente la evolución de la población protegida y la mejora de las bases de cotización explican el 47,5% del total de incremento, mientras que las consecuencias que despliega el envejecimiento de la composición del mercado de trabajo explican el 18,5% del total del gasto.

Causas que explican el incremento de gasto público en IT 2007-2024

Concepto	Importe (millones €)	Explicación variación	Variación total (millones €)
Gasto IT en 2007	7.254,00		
Incremento Cotizaciones (Bases, Población protegida)	4.377,42	47,5%	9.210
Incremento ligado a envejecimiento población protegida	1.704,84	18,5%	
Otras causas	3.127,74	34,0%	
Gasto IT en 2024	16.464,00		

Fuente: elaboración propia CCOO

De este modo, la parte del gasto que se debe a otras causas diferentes a las señaladas se limitan al 34% del incremento total registrado, 3.127 millones de euros, una cuantía claramente inferior a la utilizada como referencia en los relatos más alarmistas y que resulta totalmente manejable.

Cabe también señalar el hecho de que, dentro de estas otras causas, concurren varias que también explican la mayor parte de esta parte del incremento del gasto, entre las que destacan por su importancia las relacionadas con las condiciones de salud, como tendremos ocasión de analizar de forma pormenorizada en este informe.

2.3 Coste empresarial

El Banco de España en su último Informe anual ha estimado el coste directo empresarial de la prestación de incapacidad temporal en 4.613 millones de euros en el ejercicio 2024⁴. Este dato estima el coste directo agregado a partir de la Encuesta Trimestral de Coste Laboral (ETCL) que proporciona información sobre los pagos de la empresa por prestaciones por IT, en los que se incluyen los posibles complementos reconocidos en convenio colectivo, combinándolos a su vez con los datos de personas asalariadas ofrecidos por la EPA.

El dato ofrecido por el Banco de España contrasta con los publicados por las organizaciones empresariales y la Asociación de Mutuas colaboradoras que lo sitúan entre los 14.000⁵ y los 81.000⁶ millones de euros anuales, mostrando una clara desproporción que no es casual.

⁴ Este coste consta de la prestación económica entre los días 4 y 15 de baja (60 % de la base reguladora), los posibles complementos y mejoras —incluidos potencialmente desde el primer día de baja si así lo establece el convenio colectivo de aplicación o bien lo decide voluntariamente el empresario—, y las cotizaciones a la Seguridad Social. vid: BANCO DE ESPAÑA. Informe anual 2024, pg. 175 accesible en:

https://www.bde.es/f/webbe/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/24/Fich/InfAnual_2024.pdf

⁵ Así lo recogían varios medios de comunicación a partir de declaraciones de representantes de las organizaciones empresariales como hizo el diario Expansión el 27 marzo de 2025, vid: <https://www.expansion.com/economia/2025/03/27/67e5c6efe5fdeab7748b45ac.html> Si bien, en otras ocasiones las organizaciones empresariales han ofrecido estimaciones de costes para el año en 2025 en una cifra de 32.000 millones de euros de gasto en el que se incluye junto al coste que asumen las empresas el gasto público (unos 15.000 millones de euros en 2024), vid: noticia publicada en ABC el 25 de junio de 2025 a partir de declaraciones públicas de representantes de CEOE, CEPYME, AMAT (Asociación de Mutuas de Accidente de Trabajo) y ATA (Asociación de Trabajadores Autónomos) <https://www.abc.es/economia/empresarios-alertan-coste-absentismo-escalara-32000-millones-20250625144058-nt.html>

No obstante, debemos llamar la atención sobre el hecho de que las cifras ofrecidas en estos casos tienden a confundir intencionadamente varios fenómenos diferentes del estrictamente relacionado con el coste directo que deben asumir las empresas. Así, en ocasiones, se presenta el gasto derivado de las prestaciones de incapacidad temporal asociándolo al fenómeno genérico de “absentismo”, pese a que no puede atribuirse esta condición a las personas en baja médica ya que se encuentran en una situación administrativa “justificada”; de hecho, su ausencia del trabajo ha sido prescrita por un médico que es funcionario público y su situación está sometida a estrictos controles entre los que se incluye el que ejerce directamente el empresario⁷. En otras ocasiones, los datos ofrecidos tienden a confundir gasto público y coste empresarial, así como a atribuir posibles costes de oportunidad sin diferenciarlos de los costes estrictamente asumidos por las empresas.

En realidad, el uso abusivo e incorrecto del término absentismo que se hace desde estos sectores, es inadecuado siempre. La ausencia al trabajo injustificada, que sería el verdadero absentismo, es causa de decisiones disciplinarias, las vacaciones, permisos regulados legal o convencionalmente, situaciones de incapacidad temporal, ... no son absentismo injustificado, sino el ejercicio de un derecho, como el de recibir el salario a cambio de la prestación laboral.

En nuestra opinión se deben abandonar este tipo de discursos que, si bien pueden buscar impactar a la opinión pública, no hacen sino alarmar a la sociedad y trasladar una imagen distorsionada de la verdadera situación que atraviesa el sistema de Seguridad Social y aleja el foco de las necesidades reales que tiene que afrontar.

El reto financiero que presenta la incapacidad temporal es lo suficientemente relevante por sí mismo, sin necesidad de aderezos alarmistas y faltos de rigor. Pero, de igual manera, debemos situarlo en sus justos términos llamando la atención sobre el hecho de que, si bien este reto financiero es importante, también es de igual modo perfectamente manejable.

2.3.1 Causa de la singularidad del pago empresarial de la IT del 4º al 15º día

A menudo se señala como un sobre coste empresarial injustificado, que es necesario revertir, la singularidad que presenta nuestro ordenamiento en relación con la obligación de las empresas de asumir el pago de la prestación económica de incapacidad temporal de contingencia común entre los días 4º a 15º.

⁶ Así se titula la noticia publicada por AMAT (Asociación de Mutuas de Accidente de Trabajo) en su página web el 17 de junio de 2025, en el que se incluye el coste de oportunidad atribuido a la producción potencial asociada a los días de baja por IT que este caso estiman en 81.574 millones de euros para el ejercicio 2023, vid: <https://www.amat.es/la-incapacidad-temporal-equivale-a-un-coste-estimado-de-81-000-millones-de-euros-al-ano-en-terminos-de-pib/>

⁷ Todas las personas que se encuentran en situación de incapacidad temporal por contingencia común están sometidas a control de su situación por parte de: el servicio público de salud a través del médico de atención primaria que extiende la baja, los servicios de atención especializada y la inspección médica (art. 8 RD 625/2014); la inspección médica del INSS (art.8 RD 625/2014); el personal médico de las Mutuas colaboradoras (art. 82.4 LGSS); y la propia empresa para la que presta servicios (art. 20.4 ET).

Pues bien, conviene explicar el origen de esta singularidad y las causas que lo justifican.

La explicación de esta cuestión radica en la intensísima reducción de tipos de cotización por contingencias comunes (que sirven para financiar la prestación de IT que estamos analizando) que se produjo entre 1979 y 1994, y de la que se beneficiaron principalmente las cotizaciones que estaban a cargo de las empresas. En concreto las empresas han visto reducidos sus tipos nominales de cotización, en ese período, en 5,55 puntos porcentuales.

Evolución de los tipos de cotización por contingencias comunes del Régimen General									
	1979-1980	1981	1982	1983	1984	1985-1992	1993	1994 - hoy	Diferencia
A cargo del empresario	29,15	28,14	27,28	25,8	24,3	24	24,4	23,6	-5,55
A cargo del trabajador	5,15	4,96	4,82	4,8	4,8	4,8	4,9	4,7	-0,45
Total	34,3	33,1	32,1	30,6	29,1	28,8	29,3	28,3	-6,00

Fuentes: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

Coincidiendo con la última de estas reducciones de cotizaciones en 1994 se estableció la obligación empresarial de asumir el pago de las prestaciones de IT de contingencia común entre los días 4º y 15º de la baja, incorporándose desde entonces al texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Hemos de señalar que la recaudación derivada de cada punto de cotización por contingencias comunes se sitúa actualmente en el entorno de los 4.000 millones de euros anuales

Para finalizar hemos también de llamar la atención sobre el hecho de que desde que opera el conocido como Pacto de Toledo (1995) no se han vuelto a producir ninguna reducción de los tipos de cotización. Al contrario, en el marco de las medidas que se han impulsado desde este mecanismo de reforma basado en los acuerdos políticos y sociales amplios se ha optado por reforzar la suficiencia, adecuación y sostenibilidad de las prestaciones sobre la base de actuar sobre el crecimiento del gasto, preservando los derechos de las personas trabajadoras, al mismo tiempo que sobre el refuerzo de los ingresos del sistema y los comportamientos de cotización que, aún hoy, distan de ser homogéneos en el conjunto de las personas que trabajan en este país.

3. NO SE OBSERVA UNA UTILIZACIÓN ABUSIVA DE LA PRESTACIÓN

Los datos de gestión que ofrece el INSS de la prestación de incapacidad temporal de contingencia común muestran un comportamiento en el que queda patente que no existe ningún patrón del que pueda derivarse una utilización abusiva de la prestación; lejos de ello, su evolución puede explicarse por causas objetivas.

3.1 España comienza a confluir con Europa, pero es necesario mejorar los indicadores internacionales

Es habitual la utilización sesgada de los diferentes indicadores internacionales que ofrecen información comparada sobre el grado de utilización de las prestaciones de incapacidad temporal. Se tiende así a seleccionar de forma aislada el que pueda interesar coyunturalmente de cada momento, presentándolo bajo una etiqueta genérica sin dar cuenta precisa ni de lo que mide en realidad, ni de la metodología utilizada en cada caso.

En nuestra opinión es necesario que la estadística oficial de las instituciones públicas internacionales cuente con una metodología adecuada, garantista y común respecto de los indicadores que permitan una comparación homogénea respecto de las condiciones de trabajo y protección social.

Entre tanto esto se produce, hemos de llamar la atención respecto de que hay dos instituciones internacionales, Eurostat y OCDE, que ofrecen información al respecto de las situaciones asociadas a la incapacidad temporal, si bien no realizan sus indicadores con una metodología común ni comparable; por lo que sus resultados, lógicamente, son asimismo dispares.

Atendiendo a los indicadores ofrecidos por Eurostat, el sistema común estadístico compartido por los países que integramos la Unión Europea, el crecimiento registrado en España de la incidencia de las situaciones asociadas a la incapacidad temporal, en realidad, nos acerca a una situación similar a la que ya venían registrando el resto de los países de nuestro entorno europeo.

Por su parte, el indicador de la OCDE utilizado comúnmente por otros actores, sitúan el grado de utilización de las prestaciones sociales asociadas entre otras situaciones a la enfermedad por encima de la media de los países de nuestro entorno.

En base a los datos de Eurostat, España registra una de las tasas de ausencia laboral por causa de salud de las más bajas de la UE. Nuestro país se encuentra así por debajo de la media europea, tanto de la UE-27 como de la Zona euro, mientras que Francia, Austria, Dinamarca o Países Bajos se encuentran por encima de las dos medias y Alemania se encuentra entre ambas.

Porcentaje de personas que se han ausentado del trabajo por problema de salud

	2007	2013	2020
Poland	7,7	7,7	12,8
Luxembourg	2,4	5,5	8,5
Austria	8,3	10,5	8,0
Sweden	5,2	7,4	8,0
Iceland	4,6	:	7,1
Norway	5,5	6,0	6,9
Belgium	6,9	4,5	6,2
Switzerland	:	5,9	6,2
France	8,3	5,5	5,3
Netherlands	6,3	:	4,9
European Union - 27 countries	4,8	:	4,7
Denmark	7,8	3,6	4,7
Germany	3,4	:	4,3
Euro area - 19 countries	4,6	:	4,1
Spain	3,6	2,8	4,0
Estonia	4,8	4,2	3,8
Portugal	1,5	3,9	3,8
Slovakia	4,5	5,2	3,6
Latvia	2,6	4,4	3,3
Czechia	7,3	3,3	3,2
Slovenia	3,0	2,9	2,9
Italy	2,8	2,0	2,4
Romania	2,9	1,7	2,4
Ireland	1,4	1,0	2,0
Finland	9,7	4,5	2,0
Croatia	3,2	3,6	1,8
Cyprus	5,3	3,2	1,6
Hungary	1,4	2,6	1,6
Lithuania	3,4	1,2	1,5
Greece	2,2	1,4	1,4
Bulgaria	1,9	1,6	1,1
Malta	1,8	1,5	1,1

(:) dato no disponible

Fuente: Eurostat

En el caso del indicador utilizado por OCDE, sin embargo, se dice medir las ausencias de personas trabajadoras a tiempo completo en media, que sitúa los registros de España por encima de la media de los países de nuestro entorno en la misma fecha para la que se ha realizado el indicador de Eurostat.

Ausencias laborales por enfermedad (semanas por persona contratada a tiempo completo)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Norway	4,8	4,5	4,7	4,6	4,6	4,8	4,7	4,7	4,8	5,1	5,1	5,2	5,5	5,6	5,9
Finland	4,5	4,7	4,6	4,7	4,4	4,3	4,2	4,1	4,5	4,2	4,2	4,9	5,3	5,2	5,0
Spain	2,6	2,4	2,2	2,2	2,3	2,4	2,6	2,7	2,9	3,1	4,1	4,3	4,5	4,4	4,9
Slovenia	3,3	3,1	2,5	2,5	2,6	3,0	3,1	3,1	3,2	3,5	3,5	3,2	4,2	4,8	4,7
France	2,9	3,0	2,9	3,2	3,3	3,2	3,3	3,3	3,3	3,3	3,9	4,4	4,5	4,0	4,1
Portugal	1,8	3,0	2,9	3,0	3,2	3,4	3,5	3,5	3,7	3,7	4,4	4,1	4,7	4,0	4,1
Belgium	2,7	3,0	3,1	2,9	2,9	3,2	3,3	3,3	3,4	3,6	3,7	3,6	3,3	3,5	3,6
Germany	2,8	3,1	3,2	3,5	3,2	3,5	3,5	3,6	3,6	3,5		2,6	2,7	3,5	3,6
Austria	2,4	2,5	2,3	2,5	2,2	2,3	2,3	2,4	2,7	2,5	2,6	2,6	3,1	2,7	3,3
Sweden	2,8	2,9	3,1	3,2	3,3	3,6	3,6	3,4	3,3	3,3	3,9	3,4	3,6	3,4	3,3
Czechia	2,1	2,4	2,1	2,4	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,5	3,1	3,2	3,4	2,8	3,1
Netherlands	2,6	2,6	2,5	2,3	2,0	2,3	2,4	2,4	2,5	2,4	2,5	2,3	2,8	2,6	2,7
Croatia	1,3	1,5	1,4	1,4	1,6	2,0	2,6	2,6	2,7	2,7	2,8	3,3	3,0	2,8	2,4
Estonia	0,9	0,9	0,8	1,3	1,1	0,9	1,5	1,6	1,8	1,9	2,1	3,0	3,6	2,6	2,2
Iceland	1,7	1,7	1,9	1,8	1,7	1,6	1,7	D 1,8	D 1,6	D 1,6	D 1,9	D 2,1	D 3,1	D 3,2	D 2,2
Latvia	1,0	1,3	1,3	1,3	1,0	1,4	1,6	1,5	1,4	2,3	2,3	2,4	2,6	2,3	2,2
Switzerland	1,7	1,8	1,7	1,9	1,8	1,7	1,8	2,0	2,0	2,0	2,2	2,0	2,3	2,0	2,2
Denmark	2,2	2,0	2,0	1,8	1,9	1,9	2,2	2,2	2,1	2,2	2,2	2,2	2,5	2,0	2,1
Poland	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,9	1,8	2,0	2,0	2,4	1,9	1,8	1,6	1,7
Luxembourg	1,9	2,1	1,8	2,3	1,7	2,2	2,0	2,0	2,0	1,8	2,0	1,7	1,5	1,7	1,6
Ireland	D 1,3	D 1,4	D 1,4	D 1,5	D 1,5	D 1,5	D 1,1	D 1,3	D 1,4	D 1,4	D 1,5	D 1,8	D 1,9	D 1,6	D 1,5
Lithuania	0,4	0,6	0,4	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8	1,0	1,1	1,6	1,6	1,7	1,8	1,5
Slovak Republic	1,2	1,0	1,3	1,4	1,2	1,7	1,8	1,8	1,9	1,7	2,5	2,4	2,0	1,4	1,4
Italy	1,3	1,2	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5	1,4	1,1	1,0	1,0	1,7	1,7	1,3	0,9
Hungary	0,9	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	1,4	1,2	1,3	1,0	0,8
Bulgaria	0,4	0,4	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3	0,3	0,4
Greece	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2
Romania	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1

(D): Definición diferente; dato derivado de una metodología diferente que la seguida por OCDE

Fuente: OCDE

Hemos de advertir respecto de las diferencias existentes en la unidad de medida de ambos indicadores. La OCDE utiliza como unidad de medida “semanas al año por persona” de las personas trabajadoras por cuenta ajena a tiempo completo, mientras que el cuadro de Eurostat se refiere a personas que se han visto obligadas a ausentarse del trabajo por motivos de salud en el rango de edad 15-64 años (personas empleadas o previamente empleadas). Así, pues estamos ante dos indicadores que miden cosas diferentes y que en ningún caso pueden utilizarse como referencia global a la hora de establecer una comparación adecuada respecto de la utilización global que de la prestación de IT se hace en España y en el resto de los países de la UE o del mundo.

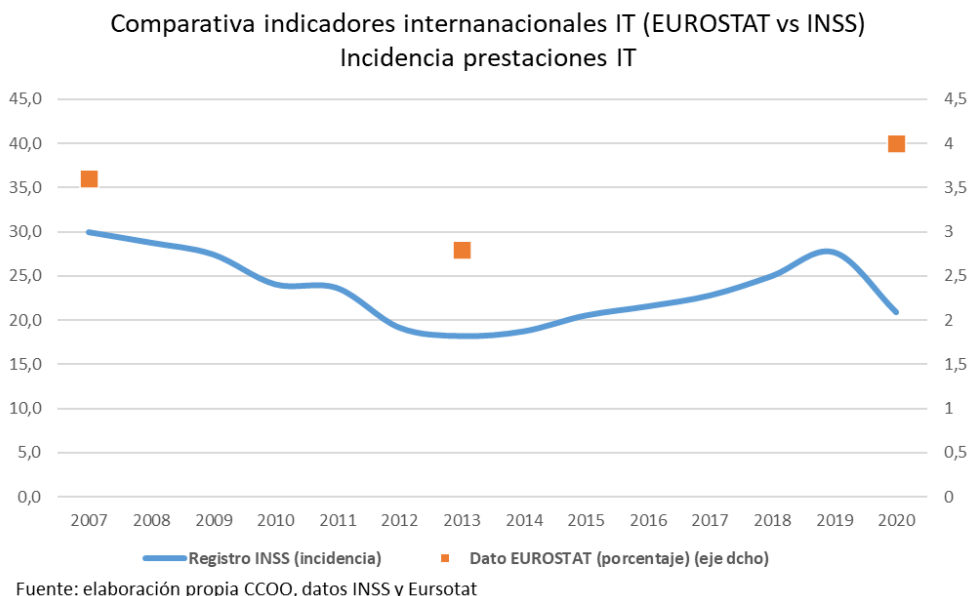
Más allá incluso, hemos de llamar la atención de las evidentes limitaciones metodológicas que presentan ambos indicadores respecto de los fenómenos que dicen medir en relación con los registros administrativos que el INSS realiza de la totalidad de prestaciones de IT reconocidas en nuestro país. La comparación de ambas referencias muestra con claridad que se trata de instrumentos que miden algo que no se ajusta exactamente al fenómeno de la prestación de IT, en los términos precisos en los que ésta se produce en nuestro ordenamiento.

Eurostat muestra así un dato de porcentaje de personas trabajadoras en IT que podría compararse con la incidencia media de la prestación que el INSS presenta como número total de nuevas prestaciones por cada 1.000 personas trabajadoras cubiertas.

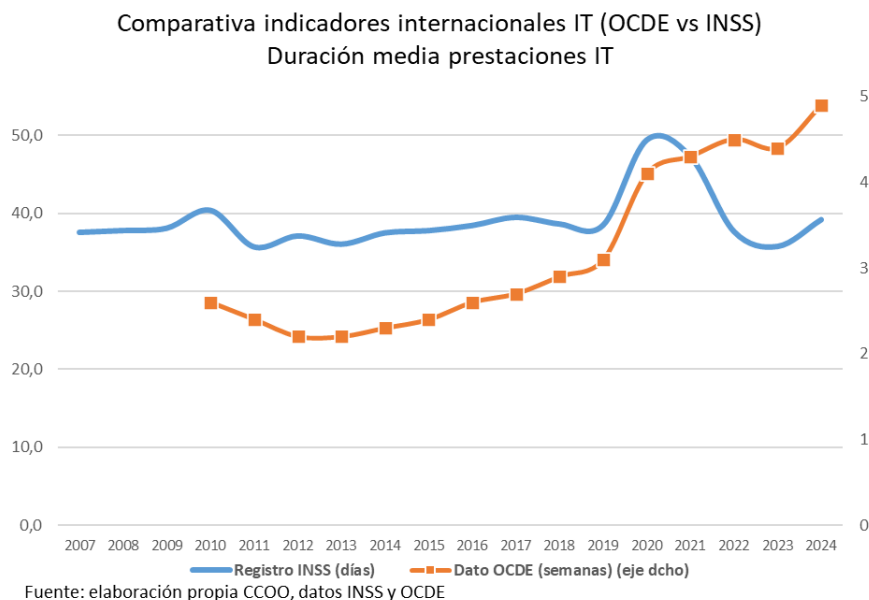
Sin embargo, la evolución que registra el dato Eurostat para la serie 2007, 2013, 2020 no se compadece completamente con el registro de incidencia que ofrece el INSS, ya que para el ejercicio 2020 el dato que ofrece Eurostat es muy superior al que realmente se produjo.

Recordemos que aquel año tuvo lugar la pandemia Covid que implicó la suspensión generalizada de la actividad social y económica por causa de la declaración de emergencia y el aislamiento forzoso de toda la población. Ello

redujo la incidencia de IT de contingencia común mientras que el grueso de la protección sanitaria frente al Covid se realizó mediante una prestación singular y extraordinaria denominada IT-Covid, que contaba con requisitos diferentes y de las que llegaron a reconocerse 8,7 millones de prestaciones entre marzo de 2020 y abril de 2022.



El mismo fenómeno de aislamiento forzoso provocó que las prestaciones de IT de contingencia común que ya estaban en curso alargasen de forma singular su duración hasta que terminaron las olas más críticas de la pandemia. Es precisamente este fenómeno de duración media el que aparentemente mide el indicador de la OCDE; pero tampoco presenta un perfil ni siquiera mínimamente alineado con el registro administrativo del INSS para la serie 2010-2024.



El perfil de indicador OCDE no se alinea con el registro del INSS ni antes ni después de la pandemia. Entre 2010 y 2019 la OCDE establece una duración media entre 2 y 3 semanas con clara tendencia de crecimiento, mientras que los registros del INSS sitúan de forma estable este indicador entre los 38 y 40 días (que equivaldría a 5,7 semanas).

Y, de la misma forma, tampoco se explica el hecho de que la duración media registrada por OCDE crezca de forma sostenida desde 2020, sin tener en cuenta que las prestaciones de IT de contingencia común volvieron a los registros medios tradicionales del sistema tras la pandemia.

Ni siquiera el hecho de haber considerado la IT-Covid como una prestación ordinaria de IT explicaría este fenómeno, ya que estas prestaciones han tenido una duración media de 12,7 días siendo así muy inferiores tanto al registro INSS como al propio indicador OCDE.

Parece claro que los indicadores internacionales utilizados habitualmente para comparar la IT en España y el resto del mundo, en realidad, miden cosas diferentes a los factores que realmente se precisan para evaluar la utilización de la prestación de IT en el sistema de Seguridad Social.

En cualquier caso, las diferencias metodológicas que ofrecen los indicadores de Eurostat y OCDE bien merecen una reflexión en torno a la necesidad de promover instrumentos homogéneos de medición, más precisos y con una amplitud de variables suficiente, que permitan una comparación útil y fiable de los elementos constitutivos de la prestación de incapacidad temporal. Una situación que, en nuestra opinión, hoy no se produce.

A continuación, se hace un análisis pormenorizado de la evolución de los indicadores utilizados por el INSS para realizar el seguimiento de las prestaciones de IT.

3.2 La incidencia crece, pero no la duración media de los procesos

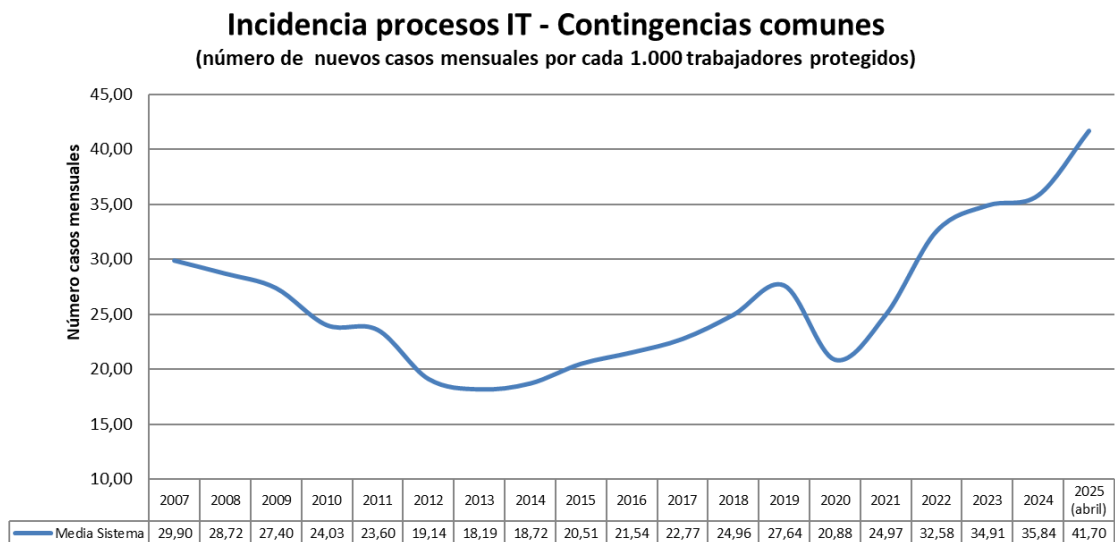
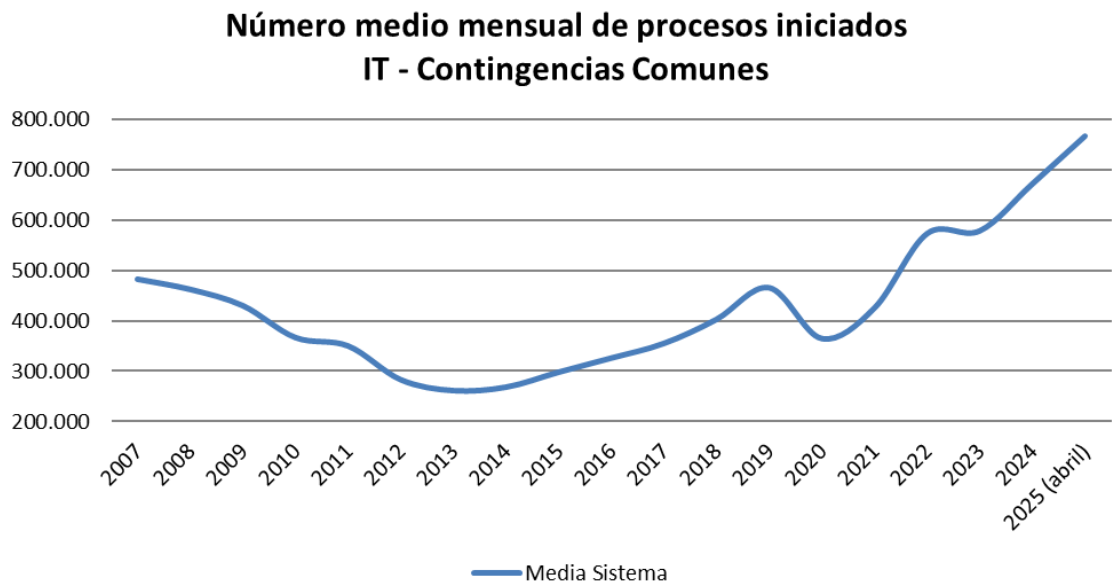
Como se comentará con mayor detalle más adelante, la utilización tradicional de la IT presenta tradicionalmente un perfil procíclico, de modo que crece en los momentos de crecimiento económico y se reduce cuando este se invierte.

En este sentido, es cierto que desde el año 2021 crece de forma intensa la incidencia de la Incapacidad temporal de contingencia común, un fenómeno, por cierto, que también se registró, si bien con menos intensidad, en la anterior etapa de recuperación económica 2013-2019.

No obstante, analizado este indicador en relación con otros complementarios (singularmente relevante la duración media de los procesos) no se observa un abuso en el uso de la prestación.

En 2024 el número total de prestaciones superó los 8,9 millones de prestaciones de incapacidad temporal, de los que 8,5 correspondieron a procesos de contingencia común.

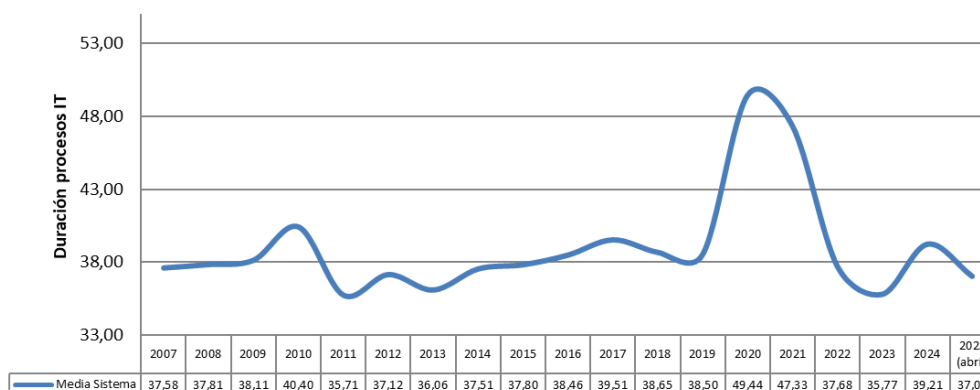
Se trata de un registro récord, tanto en número de procesos como respecto de la incidencia de estos, establecida con relación al número de prestaciones nuevas respecto del número de personas trabajadoras protegidas.



No obstante, el otro indicador principal de la prestación que incide sobre el gasto público es la duración media de las prestaciones, que se mantiene sin cambios significativos desde hace casi dos décadas. Desde el inicio de la serie en 2007⁸ la duración media de la ITCC se mantiene en el entorno de los 37-38 días, con mínimas variaciones y la salvedad del efecto que desplegó la pandemia por Covid durante el periodo 2020-2022.

⁸ Antes del año 2007 no existen series estadísticas completas.

**Duración de los procesos IT - Contingencias Comunes
(días)**



Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

En todo caso, en nuestra opinión, además de los indicadores tradicionales de análisis (incidencia, duración, prevalencia) convendría también incorporar otros adicionales que mejoren la precisión de los análisis del fenómeno y sus causas, si bien ninguno de ellos se ofrece actualmente en las estadísticas públicas que ofrece el sistema de Seguridad Social.

Aunque convendría confirmarlo con un análisis basado en datos más detallados, el hecho de que crezca la incidencia, pero no la duración media de la prestación podría explicarse por varios motivos:

- 1) Están incrementándose los procesos de muy corta duración y los de muy larga duración, pero en proporciones diferentes.
- 2) Están creciendo las diferencias territoriales.
- 3) La Covid19 ha modificado los comportamientos individuales ante la enfermedad y también la respuesta de la profesión sanitaria. La mayor sensibilización ante los problemas de salud es un hecho.

A continuación, intentaremos explicar en qué medida se producen estos fenómenos. Con toda probabilidad en la explicación intervendrán varios fenómenos de forma interrelacionada y lo harán otros adicionales a los señalados.

De la misma forma, y como más tarde se señalará con mayor detalle, también convendría incluir otros indicadores específicos relativos a la evolución de la incidencia, la duración media y mediana de determinados diagnósticos que se consideren estratégicos.

3.3 Crecen sobre todo los procesos de muy corta duración, que no generan gasto público, y de forma muy inferior los que superan los 365 días

Respondiendo a las posibles causas que pueden ayudar a explicar la evolución que registra la prestación de IT, debemos comenzar por evaluar cómo se explica el hecho de que crezca la incidencia, pero no la duración media de los procesos.

La causa se encuentra en la estructura de duración de los propios procesos de IT. Como se puede apreciar en el gráfico siguiente, cuando analizamos las nuevas altas de prestaciones.

El mayor incremento de las prestaciones de IT se concentra en duraciones singularmente cortas, inferiores a 3 días, que no generan derecho a ningún tipo de prestación pública y que suponen el 37,8% del total de procesos causados en 2024. En su evolución se aprecia un posible cambio de tendencia en las causas últimas de salud y comportamiento que motivan las prestaciones de IT, ya que nunca hasta ahora se había registrado un volumen tan relevante de prestaciones en esta horquilla de duración.

Aunque no es el objeto de análisis de este apartado, hemos de llamar la atención de que no se trata necesariamente sólo de procesos de enfermedad en los que los síntomas se inician y terminan en el plazo de 3 días, sino también de aquellos otros que concentran sus episodios más agudos e inhabilitantes en el plazo máximo de 3 días (por ejemplo, procesos gripales severos que extienden sus efectos durante un plazo de 10 ó 15 días pero que concentran en 2 ó 3 días los síntomas más severos con fiebres altas y procesos gastrointestinales). A este respecto hemos de recordar que las infecciones del aparato respiratorio y otros episodios infecciosos concentran la mayor parte de procesos de IT reconocidos en 2024 y son los que concentran un crecimiento singularmente alto respecto del total de prestaciones causadas. En un apartado posterior de este informe se ofrece información detallada de este fenómeno.

Las prestaciones con duraciones entre 4 y 15 día registran también un leve incremento respecto de los ejercicios precedentes y, si bien mantienen una tendencia decreciente, siguen constituyendo el segundo grupo que mayor número de prestaciones de IT concentra. En 2024 el 28,5% del total de IT reconocidas tuvo una duración comprendida en estas horquillas de duración. Las prestaciones causadas en entre el día 4 y 15 de baja médica no generan gasto público, aunque las personas protegidas por ellas sí tienen derecho a prestación pública, pero su financiación la asumen las empresas como consecuencia de la reducción de tipos de cotización a cargo empresarial que se produjo durante las décadas de 1970 a 1990.

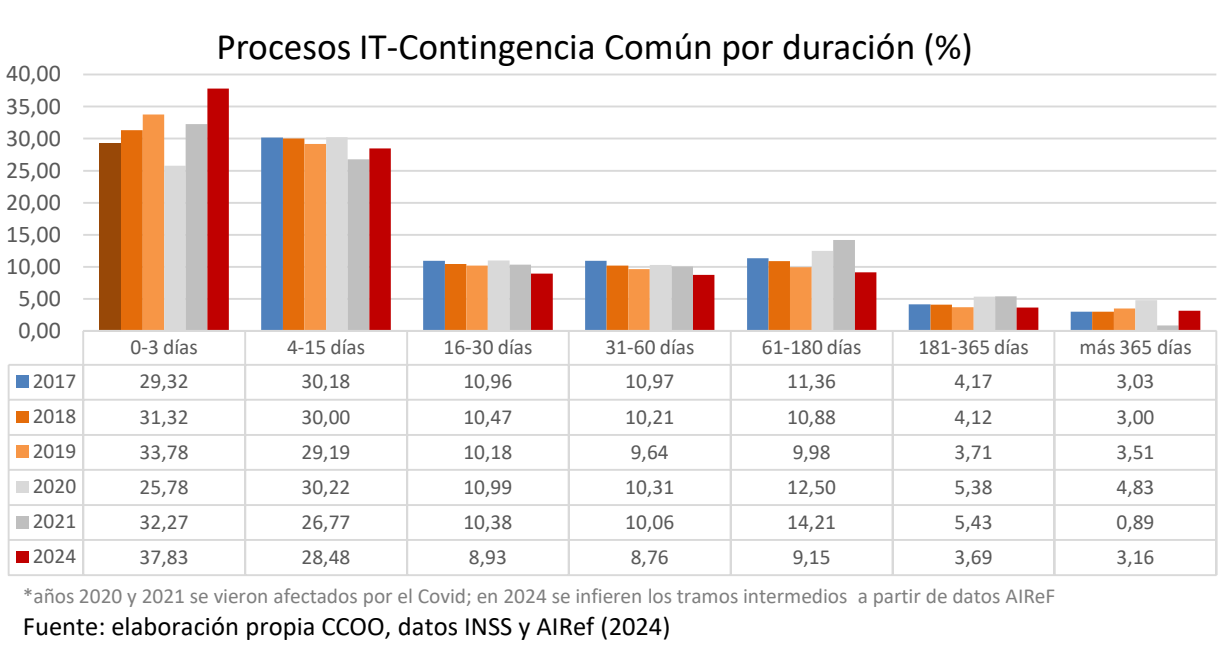
El 66,4% de las prestaciones de IT reconocidas (esto es, 2 de cada 3) tienen una duración inferior a 15 días, por lo que no generan gasto público.

Aunque el número total de prestaciones se ha incrementado como consecuencia de la evolución ya comentada de la incidencia de nuevos procesos, las prestaciones de más de 15 días de duración presentan un volumen respecto del total inferior al que se registraba durante todo el periodo previo.

En lo que respecta a los procesos de más de 15 días de duración, se registra una minoración del peso relativo de todos los grupos de tiempo que incluyen las prestaciones de entre 15 y 365 días.

Por su parte, respecto de los ejercicios precedentes, las prestaciones de duración superior a 365 días registran un incremento de su peso relativo. Se trata en todo caso de un fenómeno que trae su causa del efecto que se derivó de la pandemia Covid en 2020, momento en el que se redujo drásticamente la actividad económica y, al mismo tiempo, las nuevas altas de prestaciones de IT. Ello implicó que en el año 2022 el volumen de prestaciones de IT de duración superior a 365 días se redujese a mínimos históricos (ya que en el ejercicio previo casi no se habían reconocido nuevas prestaciones) y, desde entonces, el sistema viene ajustándose progresivamente en este parámetro. De hecho, pese al incremento interanual que presenta este indicador, su cuantía en 2024 (3,16%) sigue siendo similar a la que registraba en el periodo previo a la pandemia 2017-2019.

En cualquier caso, el análisis anterior no obsta para reconocer la relevancia que la duración de las prestaciones despliega sobre el gasto público.



3.4 No es cierto que los lunes se produzca un incremento “anómalo” de altas de IT

Los datos demuestran que no es cierto el relato que presenta el número de altas de IT registrados los lunes como una señal que pueda apoyar la idea de una utilización fraudulenta de la prestación, al considerar que las personas trabajadoras solicitan la baja médica cuando comienza su jornada semanal.

Al contrario, si analizamos el porcentaje de procesos que se registran cada uno de los 7 días de la semana podemos observar cómo los procesos de IT por contingencia común tienen una distribución bastante

homogénea (entre el 13 y el 19%⁹); como es lógico inferir teniendo en cuenta que la enfermedad común suele presentar patrones de incidencia aleatorios.

Sin embargo, a la hora de registrar administrativamente los procesos de IT sí debemos tener en cuenta que éstos los deben realizar los médicos facultativos de atención primaria de los servicios autonómicos de salud, que generalmente no pasan consulta ni sábados ni domingos, salvo en los casos que tienen asignado servicios de urgencias en sus centros de salud. Por tanto, las enfermedades que se producen durante el fin de semana se registran mayoritariamente los lunes, junto a los procesos iniciados este día.

Número de procesos de IT iniciados por día de la semana

Día de la Semana	2023		2024	
	Nº de procesos de IT	%	Nº de procesos de IT	%
LUNES	2.411.895	26,7%	2.521.155	27,2%
MARTES	1.734.303	19,2%	1.787.059	19,3%
MIÉRCOLES	1.617.357	17,9%	1.612.057	17,4%
JUEVES	1.498.272	16,6%	1.537.085	16,6%
VIERNES	1.209.944	13,4%	1.242.777	13,4%
SÁBADO	332.178	3,7%	330.830	3,6%
DOMINGO	230.028	2,5%	234.046	2,5%
Promedio de sábado a lunes	1.038.543	11,5%	1.049.714	11,3%
Total procesos	9.033.977	100,0%	9.265.009	100,0%

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

De este modo, al analizar de forma integrada los procesos acumulados entre el sábado y el lunes, el porcentaje de IT medio registrados estos días (11,5%) es incluso inferior al que se registra el resto de los días de la semana.

Que los lunes sea un día en el que se acceda de forma singularmente alta a las prestaciones de IT no es sino un bulo nacido de una interpretación sesgada de los datos que, en realidad, busca deslegitimar la prestación y culpabilizar a quienes se ven obligados a utilizarla para reponer su salud y poder volver al trabajo en condiciones adecuadas.

3.5 No existe ningún territorio en el que se produzca una utilización abusiva de la prestación

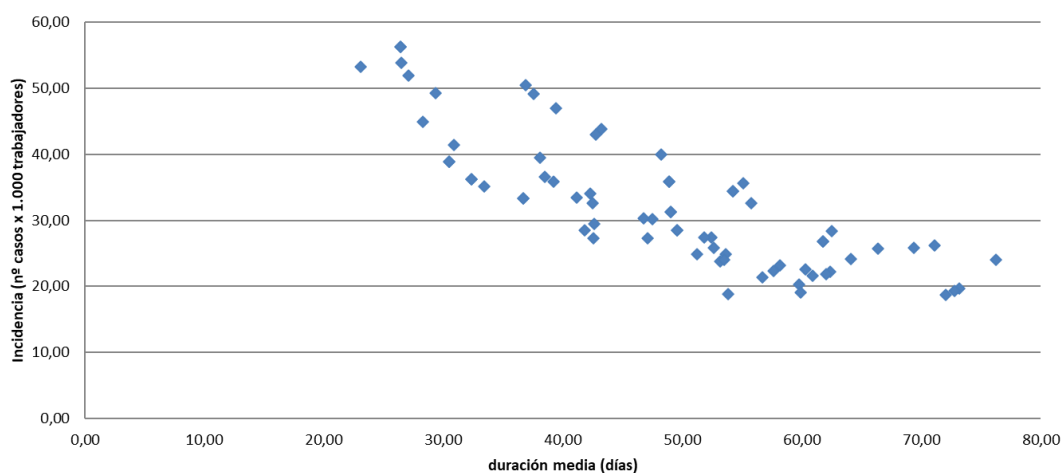
No es cierto que haya territorios en los que se produzca un “abuso” generalizado de la prestación. Sí se registran diferencias tradicionales entre territorios que pueden responder en gran medida a fenómenos objetivos (demográficos, económicos, etc.).

Tradicionalmente, en todos los territorios, se registra una relación inversa entre la incidencia y la duración media de las prestaciones de ITCC, de modo que no existe ningún territorio en el que se registre una alta

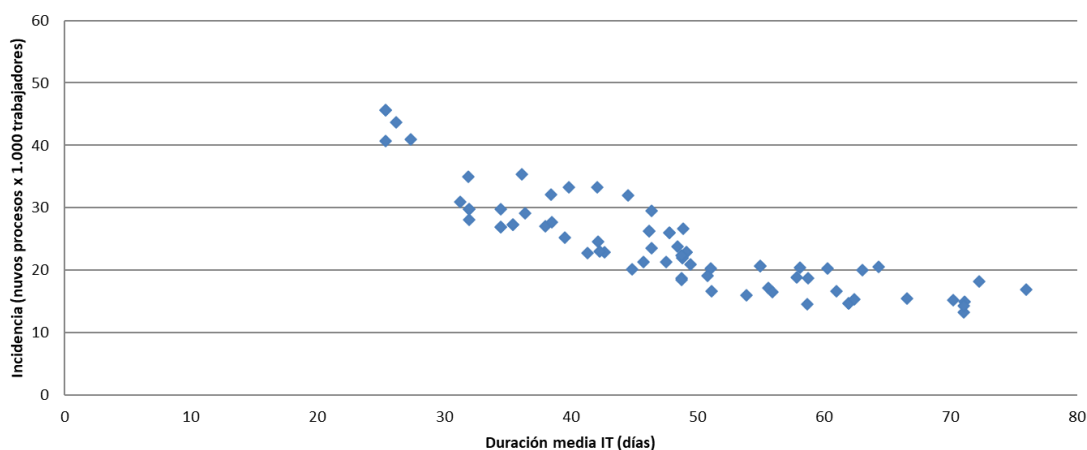
⁹ La media aritmética correspondería a una distribución del 14,3% para cada uno de los días de la semana.

incidencia y una larga duración de las prestaciones. Al contrario, en las provincias en las que se registra una alta incidencia son las que menor duración media presentan.

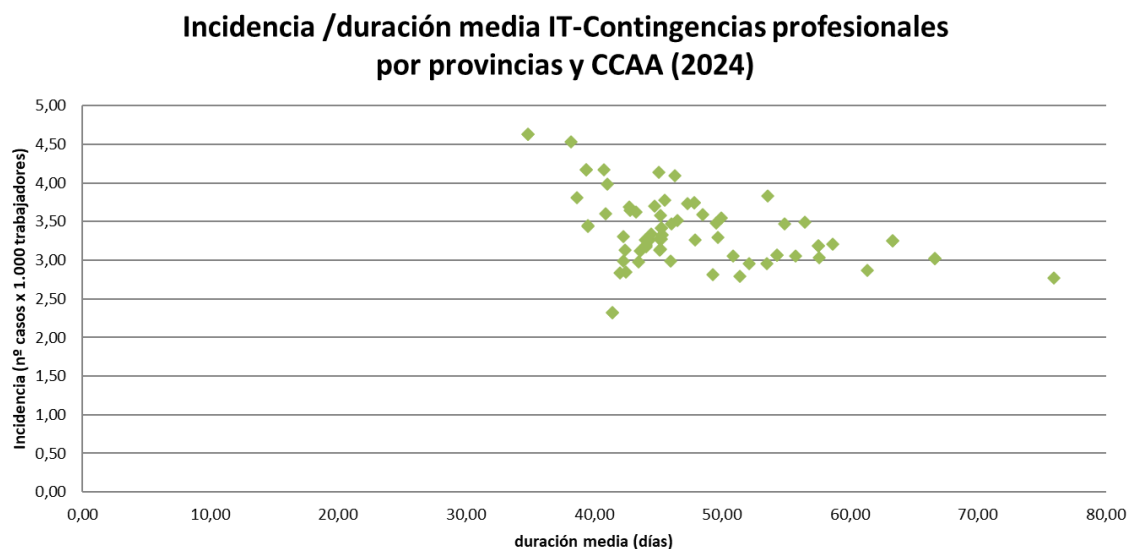
**Incidencia / Duración media IT-Contingencias comunes
por provincias y CCAA (2024)**



**Incidencia/Duración media IT Contingencias Comunes
por provincias y CCAA (2019)**



Este fenómeno no se produce con la misma claridad en el caso de las IT de contingencia profesional, atendiendo a la singularidad de la causa que provoca los AT y EP y que suele estar directamente relacionada con la actividad laboral.

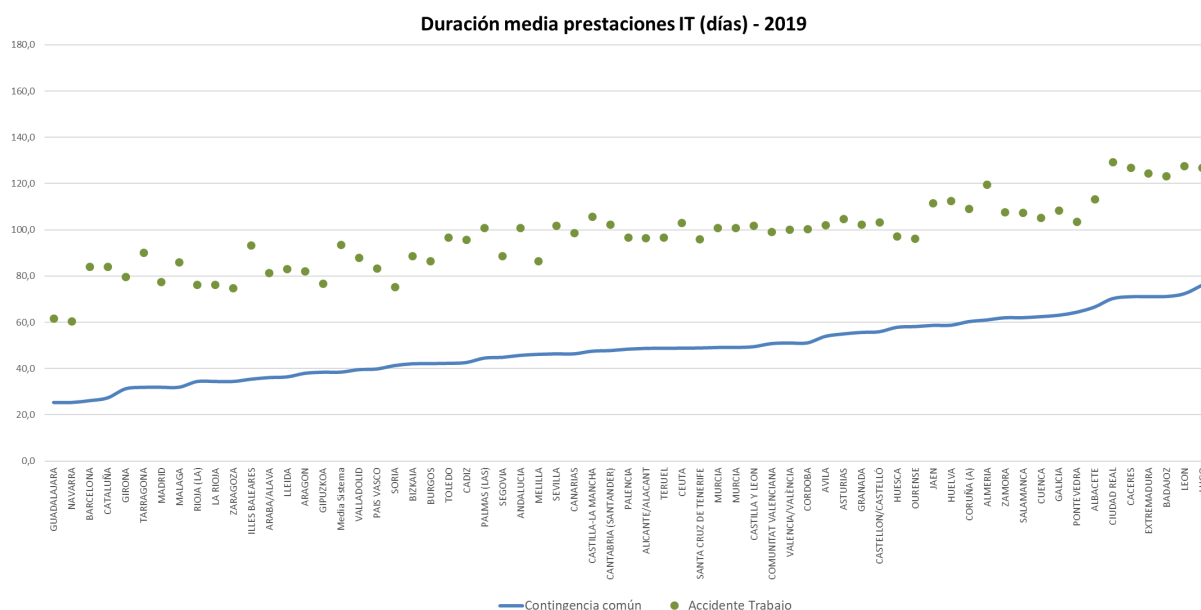


3.6 Las diferencias de gestión territoriales que se producen tienen causas objetivas

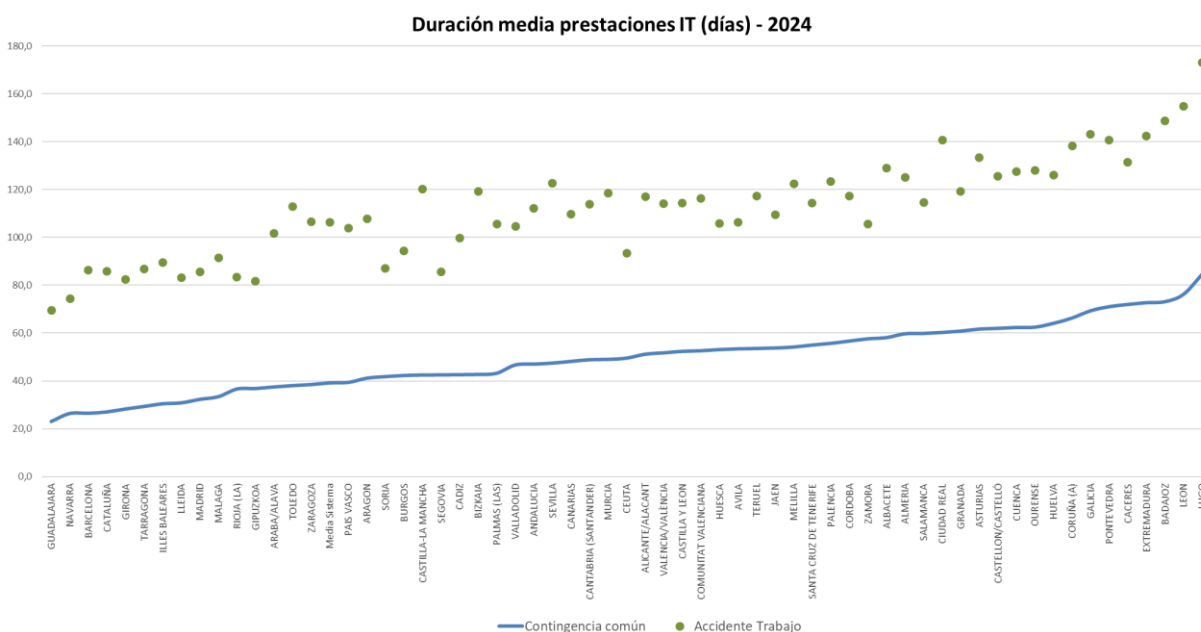
Es un fenómeno conocido la existencia de diferencias territoriales que registra la utilización de la incapacidad temporal de forma tradicional.

Estas diferencias se producen tanto respecto de la incidencia como de la duración media de las prestaciones, de modo que son siempre el mismo grupo de provincias las que presentan indicadores similares.

Se da, además, la circunstancia, de que las diferencias territoriales se producen tanto en el caso de las prestaciones derivadas de contingencia común (en las que el reconocimiento de la baja y el alta médica, así como la asistencia sanitaria, corresponde al Servicio Público de Salud) y las de contingencia profesional (que son competencia exclusiva de las Mutuas colaboradoras). Esta circunstancia es especialmente relevante en el caso de la duración media de las prestaciones.



Fuente: elaboración propia CCOO, datos INSS



Fuente: elaboración propia CCOO, datos INSS

De modo que carece de base empírica la presunción de que las diferencias territoriales se deben a una cuestión estrictamente relacionada con la gestión que realizan los Servicios Públicos de Salud frente al carácter unitario de la que hacen las Mutuas. Todo apunta a la existencia de fenómenos objetivos (demográficos, económicos, etc.) que coadyuvan a explicar una parte significativa de las diferencias territoriales que se producen.

4. EL CRECIMIENTO DE LA IT PUEDE EXPLICARSE EN SU MAYORÍA POR CAUSAS OBJETIVAS

Son varios los factores que confluyen a la hora de explicar el incremento de la utilización de las prestaciones de incapacidad temporal. A continuación, se presentan algunos de los más relevantes, incluyendo un análisis más detallado de los elementos ya señalados en apartados anteriores.

4.1 Comportamiento tradicional procíclico

Tal como mostrábamos en el punto 2 de este informe, es evidente la intensa relación de la evolución de la prestación de incapacidad temporal con el ciclo económico.

El Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones reconoce que, según sus cálculos, el 40% del incremento registrado en el gasto público por incapacidad temporal se explica por la evolución de la actividad económica, el empleo y los salarios. En el análisis realizado en este mismo informe hemos cuantificado dicho impacto en un importe que explica el 47,5% del incremento del gasto público registrado entre el año 2007 y el año 2024.

Cabe volver a incidir en que existe una relación inversamente proporcional entre la tasa de desempleo y el gasto en incapacidad temporal. En épocas de crisis económicas, como en 2012 en la que la elevación de la tasa de desempleo se juntó con un sobreendeudamiento de las familias, las personas trabajadoras priorizan sus necesidades económicas a su salud, pero cuando esta situación empieza a revertir, el gasto en incapacidad temporal en comparación con las cotizaciones sociales o con el PIB revierten a posiciones neutrales que se vienen situando en el 7% de las cotizaciones o el 0,7% del PIB.

A la vez que, en épocas de crecimiento económico, el gasto en incapacidad temporal vuelve a sus niveles normales, desde cotas anormalmente bajas, el gasto en desempleo tiende a bajar, actuando como una suerte de vasos comunicantes.

4.2 Efectos Covid en salud pública

La pandemia por Covid en 2020 ha supuesto un punto de inflexión en los componentes de salud y su percepción social, después de registrar en nuestro país millones de personas contagiadas y entre 122.000 y 140.000 fallecidos (2,2 millones en Europa, 7 millones en el mundo). Además de un aumento de la concienciación social por la salud, el Covid no sólo supone una enfermedad nueva, sino que también ha contribuido a aumentar el número de enfermedades leves preexistentes. No es casual que las 30 principales causas de enfermedad que causan IT de menos de 15 días, que acumulan casi 4 millones de procesos, corresponden en 2/3 a dolencias banales fuertemente relacionadas con infecciones leves pero que ahora cursan en mayor medida (gripes, amigdalitis, faringitis, gastroenteritis, ...).

El Banco de España¹⁰, haciéndose eco del barómetro sanitario del Centro de Investigaciones Sociológicas¹¹, señala que la demanda sanitaria de la población española se ha elevado del 70,2% (2018-2019) al 82,3% (Nov 2022). Se presenta también el dato de tiempos de espera de la población que ha tenido consulta con el médico de cabecera, que ha ascendido de 3,2 a 6,8 días. El porcentaje de población que ha acudido a urgencias en los doce últimos meses pasa del 29,7% al 44,5% y destaca el crecimiento del porcentaje de personas jóvenes (entre 18 a 34 años) que han acudido a urgencias públicas cinco o más veces en los 12 últimos meses que pasa del 2,9% al 8,8%, cifra que duplica la de la población general. También crece el porcentaje de la población que ha tenido consulta con un médico especialista, del 42,4% al 63,9%, siendo el crecimiento más significativo en la sanidad privada que en la pública.

En definitiva, nos encontramos con una situación en la que la salud ha incrementado su importancia en la vida cotidiana de las personas y, por tanto, en su vida laboral. Este incremento puede ser debido tanto a un aumento de los problemas de salud como a una mayor concienciación de los ya existentes. Incluso algunas de las patologías están teniendo consecuencias en el mercado laboral.

Alguna evidencia reciente parecería apuntar en esta dirección. Así, por ejemplo, Goda y Soltas (2022)¹² encuentran, para Estados Unidos, que la tasa de actividad de las personas que durante la pandemia tuvieron una baja laboral de al menos una semana de duración es, con posterioridad, 7 puntos porcentuales menor que en el caso de los trabajadores que no tuvieron ese tipo de baja. En el mismo sentido, en el Reino Unido se observa que el número de personas inactivas debido a enfermedades de largo plazo ha aumentado un 10,1% entre agosto de 2021 y agosto de 2022. En términos agregados, la magnitud de este efecto coincide con la reducción de 0,4 puntos porcentuales observada en la tasa de actividad en dicho país durante ese período.

Después del año 2020 tras la pandemia por COVID seguimos manteniendo unas permanentes olas de infecciones por el coronavirus, menos graves en su conjunto, pero constantes. Durante el año 2024 se han registrado unas 122.000 prestaciones de IT bajo el epígrafe U07 de la CIE 10, utilizado de forma genérica para señalar los procesos causados por etiologías relacionadas con el Covid¹³.

Sin embargo, sí se aprecia un cambio en las características de las IT de contingencia común. Aunque se han registrado unos 8.500.000 de procesos de IT en el año 2024, el 67% corresponden a situaciones que requieren menos de 15 días de ausencia laboral, según los datos aportados por la DGOSS.

¹⁰ HURATADO, S. e IZQUIERDO, M. Efectos económicos de un posible deterioro duradero en la salud general de la población española. BANCO DE ESPAÑA, 2023, disponible en: <https://repositorio.bde.es/handle/123456789/29790>

¹¹ Puede consultarse el último Barómetro Sanitario del CIS (abril 2025) en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2025/BS_2025_1a_oleada/es3509mar.pdf

¹² GODA, G.S. y SOLTAS, E., El impacto de la COVID-19 en los trabajadores (septiembre de 2022). Documento de trabajo del NBER n.º w30435, disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=4216221>

¹³ En febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció como código de emergencia en CIE-10, el U07.1 para la codificación de las infecciones por COVID-19

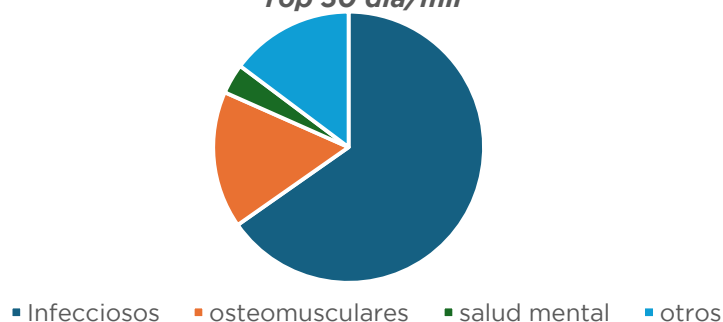
Con los datos facilitados por la DGOSS podemos comprobar que este tipo de procesos de duración corta se produce especialmente en personas entre los 16-24 años.

Conocemos así las 30 principales causas de enfermedad que causen las IT de menos de 15 días, que reúnen casi 4 millones de procesos. Podemos también valorarlas por grupos de enfermedades, destacando que 2/3 corresponden con dolencias banales como gripes, infecciones respiratorias leves, resfriado común, gastroenteritis...

Pero también comprobamos que incluso la duración media de estas situaciones ha descendido al comparar el año 2018 con 2024. En el CIE-10 en la clasificación de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99), en 2018 tenían una duración media de 6,03 días y en el año 2024 es de 4,93.

Podemos concluir que ha aumentado la incidencia de procesos cortos, especialmente por causas infecciosas leves, sobre todo en gente joven y se registra una menor duración de dichos procesos.

Número de procesos IT finalizados en 2024 de menos de 15 días (en miles) por categoría CIE-10. Top 30 día/mil



Elaboración propia CCOO. Datos INSS

Número de procesos IT finalizados en 2024 de menos de 15 días (en miles) por categoría CIE-10. Top 30 día/mil



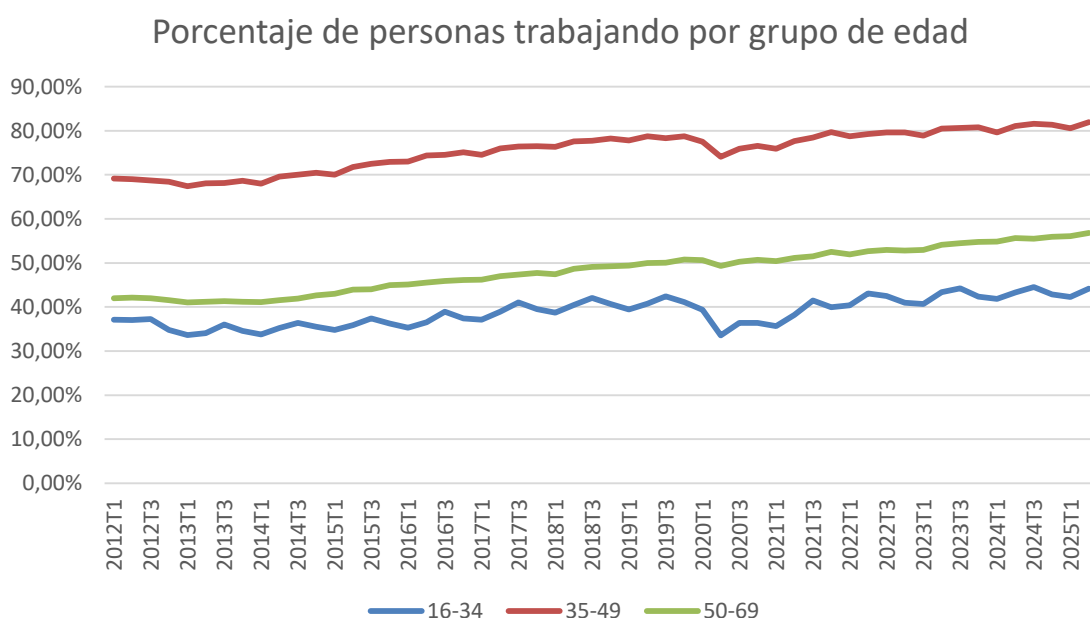
Elaboración propia CCOO. Datos INSS

4.3 Envejecimiento de la población

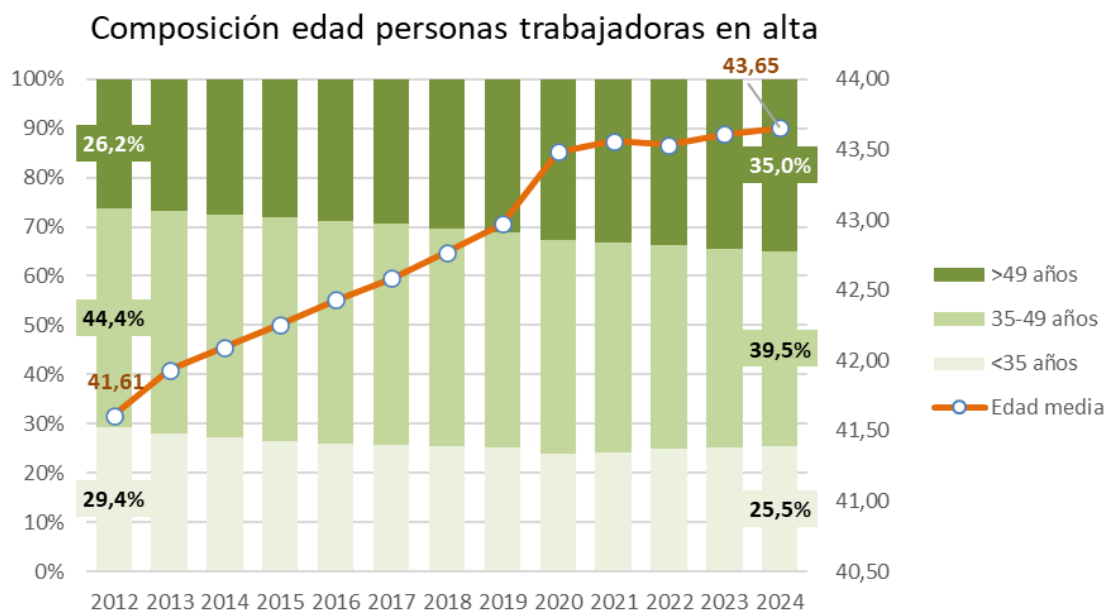
El envejecimiento de la población es un factor que contribuye al incremento del gasto en IT, si bien no cabe atribuirle una dimensión determinante en el mismo en los términos en lo que lo hacen algunas líneas de opinión. Su impacto no se deriva de una utilización desmesurada de la prestación, antes al contrario, se deriva más bien de los efectos que provoca la evolución que ha registrado la composición sociodemográfica del mercado de trabajo.

Cabe destacar que, si bien las personas trabajadoras de edad más avanzada tienen prestaciones de IT de duración más prolongada debido a diversos factores sociosanitarios, también es cierto que la incidencia de la IT en este grupo de población es inferior a la de cohortes de edad más jóvenes. No obstante, el hecho de que el número de personas en las cohortes de edad más avanzada sea más numeroso, incide también en el gasto total. Esta circunstancia, unida a otras también señaladas en este informe (evolución de las bases de cotización, etc.) despliega un efecto relevante sobre la evolución del gasto, de modo que en este informe hemos cuantificado dicho impacto en un importe que explica el 18,5% del incremento del gasto público registrado entre el año 2007 y el año 2024.

Desde 2012 la tasa de ocupación de los mayores de 50 años ha pasado del 42% al 56%, 14 puntos porcentuales más. De hecho, mientras la tasa de ocupación desde el IV trimestre del 2018 en el caso de la población entre 35 a 49 años ha pasado del 78,2% al 81% en 2024, la de la población mayor de 50 años ha pasado de 49% al 56%, 7 puntos más. Nos encontramos, por tanto, con una población trabajadora más madura y susceptible de problemas de salud de mayor duración.



Debido a la evolución demográfica de nuestro marco laboral se viene registrando un crecimiento lento pero sostenido del incremento de la edad media que tienen las personas trabajadoras.

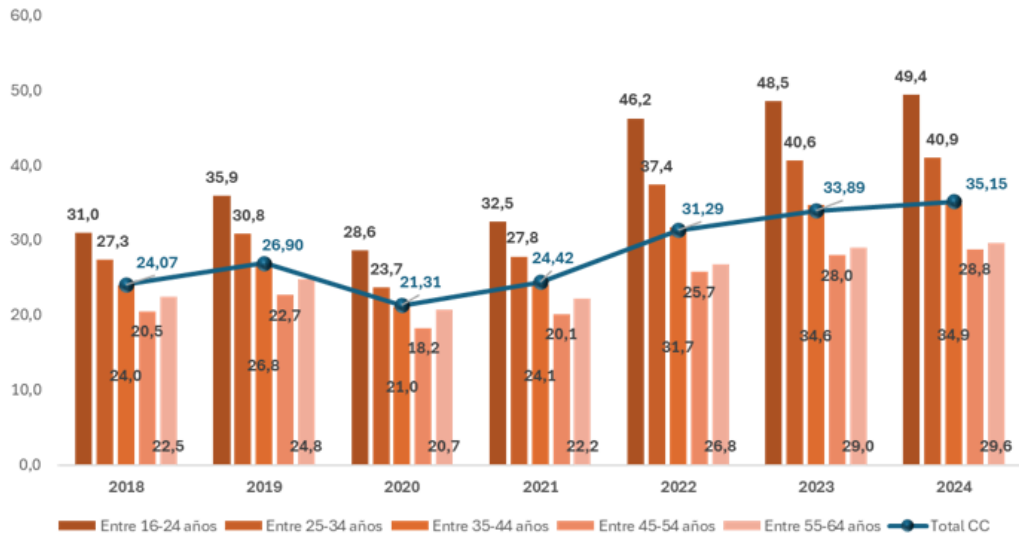


El efecto que esto puede desplegar sobre el gasto público en IT es un fenómeno complejo que requiere un análisis con un nivel de detalle que la estadística aportada por el MISSM no permite realizar de forma completa.

En cualquier caso, podemos apuntar varios elementos relevantes para dicho análisis que en todo caso apunta a la idea de que en todo caso se está registrando sólo un efecto moderado del envejecimiento del mercado de trabajo sobre el incremento del gasto público en IT.

De un lado, hemos de señalar que la incidencia media de la ITCC se reduce con la edad, de manera que las personas mayores son las que proporcionalmente menos utilizan las prestaciones de ITCC.

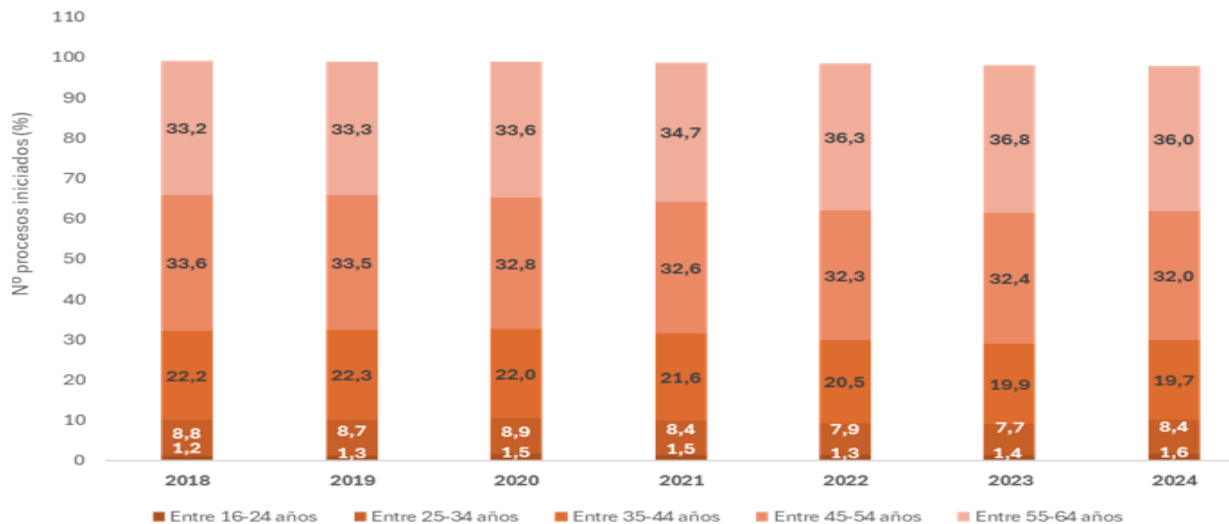
**INCIDENCIA MEDIA MENSUAL PROCESOS INICIADOS IT
CONTINGENCIA COMÚN**
(Procesos mensuales por 1.000 afiliados*)



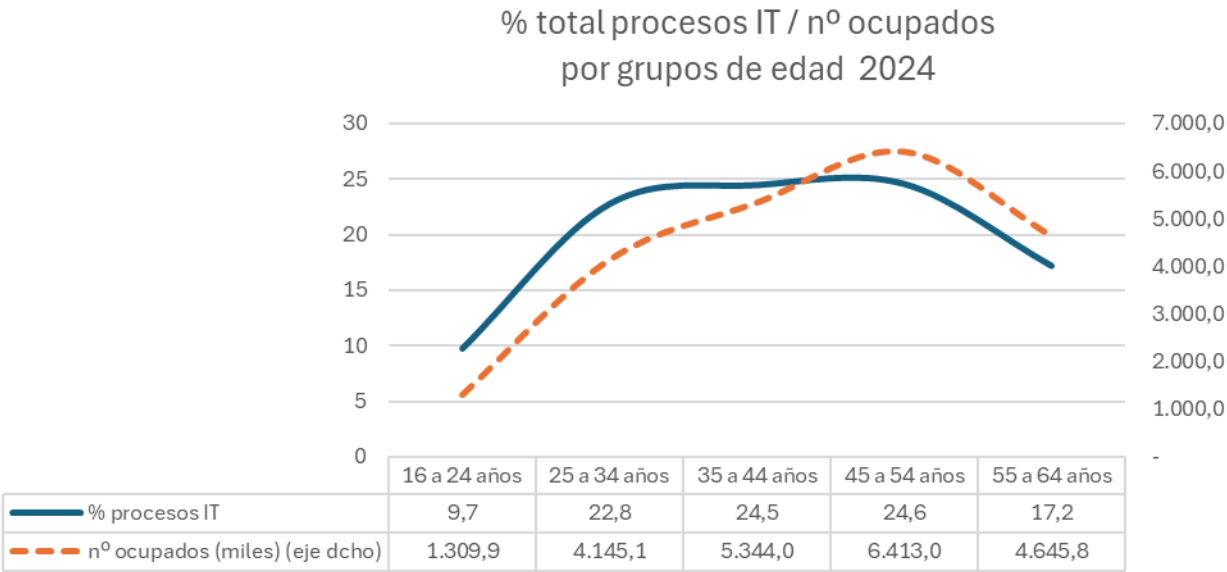
Fuente: DGOSS a partir de datos del INSS

En la práctica, el número de prestaciones de ITCC que se reconocen presentan una distribución por edad coincidente con el peso que cada grupo tiene en el mercado de trabajo.

**DISTRIBUCIÓN POR FRANJAS DE EDAD DE LOS PROCESOS ITCC FINALIZADOS DE
MÁS DE 365 DÍAS**



Fuente: DGOSS a partir de datos del INSS

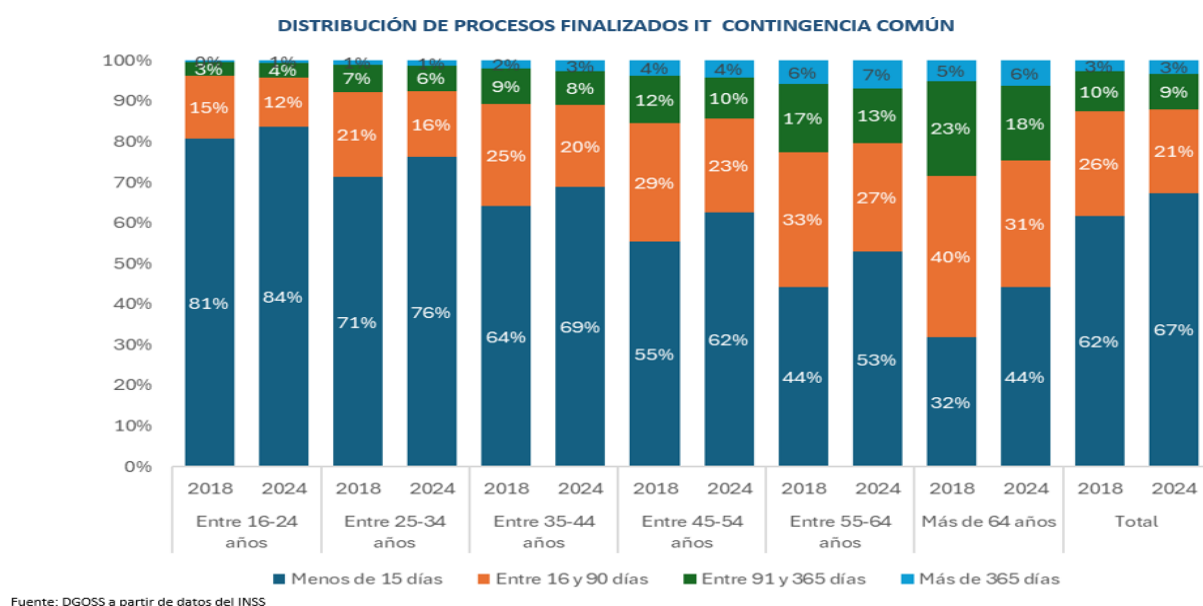


Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social e INE-EPA

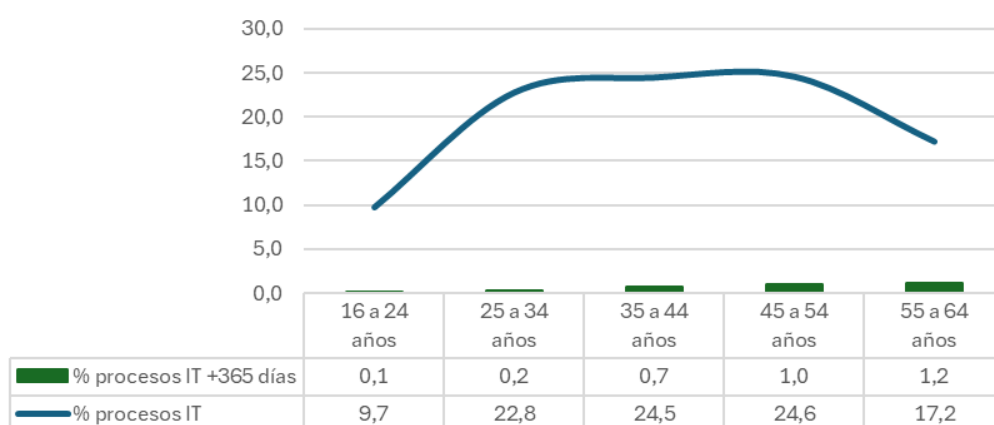
De la misma forma, las personas trabajadoras presentan una probabilidad de necesitar prestaciones de IT de muy larga duración (+ de 365 días) que es creciente con la edad, pero también aquí es preciso matizar el dato ya que incluso en los grupos con mayor edad y mayor probabilidad de estas IT el porcentaje de prestaciones que superan este umbral temporal es bastante limitado.

En media, el total de ITCC que superan los 365 días se limita al 3%. En el caso de los trabajadores/as de más de 55 años ese porcentaje se sitúa en el 6-7% del total de las prestaciones causadas en sus respectivos grupos de edad; pero hemos de recordar que todas estas prestaciones sólo suponen el 1,2% del total de ITCC¹⁴.

¹⁴ La fuente oficial que se utiliza es la aportada por la DGOSS en la Mesa de diálogo social, que presenta series que en ocasiones desagregan los datos de las personas de mayor edad en dos grupos (55 a 64 años; y más de 65 años) y en otras sólo lo hace un único grupo (más de 55 años). El dato reflejado aquí de 1,2% corresponde al grupo de edad 55 a 64 años. En todo caso, hemos de señalar que el grupo de más de 65 años de edad sólo concentra el 1% del total de ITCC registradas en 2024, por lo que su incidencia práctica en el indicador que aquí se observa es prácticamente irrelevante en términos agregados del Sistema.



% total procesos IT / procesos + 365 días
por grupos de edad 2024



Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

No cabe por tanto asumir el relato de que el incremento del gasto en IT se explica principalmente por el envejecimiento del mercado de trabajo. Este fenómeno en cualquier caso explica sólo una parte de la evolución que registra el gasto público.

4.4 Salud mental

Es evidente que los problemas de salud mental crecen en importancia en todas las sociedades avanzadas hasta el punto de configurarse como un elemento central en la calidad de vida de las personas y, por tanto, también como un vector de atención prioritario también desde las prestaciones de incapacidad temporal.

No es tampoco menor el detalle que supone que tradicionalmente la mayor parte de la estrategia de atención sanitaria de este tipo de patologías se haga preferentemente mediante la prescripción farmacológica. El hecho es que España es el líder mundial en consumo de benzodiacepinas y ansiolíticos y el tercer país de la Unión Europea en utilización de antidepresivos¹⁵. Una sociedad que presenta un nivel de consumo tal de este tipo de fármacos no puede obviar los efectos que, sin duda, más pronto que tarde terminarán desplegando sobre todas las dimensiones social, económica y laboral de las personas que sufren estas enfermedades. En este marco, la prestación de IT no es sino un elemento más para tener en cuenta.

No descubrimos nada nuevo si señalamos que, sin duda, el tratamiento farmacológico de los procesos relacionados con salud mental es imprescindible en la mayoría de los casos, pero, en la mayoría de los casos, no resuelven por sí solos las causas últimas que los motivan, de manera que deben ser complementados con atención de carácter psicológica y psiquiátrica.

Sin duda, un fenómeno que contribuye tanto al crecimiento de la incidencia como de la duración de las prestaciones de IT por causa de salud mental reside en la insuficiencia de pautas preventivas de salud mental, tanto en el marco de las relaciones laborales como en relación con el conjunto de la sociedad, así como también es relevante la insuficiente dotación de recursos terapéuticos tanto psicológicos como psiquiátricos para resolver los procesos una vez producido el problema de salud.

En trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico CIE-10 (F01-F99) se ha pasado de 328.200 casos a 627.962, en el mismo periodo.

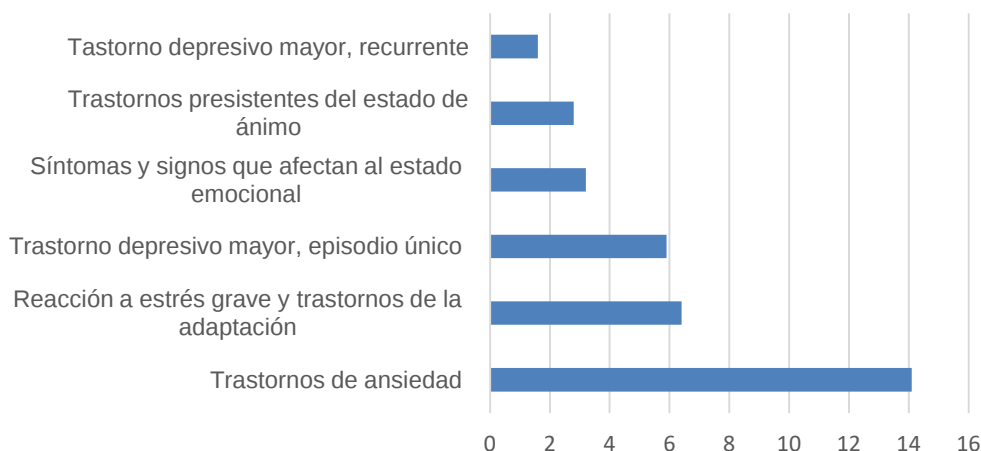
La duración media total de estos procesos se ha incrementado igualmente desde los 92,99 días en 2018 a 112,11 días en 2024; unas cifras que más que duplican los registros que muestran el conjunto de diagnósticos que conforman la acción protectora de la IT.

Resulta igualmente relevante el hecho de que este tipo de procesos acumulen aproximadamente un tercio del total de prestaciones que superan los 365 días de duración.

¹⁵ Entre otros, puede consultarse un informe del Ministerio de Sanidad en relación a los patrones de consumo de este tipo de medicamentos en la población española en:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/12_Ansioliticos_antidepresivos_hipnoticos.pdf así como también en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2023/Agora16/231010_XVI_AGORA_Cristina_Teruel.pdf

**Trastornos en salud mental finalizados de más de 365 días
% del total de casos**



Elaboración propia CCOO. Datos INSS

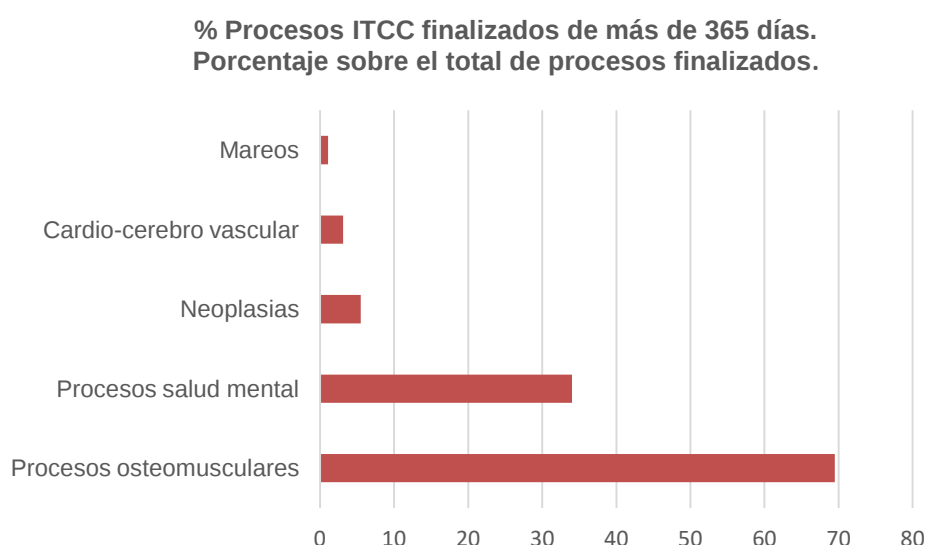
Nos encontramos así con un serio problema de Salud Pública, unas patologías que han aumentado en incidencia, con mayor duración media de IT y que conlleva mayor número de días de baja, de forma global. Las posibles actuaciones para poder acercarse a solucionar este compromiso asistencial tienen múltiples vertientes: existen escasos profesionales en el sector de la Salud Mental (psiquiatría y psicología), con amplias listas de espera desde citaciones o valoraciones en AP y Hospitalaria, las causas pueden ser laborales o de incorporación al trabajo, valoraciones de riesgo psicosocial....

4.5 Mejora respuesta sanitaria en enfermedades antes fatales y ahora cronicadas

Otro elemento que sin duda está incidiendo en los procesos de incapacidad temporal se deriva de la mejora de la respuesta sanitaria que tienen determinados diagnósticos que antes eran fatales y ahora, sin embargo, los avances técnicos han sido capaces de cronicar.

Las principales causas de muerte en España se encuentran relacionadas con los eventos cardiovasculares y el cáncer. Pero en los casos relacionados con IT las neoplasias representan el 5,5%, un 4,5% para el cáncer de mama y un 1% para el de colon. Los procesos vasculares son el 3,1%, 2,1% en infarto agudo de miocardio, y 1% de accidente cerebrovascular. Son cifras, en su conjunto, muy escasas para que puedan indicar la repercusión de estas bajas laborales en el cómputo total. Las neoplasias de mama y de colon se encuentran actualmente en una alta supervivencia y con buena respuesta terapéutica, y en las enfermedades cardiovasculares se realizan controles de factores de riesgo crónicos con mejores resultados y mayor eficiencia.

La cronicación de los procesos puede venir de que no se solucionen de forma inmediata o rápida cierto tipo de patologías (listas de espera), o porque se cronicquen los procesos por no existir una solución de forma de vida que lo facilite (cierto tipo de procesos de salud mental).



*los procesos registrados en el gráfico suman más de 100% debido a que se derivan de procesos finalizados iniciados en ocasiones en ejercicios anteriores.

Elaboración propia CCOO. Datos INSS

4.6 Capacidad de respuesta del Servicio Nacional de Salud (listas de espera)

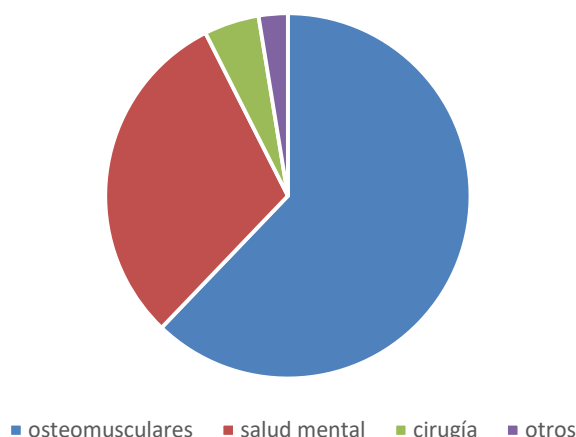
Si valoramos los datos del año 2024 facilitados por el INSS en relación con patologías que precisan más de 15 días de IT, vuelven a ser los procesos osteomusculares los más frecuentes.

Especialmente por: dorsalgias, luxaciones y esguinces (tobillo, rodilla), distintos tipos de fracturas, alteraciones en los discos intervertebrales.... La mayoría de ellos son de actuación asistencial inmediata, como en el caso de las fracturas, y otros con posibles demoras en las citaciones facultativas, pruebas diagnósticas o terapéuticas, o en rehabilitación.

El segundo gran grupo pertenece al área de la salud mental, especialmente a cuadros de ansiedad y depresión mayor.

Existe por tanto una proporción considerable de procesos quirúrgicos que tal vez sean susceptibles de acelerar su solución en la medida en la que se reduzcan los tiempos de respuesta del servicio público de salud, ya que los más numerosos son la hernia inguinal, la hernia umbilical y las coleditiasis (cálculos en vesícula biliar).

Procesos de más de 15 días finalizados 2024.
Análisis de los 30 más importantes. días/mil



Elaboración propia CCOO. Datos INSS

4.7 Subregistro de enfermedades profesionales e infra determinación contingencia profesional

El subregistro o infradeclaración de la enfermedad profesional (EP) o relacionada con el trabajo es un problema evidente e histórico. La propia Ley General de Seguridad Social define en el artículo 157 lo que es considerado una enfermedad profesional y remite al listado del RD 1299/2006, dejando en la definición de accidente de trabajo un espacio abierto para las enfermedades relacionadas con el trabajo, que pese a ser enfermedades se declararán como “accidente de trabajo” siempre que se pruebe por quien lo reclama que la causa es “exclusiva” en el trabajo o que es un empeoramiento de una enfermedad latente como consecuencia de un hecho accidental. Dos circunstancias que hacen fácil a quien no consideran la enfermedad de origen profesional que mantenga el criterio para derivarla al sistema público de salud para su atención como enfermedad común. De hecho, el cambio del listado en el 2006 se hizo con la intención de dejar una parte abierta para que se vayan sumando más enfermedades, pero este objetivo no se ha logrado y en el transcurso de casi 20 años sólo se han sumado 3 enfermedades más al listado original.

El Ministerio de Sanidad de España ha realizado un estudio entre 2015 y 2020¹⁶ donde estudia e informa sobre la carga de cáncer atribuible a la actividad laboral y el coste que soporta el sistema asistencial que trata las patologías. Es un trabajo de inferencia (que analiza y extrae conclusiones lógicas de una información implícita) con datos para evidenciar la magnitud que se declara de origen laboral, lo que permanece oculto y el coste que ello representa.

En este estudio se refleja que el mayor coste sanitario directo en hombres correspondió al cáncer de pulmón, con el 37,3% del gasto total (47.440.850 euros), seguido del cáncer de vejiga (16.461.835 euros, el 12,9% del total), el cáncer de colon (14.168.407 euros, el 11,1% del total) y el mesotelioma (11.162.606

¹⁶ Carga de cáncer atribuible al trabajo y su coste sanitario en España en 2015. INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2020 MINISTERIO DE SANIDAD, accesible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/saludLaboral/cancerTrabajo/home.htm>

euros, el 8,8% del total). El coste sanitario de estos cuatro cánceres representa el 70,1% del total del gasto en hombres. El mayor coste sanitario en mujeres correspondió al cáncer de mama, con el 34,2% del gasto total (10.130.745 euros), seguido del mesotelioma (6.740.140 euros, el 22,8% del total), del cáncer de pulmón (3.297.677 euros, el 11,1% del total) y del cáncer de riñón (2.286.285 euros, el 7,7% del total). El coste sanitario de estos cuatro cánceres representa el 75,8% del total del gasto en mujeres. Aunque estas cifras no den una imagen completa de lo que el cáncer de origen laboral cuesta al ámbito sanitario, y a pesar de la complejidad de la materia tratada, su magnitud es tal que debería llamarnos la atención por el campo de acción que ponen en evidencia: prevención de riesgos laborales, salud pública de la población, investigación y sostenibilidad de los sistemas sociales.

Del total de consultas por cáncer se estima que el 4,6% correspondieron a casos de neoplasias atribuibles a exposiciones laborales (7.618 consultas de hombres y 2.496 consultas de mujeres). Las más frecuentes en hombres correspondieron a cánceres cutáneos no melanoma (2.804 consultas, el 36,8% de las atribuibles a exposiciones laborales), de pulmón (1.848 consultas, el 24,3% de las atribuibles a exposiciones laborales) y de vejiga (578 consultas, el 7,6% de los atribuibles a exposiciones laborales). En el caso de las mujeres, fueron cánceres de mama (1.382 consultas, el 55,4% de las atribuibles a exposiciones laborales), cánceres cutáneos no melanoma (341 consultas, el 13,7% de las atribuibles a exposiciones laborales) y mesoteliomas (238 consultas, el 9,5% de las atribuibles a exposiciones laborales). Los costes sanitarios directos estimados de los cánceres laborales en España en 2015 ascendieron a más de 157 millones de euros. Los costes estimados tienen una distribución desigual para hombres y mujeres. El coste sanitario directo en los hombres representó el 81,1% del gasto (127.254.232,3 euros) y el de las mujeres el 18,9% (29.625.110,6 euros), es decir, 4 veces mayor en hombres que en mujeres. De los costes sanitarios directos estimados, el mayor porcentaje del gasto correspondió a la asistencia especializada (ingresos hospitalarios y consultas ambulatorias) con el 64,2% (100.692.774,4 euros). Los costes de farmacia representaron el 33,5% (52.561.628,6 euros) y la atención primaria de salud el 2,3% (3.624.939,9 euros).

En la Unión Europea, el cáncer es la primera causa de muerte por enfermedad en el trabajo y supone más del 50 % de los fallecimientos de origen laboral, tal y como alerta la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA)¹⁷. En España, durante 2024 se notificaron un total de 104 cánceres laborales, lo que representa menos del 0,4 % del total de enfermedades profesionales comunicadas, según los datos del sistema CEPROSS (Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social). El 92,3 % de los cánceres comunicados en 2024 se produjeron en hombres. Estas cifras contrastan con las estimaciones científicas, que sitúan en 8.000 los casos de cáncer laboral que podrían estar produciéndose cada año.

Históricamente se ha denunciado por CCOO la infradeclaración o subregistro. De nada sirve decir que se declara accidente de trabajo lo que correspondería a enfermedad profesional ya que es patente que ni se declara como accidente ni se adjetiva de origen laboral.

¹⁷ Factores de riesgo de cáncer en el ámbito laboral en Europa – primeras conclusiones de la Encuesta sobre la exposición de las personas trabajadoras. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2023. accesible en: <https://osha.europa.eu/es/facts-and-figures/workers-exposure-survey-cancer-risk-factors-europe>

El cáncer sigue siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo y en España. Según los datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)¹⁸, que recoge los últimos datos de incidencia, prevalencia y mortalidad de cáncer en nuestro país, en 2025 los nuevos casos estimados de cáncer en España alcanzarán los 296.103 casos, según los cálculos de REDECAN, lo que supone un ligero incremento respecto al año 2024. Una de cada tres personas desarrollará un cáncer a lo largo de su vida, pero lo que con frecuencia se obvia es que muchos de ellos tienen su origen en el trabajo. Estos datos nos indican que el cáncer es un problema de salud pública de primer orden, siendo la causa más frecuente de muerte prematura y evitable en la Unión Europea. En España es la primera causa de muerte en hombres y la segunda en mujeres, después de las enfermedades cardiovasculares. Es, además, la principal causa de muerte en el trabajo. En términos de mortalidad, y según el INE, en 2023 el cáncer provocó 115.429 fallecimientos en España, 68.164 hombres y 47.265 en mujeres, lo que supone que tres de cada 10 defunciones en hombres y dos de cada diez en mujeres fueron a causa del cáncer.

Para estimar la carga de enfermedad causada por el cáncer laboral, es decir, el número de casos de cáncer debido a exposiciones laborales, una de las estimaciones más completas y recientes que existen son las realizadas en el Reino Unido por Rushton y colaboradores (Rushton et al, 2012), que estiman que las exposiciones laborales provocan el 5,3% de todos los cánceres, un porcentaje más elevado que el estimado hace 30 años por Doll y Peto (1981).

En 2025 en España, SEOM estima que se van a producir 296.103 cánceres, 166.513 en hombres y 129.590 en mujeres. Aplicando las fracciones atribuibles, es decir, la proporción de enfermedad en una población específica que se eliminaría si no existiera exposición, hemos estimado que 15.693 cánceres en 2025 en España, y más de 6.000 fallecimientos son atribuibles a exposiciones laborales.

4.8 Algunas propuestas que mejorarían el subregistro de enfermedades profesionales y la infra declaración de contingencia profesional

Desde la administración pública se han puesto en marcha algunas tímidas iniciativas con el objetivo de paliar algunas de estas situaciones, si bien, en nuestra opinión, ni son suficientes las propuestas ni las llevadas a cabo han conseguido reunir el nivel de implementación e intensidad necesario.

4.8.1 Implantación de mecanismos de “diagnóstico de sospecha”

Desde CCOO venimos reclamando la necesidad de que los servicios públicos de salud integren en la atención primaria mecanismos de “diagnóstico de sospecha”, de modo que cuando un médico de atención primaria detecte un proceso en el que pueda presumirse origen profesional se active de oficio un procedimiento de determinación de contingencia ante el INSS. En nuestra opinión este tipo de

¹⁸ Las cifras del cáncer en España. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). 2025. accesible en: <https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras>

procedimientos sería especialmente útiles en el caso de trastornos musculoesqueléticos, donde la conexión entre el origen profesional y las lesiones son especialmente evidentes.

La administración pública si bien no ha hecho suya íntegramente nuestra propuesta, sí previó un procedimiento administrativo para mejorar el nivel de información con el que cuentan los médicos de atención primaria respecto de las características laborales de las personas incurso en una IT. Con este fin se modificó el Anexo III de la Orden ISM/2/2023 que desarrolla el RD 1060/2022, de modo que integrase dos campos de información nuevos: uno relativo al puesto de trabajo y otro relativo a la descripción de funciones laborales que desempeña la persona trabajadora. Sin embargo, la administración no ha facilitado información relativa al grado de implementación de esta medida y los resultados que ha podido derivarse de la misma.

Se trata en cualquier caso de un procedimiento administrativo que en nuestra opinión resulta imprescindible para que el personal facultativo de atención primaria pueda saber qué hace la persona en baja y a qué se expone en el puesto de trabajo. Y todo ello con el fin de orientar el proceso curativo y en el caso de considerarse, poder hacer un diagnóstico de sospecha de origen profesional del caso que atiende como contingencia común.

4.8.2 Vinculación directa de la Mutua en el reconocimiento inicial de los procesos de IT de contingencia profesional

Es necesario garantizar que los procesos de IT iniciados con indicios de causa en el trabajo sean tenidos como tales y atendidos por las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. De modo que sean estas últimas las que tengan que demostrar, si así lo consideran, que el origen es común. Es decir, atender a la persona trabajadora en todo caso cuando hay presunción de laboralidad y si se discrepa de la determinación de la contingencia sea la mutua la que tenga que demostrar su solicitud, y no como hasta ahora que es la persona trabajadora la que tiene que cargar con la prueba.

En este sentido, resulta necesario la modificación del art. 156.2.e) de la Ley General de la Seguridad Social que establece que “Las enfermedades, no incluidas en el artículo siguiente, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo”.

El término “causa exclusiva” debe modificarse por causa preferente, causa principal o cualquier otro término que dé a entender que en las concausas que intervienen en ese proceso de enfermedad, el trabajo tiene cierta y positiva relevancia, aunque no se pueda determinar que es la causa exclusiva o única de la patología.

4.8.3 Establecimiento de un “bonus-malus” efectivo para prevenir accidentes de trabajo

Desde CCOO proponemos desarrollar un sistema de bonificación en las inversiones en prevención de riesgos laborales más allá de las obligaciones legales, donde la representación legal de las personas

trabajadoras debe tener un papel protagonista activo en la fiscalización de lo que la empresa dice que tiene e invierte.

Pero es imprescindible que este sistema de bonificación se haga junto a un sistema de penalización e incremento de cuota para las empresas que no cumplen con las obligaciones preventivas y tienen resultados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo.

5. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LAS PRESTACIONES DE IT: ACTUAR SOBRE LOS RESULTADOS EN SALUD PUEDE DESPLEGAR EFECTOS FINANCIEROS RELEVANTES

En base a los datos de gestión presentados por la Seguridad Social en la Mesa de diálogo social cabe realizar una primera evaluación de la composición de las prestaciones de incapacidad temporal por contingencias comunes atendiendo a la incidencia, duración y el grupo de patología por el que se accede a la prestación.

5.1 Evolución de las prestaciones

El incremento registrado de la incidencia de la prestación de incapacidad temporal de contingencia común ha hecho que el sistema pase de reconocer 4,9 millones de procesos en 2018 a 8,2 millones en 2024.

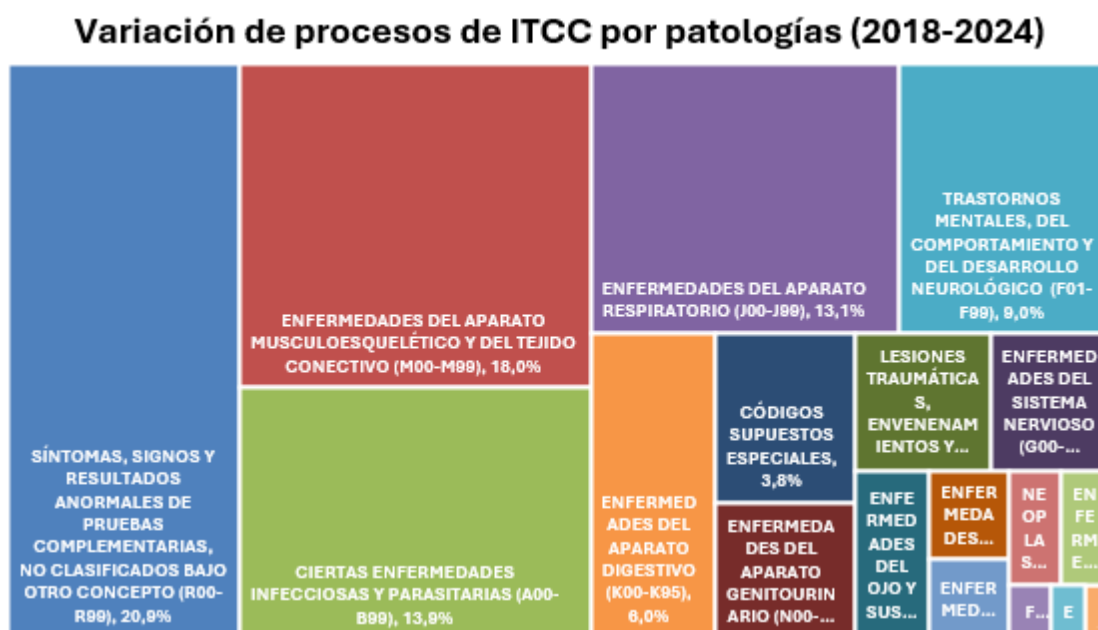
El mayor incremento de procesos medido por patologías se concentra, por este orden, en las enfermedades musculares, por síntomas, signos y resultados anormales (patologías que requieren una prestación de incapacidad temporal pero aún no tienen un diagnóstico concreto), enfermedades infecciosas y salud mental.

Patologías que causan las prestaciones de IT y número de casos

PATOLOGÍAS	2018	2024
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	431.839	896.587
CÓDIGOS SUPUESTOS ESPECIALES	1	125.617
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	83.939	84.101
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	74.105	107.604
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO (D50-D89)	8.024	10.565
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	92.626	122.553
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	347.887	549.545
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	183.985	284.504
ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO (M00-M99)	1.079.667	1.679.890
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	972.486	1.411.647
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	75.961	113.942
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS (H00-H59)	98.616	162.424
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	100.112	186.914
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	22.681	26.761
EXT.MORBILI.MORTALID CAUSAS EXTERNAS MORBILIDAD Y MORTALIDAD	621	10.488
FAC.ESTADOS SALUD FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTADO DE SALUD	21.489	32.851
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T88)	433.908	532.246
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	9.019	9.017
NEOPLASIAS (C00-D49)	99.372	130.560
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (R00-R99)	426.661	1.126.378
TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)	328.200	627.962
TOTAL	4.891.199	8.232.156

Fuente: Seguridad Social

En el siguiente gráfico puede observarse de forma agregada la evolución registrada de los procesos por grupos de patologías.



Fuente: Seguridad Social

En lo que respecta a la evolución registrada en las prestaciones, para mejorar la capacidad de análisis que nos ofrece el indicador agregado de duración media del sistema, se presenta a continuación los datos de duración media de los procesos ordenados por patologías.

Se comprueba de esta forma que muchos de las patologías que han aumentado en incidencia, sin embargo, no presentan una duración relevante.

Duración de las prestaciones (días):

Patologías	2018	2024
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	6,03	4,93
CÓDIGOS SUPUESTOS ESPECIALES	3,00	8,26
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	67,84	70,15
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	32,18	31,46
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO (D50-D89)	84,27	87,01
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	108,20	123,48
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	29,08	28,52
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	32,96	29,26
ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO (M00-M99)	67,98	77,76
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	8,86	8,22
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	23,34	22,97
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS (H00-H59)	37,06	37,36
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	65,92	64,01
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	70,55	75,81
EXT.MORBILI.MORTALID CAUSAS EXTERNAS MORBILIDAD Y MORTALIDAD	72,07	80,16
FAC.ESTADOS SALUD FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTADO DE SALUD	42,89	44,94
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T88)	60,36	67,56
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	76,08	91,00
NEOPLASIAS (C00-D49)	146,69	162,97
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (R00-R99)	25,50	22,01
TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)	92,99	112,11
TOTAL	44,37	45,59

Fuente: Seguridad Social

A partir de las tablas anteriores es posible obtener los días de baja y su evolución durante el último periodo observado.

Días de baja por patologías

Patología	2018	2024
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	2.605.642	4.423.339
CÓDIGOS SUPUESTOS ESPECIALES	3	1.038.160
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	5.694.405	5.899.910
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	2.384.853	3.385.424
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO (D50-D89)	676.191	919.237
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	10.022.250	15.133.283
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	10.115.359	15.675.582
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	6.064.161	8.324.490
ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO (M00-M99)	73.394.177	130.629.285
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	8.612.219	11.604.864
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	1.773.262	2.617.491
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS (H00-H59)	3.654.645	6.068.467
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	6.599.599	11.964.672
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	1.600.193	2.028.820
EXT.MORBILI.MORTALID CAUSAS EXTERNAS MORBILIDAD Y MORTALIDAD	44.754	840.722
FAC.ESTADOS SALUD FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTADO DE SALUD	921.678	1.476.173
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T88)	26.188.749	35.958.683
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	686.122	820.529
NEOPLASIAS (C00-D49)	14.577.180	21.277.744
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (R00-R99)	10.877.868	24.786.169
TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)	30.518.645	70.399.323
Total general	217.011.955	375.272.367

Fuente: elaboración propia a partir de datos Seguridad Social

Podemos observar la influencia de cada grupo de patología en el incremento de días de bajas en el siguiente gráfico.



Fuente: Seguridad Social

El 60% del incremento de días de baja entre 2018 y 2024 se explica por 2 grupos de patologías Musculoesqueléticas (36%) y trastornos mentales (25%). El resto de los grupos de diagnósticos se encuentran a mucha distancia, de modo que el siguiente en importancia es el grupo “R” (8,79%) que conforma una suerte de miscelánea de patologías y las lesiones traumáticas (6%).

Para ahondar en este análisis, en el siguiente cuadro resumen se muestra la evolución de la incidencia y la duración de los grupos de patologías que suponen más del 90% del incremento de días de baja entre 2018 y 2024

Respecto de los procesos correspondientes al grupo R. señalado antes, se corresponden con los diagnósticos no definidos de cualquier tipo de patologías en distintas especialidades, ya sea por producirse como consecuencia de un cambio de diagnóstico, por el reinicio de un nuevo estudio, etc. Convendría a nuestro juicio un seguimiento administrativo más detallado de la evolución final del diagnóstico para su oportuno registro y seguimiento ya que ello contribuiría a mejorar el tratamiento y las actuaciones sanitarias que se pueden derivan del mismo.

En el mismo sentido, hemos de llamar la atención sobre el hecho de que el tratamiento de la mayoría de los procesos de salud mental actualmente recibe un tratamiento prioritariamente farmacológico, pero no siempre se complementa con la adecuada terapia psicológica. Este hecho puede estar contribuyendo a desplegar efectos sobre las duraciones de estos procesos, ya que el tratamiento farmacológico puede ser en muchos casos imprescindible pero la curación de estas enfermedades requiere además terapias de carácter psicológico que no siempre se garantizan adecuadamente.

Incidencia y duración media de las patologías que concentran el 90% del incremento de días en baja

Grupo patológico Variable	2018		2024		% ACUM
	INCIDENCIA	DURACION	INCIDENCIA	DURACION	
ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO (M00-M99)	1.079.667	67,98	1.679.890	77,76	36,2%
TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)	328.200	92,99	627.962	112,11	25,2%
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (R00-R99)	426.661	25,50	1.126.378	22,01	8,8%
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T88)	433.908	60,36	532.246	67,56	6,2%
NEOPLASIAS (C00-D49)	993.72	146,69	130.560	162,97	4,2%
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	347.887	29,08	549.545	28,52	3,5%
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	100.112	65,92	186.914	64,01	3,4%
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	92.626	108,20	122.553	123,48	3,2%

Fuente: elaboración propia a partir de datos Seguridad Social

Existen mínimos aumentos o descensos de la duración media de los grupos de enfermedades, pero si se aprecian cambios importantes por el incremento de días en patologías de salud mental, aparato circulatorio o musculoesquelético.

Se hace imprescindible conocer los procesos por causas concretas de cada uno de ellos, y cómo afecta por grupos de edad y género. Individualizar procesos específicos que se ajusten a una mayor incidencia, duración de la enfermedad y la posibilidad de que el SP de Salud pueda priorizar con las MCSS actuaciones que faciliten la incorporación del ciudadano a su vida laboral y personal en las mejores condiciones posibles.

5.2 Análisis de las posibles causas

Entre las posibles causas que explican la evolución de la prestación cabe destacar las siguientes:

5.2.1 Movimiento de la población

Debemos tener en cuenta que la población protegida ha aumentado de manera sensible en los últimos años. Si comparamos los años 2018 y 2024, la población protegida ha aumentado más de un 13%, desde los 19,6 millones de personas de 2018 a 22,2 en 2024 de acuerdo con las estadísticas de IT de Seguridad Social.

Por tanto, manteniendo constantes tanto la incidencia como la duración promedio por patologías, el simple incremento de la población protegida explicaría 28,8 millones de días de baja, un 18,2%.

También la distribución de la población ha variado, incrementando el peso de las personas con mayor edad:

Composición del mercado de trabajo por sexo y edad

	2018			2024		
RANGO	MUJERES	HOMBRES	total	MUJERES	HOMBRES	Total
Entre 16 y 19 años	0,24%	0,36%	0,59%	0,36%	0,49%	0,84%
Entre 20 y 24 años	2,05%	2,46%	4,51%	2,45%	2,94%	5,38%
Entre 25 y 29 años	4,29%	4,59%	8,87%	4,06%	4,55%	8,61%
Entre 30 y 34 años	5,30%	5,79%	11,08%	4,84%	5,29%	10,12%
Entre 35 y 39 años	6,63%	7,59%	14,21%	5,34%	5,79%	11,13%
Entre 40 y 44 años	7,35%	8,61%	15,97%	6,44%	7,00%	13,44%
Entre 45 y 49 años	6,68%	7,87%	14,55%	7,29%	8,05%	15,34%
Entre 50 y 54 años	5,95%	7,05%	13,00%	6,55%	7,32%	13,87%
Entre 55 y 59 años	4,58%	5,54%	10,12%	5,41%	6,13%	11,54%
Entre 60 y 64 años	2,79%	3,29%	6,08%	3,71%	4,21%	7,91%
Mas de 64 años	0,45%	0,56%	1,01%	0,86%	0,96%	1,82%

Fuente: elaboración propia a partir de datos INE

En los últimos años ha variado ostensiblemente la composición de la población, incrementándose el peso de las edades más avanzadas (4 puntos porcentuales los mayores de 55 años) y un punto porcentual los más jóvenes.

5.2.2 Efecto incidencia/duración

Vamos a comprobar el efecto de la duración. Para ello medimos la diferencia de días de baja entre los días resultantes de multiplicar la incidencia por la duración en 2018 y 2024. Ese será el efecto duración. Finalmente, el efecto incidencia será el remanente, es decir el incremento total menos los efectos duración y población.

Descomposición de la variación de días de baja entre 2018 y 2024 en función de la evolución de la población protegida, duración de los procesos y la incidencia de la prestación

PATOLOGÍAS	Efecto población	Efecto duración	Efecto Incidencia
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	346.111	-986.512	2.458.098
CÓDIGOS SUPUESTOS ESPECIALES	0	661.309	376.848
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	756.396	194.515	- 745.406
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	316.783	-77.496	761.284
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO (D50-D89)	89.819	28.913	124.313
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	1.331.269	1.872.894	1.906.870
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	1.343.637	-303.299	4.519.885
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	805.511	-1.052.786	2.507.604
ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO (M00-M99)	9.749.050	16.432.830	31.053.228
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	1.143.973	-896.512	2.745.184
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	235.545	-42.414	651.098
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS (H00-H59)	485.452	49.139	1.879.232
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	876.634	-357102	4.845.541
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	212.556	140.774	75.297
EXT.MORBILI.MORTALID CAUSAS EXTERNAS MORBILIDAD Y MORTALIDAD	5.945	84.877	705.147
FAC.ESTADOS SALUD FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTADO DE SALUD	122.428	67.171	364.896
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T88)	3.478.688	3.834.692	2.456.555
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	91.139	134.559	- 91.291
NEOPLASIAS (C00-D49)	1.936.307	2.125.502	2.638.755
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (R00-R99)	1.444.922	-3.931.223	16.394.602
TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)	4.053.834	12.006.424	23.820.420
TOTAL	28.825.999	29.986.254	99.448.158

Fuente: elaboración propia a partir de datos INE y Seguridad Social

El incremento de la población explica el 18% de la variación de días de bajas, un poco menos que el incremento de la duración, siendo la parte central, con un 63% explicada por el incremento de la incidencia.

Complementariamente, cuando analizamos la distribución de las duraciones de los procesos, de acuerdo con la tabla siguiente, se observa un crecimiento relevante en los procesos de más de 365 días, de un lado y de los procesos cortos por el otro.

Nº de procesos de IT por año de finalización y por tramos de duración *(incluye CC y CCP)							
Año agotamiento IT	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
0 - 15 días	3.506.348	4.056.238	4.730.726	5.811.503	9.053.927	5.864.924	5.942.131
16 - 365 días	2.229.579	2.422.692	2.935.049	2.758.668	2.739.734	2.765.909	2.940.952
366 - 545 días	112.606	127.967	133.191	169.463	167.224	149.454	129.985
545 - 730 días	42.339	54.122	64.730	75.233	70.305	86.033	138.175
> 730 días	2.574	3.869	12.688	21.465	16.952	20.532	32.357
Total	5.893.446	6.664.888	7.876.384	8.836.332	12.048.142	8.886.852	9.183.600

Fuente: Seguridad Social

5.2.3 El papel de la incapacidad permanente

Debemos llamar la atención sobre el hecho de que el sentido de la prestación de incapacidad temporal es el de la recuperación de la salud, cuando ello es previsible hacerlo en el plazo máximo de duración de la prestación. Sólo para las situaciones en las que es absolutamente imposible la recuperación de la salud es cuando debe operar la incapacidad permanente.

Nuestro actual modelo de prestaciones sigue fielmente este esquema que no hace sino garantizar la prioridad del derecho al trabajo y la salud de las personas trabajadoras frente a condicionantes de otra naturaleza.

El aumento así de la duración de las bajas por IT ha tenido también su reflejo en el cuadro de pensiones de Incapacidad permanente, que se han incrementado en este periodo.

EVOLUCIÓN 2018 - 2024 DE LAS PENSIONES DE INCAPACIDAD PERMANENTE RECONOCIDAS POR EL INSS EN VÍA ADMINISTRATIVA AL AMPARO DE LEGISLACIÓN INTERNA								
		INSS / SPS	INSS	INSS			TRABAJADOR	MCSS / EECC / INSP. TRAB.
EJERCICIO	TOTAL	IT < 12 M	IT 12M-18M	IT 18 M			INSTANCIA PARTE	OTROS
				TOTAL	SIN DEMORA	CON DEMORA		
2018	76.917	8.699	32.305	16.234	8.065	8.169	17.536	2.143
2019	79.061	8.206	32.533	20.119	9.901	10.218	16.059	2.144
2020	67.344	3.843	26.709	25.321	12.776	12.545	9.657	1.814
2021	67.739	3.712	19.173	30.392	16.684	13.708	12.641	1.821
2022	64.973	4.022	17.653	28.792	16.340	12.452	12.635	1.871
2023	69.844	3.905	17.000	33.914	21.213	12.701	13.197	1.828
2024	86.158	4.393	18.007	49.326	38.594	10.732	12.324	2.108

Fuente: Seguridad Social

Se puede observar también el incremento de la edad de reconocimiento de la IP, fruto del éxito de la calidad de la atención sanitaria que tiene el conjunto de la población y la prevención de riesgos laborales.

Edad media de reconocimiento de la IP



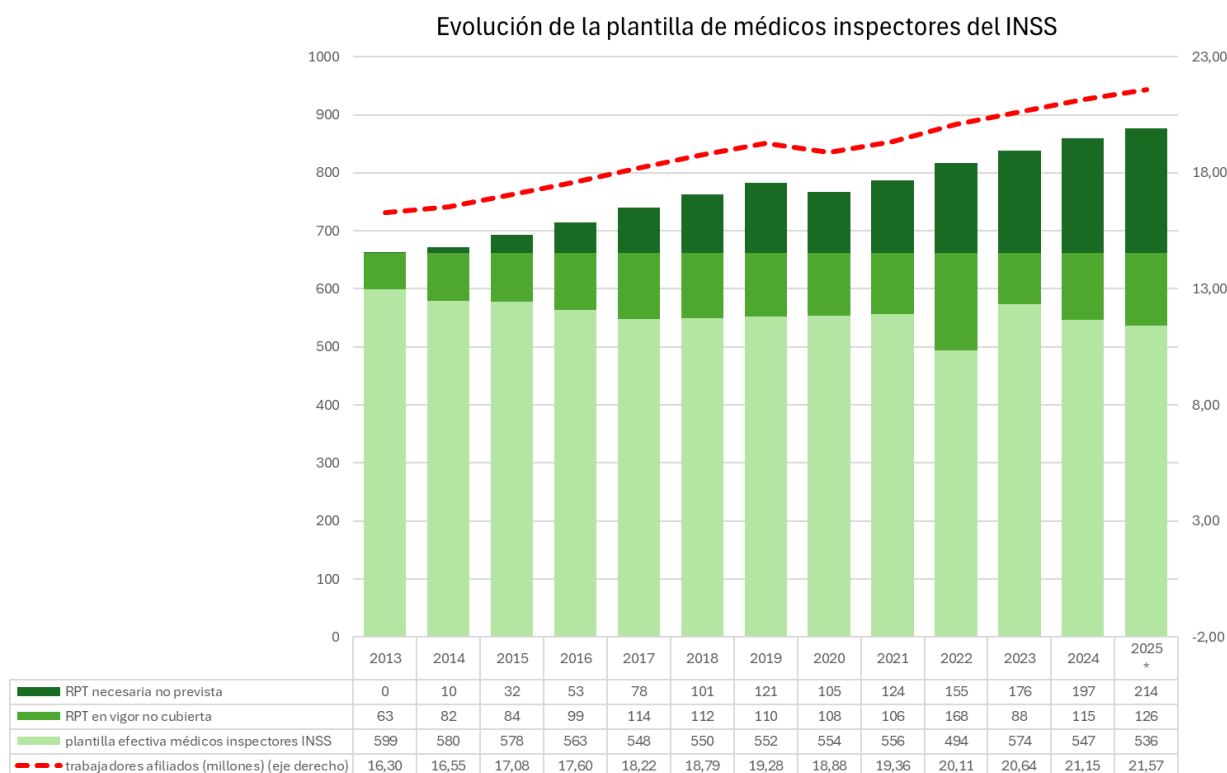
Fuente: elaboración propia a partir de datos Seguridad Social

En cualquier caso, es necesario poner en valor el hecho de que el actual régimen jurídico y de gestión de las prestaciones garantiza perfectamente la detección de diagnósticos que se deben derivar finalmente a incapacidad permanente ante la imposibilidad de curación en el plazo máximo de duración de la IT. En concreto, el INSS propone la IP antes de los 365 días en el 9,1% de los procesos llamados a reconocimiento, y en relación con la totalidad de actuaciones de control el 35,97%.

De igual modo, debemos también llamar la atención respecto de que las prestaciones de mayor duración que superan los 365 días cumplen también su función sanadora, en este caso, centrada en aquellas patologías más graves, pero que es posible recuperar en el plazo máximo de duración de la prestación. Así, con relación al control y seguimiento que hace el INSS de las prestaciones que superan los 365 días, en las primeras resoluciones de los procesos llamados a control el 59% se mantienen en incapacidad temporal ante la previsión de curación, mientras que sólo el 8,1% son propuestos para incapacidad permanente.

5.2.4 Dotación insuficiente de recursos en la administración de Seguridad Social y sanitaria

Las causas del incremento del alargamiento de las bajas de mayor duración son múltiples. Sin duda los recortes presupuestarios a los que ha sido sometido el Sistema Público de Salud han contribuido a dificultar el acceso temprano de las personas trabajadoras enfermas a los recursos sanitarios de diagnóstico y rehabilitación del Sistema Público de Salud; así como también han contribuido los problemas de gestión que se derivan de la insuficiente dotación de empleados públicos de Seguridad Social. Baste como ejemplo de ello la situación que atraviesa la Inspección Médica del INSS.



Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

Fuente: elaboración propia a partir de datos Seguridad Social

Desde 2013, a raíz de la política de reposición 0, el número de evaluadores ha descendido un 10%, fruto del proceso de jubilaciones que afecta al conjunto del sistema, en un periodo en el que número de afiliados medios ha pasado de 16 a 21,5 millones. De ajustarse la RPT a la evolución del número de afiliados, esta tendría que sumar 876 personas, 340 superior al número actual de médicos evaluadores; de

modo que la RPT en vigor debería ampliarse, al menos, en el 32% y el número de médicos inspectores que actualmente conforman la plantilla del INSS debería incrementarse, al menos, en el 63%¹⁹. En un apartado posterior de este informe se realiza un análisis más pormenorizado de la evolución de las plantillas de los médicos evaluadores que conforman la Inspección Médica del INSS.

Al igual que ocurre en los países de nuestro entorno, España enfrenta un proceso de salida creciente de trabajadores formados y con experiencia que es importante retener. Para este reto se han pactado mejoras en la jubilación flexible, activa y demorada, por lo que evitar que un trabajador pase a inactividad por una patología que es recuperable es capital. Esto pasa por una mejora en la medicina preventiva, para evitar que suceda la enfermedad, en el tratamiento cuando esta haya ocurrido y saber gestionar la incapacidad temporal cuando la duración supere los 365 días, evitando un paso a Incapacidad permanente cuando haya posibilidad de recuperación bien para el mismo puesto, bien para otro puesto donde el talento de la persona trabajadora pueda ser útil. Cabe recordar que el esfuerzo que España hace en salud, medido como gasto por PIB, es inferior a los países de nuestro entorno.

5.3 Actuar sobre los resultados de salud en determinadas patologías puede desplegar efectos relevantes sobre el crecimiento del gasto público

Atendiendo a los datos presentados antes y a la capacidad de respuesta sanitaria propia del sistema de Seguridad Social, fundamentalmente de los recursos ociosos que presentan las Mutuas colaboradoras y los ámbitos de especialización que han consolidado (y que se abordan en el capítulo siguiente), sería especialmente útil priorizar la atención temprana en procesos osteomusculares que actualmente presentan duraciones inferiores a 365 días. Ello repercutiría en una mejora de los resultados en salud con un impacto relevante sobre el crecimiento del gasto de la prestación.

En este sentido, resultan especialmente relevantes las medidas contenidas en el V Acuerdo de promoción del Empleo y Negociación Colectiva (AENC) en 2024 tanto por ajustarse al objeto material que se persigue como por haber sido suscritas por acuerdo entre las organizaciones sindicales y empresariales.

Entre todas las medidas señaladas destaca el impulso de convenios de colaboración suscritos entre el INSS, los Servicios Públicos de Salud de las CCAA y las Mutuas colaboradoras²⁰.

Cabe destacar al respecto del convenio, que su ámbito de actuación se ha concretado en una serie de diagnósticos muy concretos en los que en 2023 se detectaron las prestaciones de origen traumatológico que superaban los tiempos óptimos de forma recurrente:

¹⁹ Puede consultarse con mayor detalle la evolución y características de esta plantilla en el capítulo 6 de este informe.

²⁰ Hasta el momento este convenio se ha suscrito en el ámbito de las comunidades autónomas de Illes Balears, Asturias y Cataluña, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla a través del INGESA. En todos los casos los convenios tienen un contenido similar y puede consultarse en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-16418

- **Lesiones de hombro CIE 10 de M75.0 a M75.92.**
M75.0 Capsulitis adhesiva del hombro.
M75.1 Desgarro o rotura del manguito de los rotadores, no especificada como traumática.
M75.2 Tendinitis del bíceps.
M75.3 Tendinitis calcificante del hombro.
M75.4 Síndrome de pinzamiento de hombro.
M75.5 Bursitis del hombro.
M75.8 Otras lesiones del hombro.
M75.9 Lesión no especificada de hombro.
- **Lesiones de menisco de rodilla: todos los códigos CIE 10 de M23.00 a M23.35 incluidos.**
- **Lesiones de rodilla.**
M25.06 Hemartrosis, rodilla.
M25.46 Derrame, rodilla.
M25.56 Dolor en rodilla.
- **Trastornos del disco intervertebral dorsal y lumbar: todos los trastornos del disco intervertebral dorsal, dorsolumbar y lumbosacro, CIE 10 de M51.0 a M51.9.**

En cualquier caso, la utilidad de este primer convenio radica, antes que en el efecto estrictamente material, en la oportunidad que ofrece de cara a testar los procedimientos de cooperación entre la administración sanitaria y la Seguridad Social.

Ello contribuirá sin duda a fortalecer en el futuro una herramienta sólida que ayude a garantizar la mayor eficiencia de la prestación con pleno respeto al ejercicio del derecho a la protección social de las personas trabajadoras.

Que en este momento estos convenios no hayan podido concretarse más que en tres comunidades autónomas (Baleares, Asturias y Cataluña, con el INGESA par Ceuta y Melilla), estando en trance de hacerlo en otras tantas (Castilla la Mancha, Cantabria y Navarra), no deja de ser un dato positivo, pero preocupante por el insuficiente interés que están mostrando un buen número de comunidades autónomas.

6. NO HAY AUSENCIA DE CONTROL PÚBLICO DE LA IT: ACTUACIÓN DE LA INSPECCIÓN MÉDICA DEL INSS Y DE LOS FACULTATIVOS DE PRIMARIA DEL SNS

No es cierto, como se argumenta desde ciertos sectores, que el actual modelo de control público de los procesos de IT se muestre incapaz de ejercer sus funciones y en ello radique una de las causas principales que explica la evolución que registra la IT.

Al contrario, el diseño del actual modelo de control público de la IT resulta plenamente garantista y claramente participada por varios actores institucionales, de modo que se prevé la intervención de la Inspección médica del INSS, los facultativos de atención primaria del SNS y la Inspección médica del SNS. En todo caso, respecto de lo que sí cabe llamar la atención no es del modelo de gobernanza de la prestación en este ámbito, sino de la insuficiente dotación de recursos humanos que la administración arrastra desde hace décadas y que limita su capacidad de acción.

Cabe en todo caso llamar la atención sobre el hecho de que, en nuestra opinión, la insuficiencia de recursos humanos con la que desde décadas se viene castigando a la función pública no es una mera coincidencia y responde claramente a un modelo que busca limitar la capacidad material del sector público para cumplir con sus fines, de modo que se promueva así su sustitución en primera instancia por un modelo de gestión público-privada y posteriormente por fórmulas netamente privatizadas. Los gobiernos progresistas no han corregido suficientemente la tendencia que se produjo, de forma exacerbada en la década anterior.

En cualquier caso, desde CCOO compartimos la conveniencia de que todas las prestaciones públicas dispongan de un marco de control y seguimiento que en el caso que nos ocupa puede incluso mejorarse de varias formas que se proponen a continuación; si bien, en nuestra opinión, el control y seguimiento de las prestaciones de IT debe reservarse exclusivamente al ámbito de las administraciones públicas, ya que ellas se rigen exclusivamente por el objetivo de cumplir con el interés general.

6.1 La Inspección médica del INSS

La actividad de los médicos y médicas evaluadores que conforman la Inspección Médica del INSS se viene caracterizando por una dotación de plantilla insuficiente y la puesta en marcha de nuevos modelos de actuación más eficientes, que buscan reducir el impacto de la insuficiencia de recursos humanos.

6.1.1 Grave insuficiencia de plantillas

La dotación de recursos humanos del conjunto de las administraciones públicas es claramente insuficiente y en el caso de la Seguridad Social este fenómeno se hace especialmente patente. Baste como dato ilustrativo el hecho de que entre 2009 y 2025 la plantilla del INSS ha perdido el 17,8% de sus efectivos, pasando de 12.996 empleados públicos a 10.678.

Y ello, aun contando con el efecto derivado de la tímida tasa de reposición que ha operado en las últimas ofertas de empleo público (OEP), que han posibilitado entre 2020 y 2023 una mínima reposición de una parte de los empleados públicos que pasan a jubilación, pero que resulta totalmente insuficiente para corregir de forma permanente tanto el envejecimiento de las plantillas como la reposición íntegra que exige la pérdida de efectivos acumulada durante años. De hecho, el efecto de la OEP es tan limitado que incluso a pesar de las nuevas incorporaciones producidas, el INSS ha seguido registrando una intensa pérdida de empleados públicos tanto en 2024 (donde redujo sus plantillas en el -6,21%) como en 2025 (con una pérdida del -5,22%).

Más grave incluso resulta el hecho de que en los próximos 5 años alcanzarán la edad de jubilación el 31% de la actual plantilla del INSS, y en la próxima década esta cifra supondrá el 52% de su dotación actual.

RECURSOS HUMANOS SEGURIDAD SOCIAL											
PLANTILLA EFECTIVA POR TRAMOS DE EDAD Y SEXO. Diciembre 2025											
Tramos de edad (años)	De 20 a 24	De 25 a 29	De 30 a 34	De 35 a 39	De 40 a 44	De 45 a 49	De 50 a 54	De 55 a 59	De 60 a 64	Entre 65 y mas	TOTAL
Mujeres	26	370	631	580	483	575	621	1.442	1.964	193	6.885
Hombres	13	211	358	309	244	267	375	862	1.014	140	3.793
Total	39	581	989	889	727	842	996	2.304	2.978	333	10.678
% Total	0,37	5,44	9,26	8,33	6,81	7,89	9,33	21,58	27,89	3,12	100,00

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

RECURSOS HUMANOS SEGURIDAD SOCIAL						
PLANTILLA EFECTIVA POR GRUPOS DE EDAD (Diciembre 2025)						
Grupos de edad	menos de 50 años	50 o más años	55 o más años	60 o más años	65 o más años	Total plantilla
Número	4.067	6.611	5.615	3.311	333	10.678
Porcentaje plantilla	38,09	61,91	52,58	31,01	3,12	100,00

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

Este fenómeno, por cierto, es común a todas las entidades gestoras y servicios comunes de la Seguridad Social, de modo que resulta imprescindible garantizar no sólo una tasa de reposición suficiente, sino también una ampliación neta de efectivos, en el conjunto de la Seguridad Social para garantizar la prestación adecuada del servicio público que de ella depende.

La Inspección Médica del INSS no ha sido ajena a esta situación y ya partía de una dotación claramente insuficiente en la relación de puestos de trabajo (RPT) que se encontraba en vigor en el año 2013, en la que se establecía un total de 662 médicos evaluadores para la totalidad del Estado. Más aún, pese a esta escasa dotación, entre 2013 y 2025²¹ sólo se había cubierto el 80,97% de la misma. En el año 2013 la Inspección Médica tan sólo contaba con una dotación efectiva de 599 médicos evaluadores, y hasta el año 2025 este número se ha reducido en el 10,52%, de modo que las sucesivas OEP que se han venido realizando en los últimos años sólo ha posibilitado la recuperación parcial de los efectivos de este

²¹ El dato correspondiente al ejercicio 2025 se corresponde con el dato provisional ofrecido por el INSS en la Mesa de diálogo social en el mes de febrero de ese año.

organismo en un número limitado de provincias, pero no en el conjunto del sistema, tal y como muestra el cuadro adjunto.

De hecho, en 2025 sólo 5 provincias registraban una cobertura completa de la RPT asignada antes de 2013, en el resto de territorios la dotación era inferior a esta referencia hasta el punto de que en 3 provincias se contaban exclusivamente con 1 médico evaluador en plantilla y en 6 provincias tan sólo con 2 médicos evaluadores, con el riesgo que ello implica respecto del mantenimiento del servicio ante cualquier incidencia (maternidad, paternidad, enfermedad, procesos formativos, jubilación, ...).

RECURSOS HUMANOS SEGURIDAD SOCIAL																		
Dotación de la plantilla de Médicos Evaluadores del INSS																		
PROVINCIA	dotación prevista en la RPT	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025*	evolución número efectivo médicos 2013-2025	evolución % número efectivo médicos 2013-2025	evolución % cobertura RPT 2013-2025	
01 ARABA/ ALAVA	7	4	4	4	4	5	4	5	5	5	4	6	6	6	2	50,00	85,71	
02 ALBACETE	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6	5	5	6	6	0	0,00	100,00	
03 ALICANTE	25	22	23	23	23	23	22	22	16	16	13	25	20	17	-5	-22,73	68,00	
04 ALMERIA	12	11	11	11	12	12	12	12	12	12	10	11	11	11	0	0,00	91,67	
05 AVILA	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	0	0,00	66,67	
06 BADAJOZ	11	9	9	9	9	8	10	9	7	8	9	11	10	9	0	0,00	81,82	
07 ILLES BALEARS	14	12	12	12	10	11	11	12	12	12	8	14	11	9	-3	-25,00	64,29	
09 BURGOS	6	5	3	4	3	4	4	4	4	5	4	5	4	4	-1	-20,00	66,67	
10 CACERES	8	6	6	6	6	6	6	6	5	5	6	7	6	5	-1	-16,67	62,50	
11 CADIZ	17	14	14	13	14	14	14	14	14	14	15	16	14	12	-2	-14,29	70,59	
12 CASTELLON	8	6	7	7	7	7	7	7	6	6	4	7	7	7	1	16,67	87,50	
13 CIUDAD REAL	8	4	5	5	4	5	5	5	6	6	4	4	5	5	1	25,00	62,50	
14 CORDOBA	13	11	11	10	9	9	10	10	12	12	12	13	13	11	0	0,00	84,62	
15 A CORUÑA	20	19	17	17	17	17	18	17	18	18	17	18	18	18	-1	-5,26	90,00	
16 CUENCA	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	0	0,00	100,00	
18 GRANADA	20	20	20	20	19	19	18	18	18	18	14	14	16	17	-3	-15,00	85,00	
19 GUADALAJARA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	-1	-33,33	66,67	
20 GIPUZKOA	15	16	16	16	13	12	12	12	13	13	7	11	9	7	-9	-56,25	46,67	
21 HUELVA	10	8	8	8	7	7	7	7	9	9	8	7	7	6	-2	-25,00	60,00	
22 HUESCA	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	1	1	1	2	-2	-50,00	50,00	
23 JAEN	11	8	8	8	8	7	10	9	7	7	9	8	8	7	-1	-12,50	63,64	
24 LEON	11	9	8	8	7	7	7	8	6	6	6	8	8	7	-2	-22,22	63,64	
26 LA RIOJA	6	6	6	5	6	6	5	5	5	5	4	6	4	4	-2	-33,33	66,67	
27 LUGO	9	6	7	6	5	5	5	5	8	8	6	7	6	5	-1	-16,67	55,56	
28 MADRID	76	73	68	69	68	61	60	63	70	70	65	67	64	68	-5	-6,85	89,47	
29 MALAGA	30	30	30	30	30	30	30	30	28	28	27	24	22	27	-3	-10,00	90,00	
30 MURCIA	22	21	19	19	19	19	19	19	19	19	16	20	21	21	0	0,00	95,45	
31 NAVARRA	11	7	7	7	7	7	7	7	9	9	7	9	8	6	-1	-14,29	54,55	
32 OURENSE	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	5	6	5	6	-1	-14,29	85,71	
33 ASTURIAS	25	26	26	25	24	23	23	22	22	22	22	25	24	23	-3	-11,54	92,00	
34 PALENCIA	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	3	3	1	50,00	100,00	
35 LAS PALMAS	23	20	21	21	21	21	20	20	20	20	17	22	20	21	1	5,00	91,30	
36 PONTEVEDRA	19	18	18	18	17	16	15	15	16	16	16	18	17	17	-1	-5,56	89,47	
37 SALAMANCA	6	5	4	4	5	4	6	5	6	6	5	6	6	6	1	20,00	100,00	
38 S.C. TENERIFE	16	17	16	15	15	15	14	14	16	16	11	14	13	11	-6	-35,29	68,75	
39 CANTABRIA	15	14	13	12	13	13	13	12	10	10	11	14	14	15	1	7,14	100,00	
40 SEGOVIA	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	1	-2	-66,67	33,33	
41 SEVILLA	35	35	33	32	33	32	32	32	28	28	29	30	29	32	-3	-8,57	91,43	
42 SORIA	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	0	0,00	66,67	
44 TERUEL	3	1	1	1	1	2	3	4	3	3	0	1	1	1	0	0,00	33,33	
45 TOLEDO	9	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	7	8	7	0	0,00	77,78	
46 VALÈNCIA	51	50	46	47	41	38	41	40	44	44	39	50	49	44	-6	-12,00	86,27	
47 VALLADOLID	10	8	9	9	9	9	9	9	9	9	10	8	7	9	1	12,50	90,00	
48 BIZKAIA	20	18	16	17	16	14	15	16	14	14	11	16	16	15	-3	-16,67	75,00	
49 ZAMORA	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	-2	-66,67	33,33	
50 ZARAGOZA	17	14	12	15	17	16	15	15	14	14	15	14	14	14	0	0,00	82,35	
51 CEUTA	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	1	50,00	100,00	
52 MELILLA	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	-1	-33,33	66,67	
TOTAL	662	599	580	578	563	548	550	552	554	556	494	574	547	536	-63	-10,52	80,97	

*2025: dato provisional

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Seguridad Social

6.1.2 Modelos de actuación más eficientes

Algunos actores realizan a menudo una crítica de la labor desarrollada por la Inspección médica del INSS alegando que ha reducido su actividad y que, por tanto, se produce de facto una falta de control y seguimiento de los procesos de IT que explica su aumento.

Este tipo de discursos se justifican, en parte, por considerar que la labor de este organismo se limita a las actuaciones de inspección de procesos de incapacidad temporal mediante única actuación, cuando, en realidad, esta tarea se realiza mediante un conjunto de actuaciones evaluadoras mucho más amplias. También cabe llamar la atención respecto del esfuerzo que el INSS viene haciendo en los últimos años por reducir el efecto que se deriva de la insuficiencia de plantillas mediante el desarrollo de modelos de actuación más eficientes.

El desarrollo del sistema ATRIUM, creado originalmente en 2005, ha sido uno de ellos. Se trata de un sistema integrado de información y apoyo a la Inspección Médica que utilizan los médicos evaluadores para tramitar un conjunto muy amplio de acciones, todas ellas orientadas a evaluar y supervisar las diferentes situaciones que afectan a las prestaciones de incapacidad temporal.

TOTAL CONTROLES MÉDICOS ATRIUM													
	DC	IT	MF	PA	PIT	R170	RAIM	RAMU	RG	IP INICIAL	IP DEMORA	TOTAL	ATRIUM + MANUALES
AÑO 2021	6.690	93.952	17.984	5.382	407.876	40.048	3.875	8.218	44.493	92.089	40.277	760.884	852.190
AÑO 2022	6.581	91.497	16.422	4.883	367.154	45.504	4.321	10.111	39.551	84.908	33.969	704.901	789.489
AÑO 2023	7.461	77.471	13.327	3.115	343.748	43.073	3.714	12.275	38.522	131.764	33.886	708.356	793.359
AÑO 2024	6.006	45.413	11.475	1.958	334.156	29.071	3.993	13.526	38.207	168.535	31.865	684.603	773.601

Fuente: Seguridad Social

RECONOCIMIENTOS PRESENCIALES ATRIUM													
	DC	IT	MF	PA	PIT	R170	RAIM	RAMU	RG	IP INICIAL	IP DEMORA	TOTAL	% DEL TOTAL DE CONTROLES DE ATRIUM
AÑO 2021	335	42.167	17.984	1.665	255.656	8.027	981	4.989	31.015	61.978	33.894	458.691	60%
AÑO 2022	297	42.944	16.422	2.957	270.981	9.114	865	6.393	31.670	55.384	31.796	468.823	67%
AÑO 2023	326	28.076	13.327	2.161	279.848	6.589	713	7.841	31.992	94.197	32.067	497.137	70%
AÑO 2024	161	17.780	11.475	1.512	271.736	3.871	820	9.094	29.052	126.003	30.178	501.682	73%

Fuente: Seguridad Social

La plataforma ATRIUM centraliza toda la información clínica y administrativa (expedientes médicos, comunicaciones intercambiadas por el SPS y las Mutuas colaboradoras, etc.) en un único expediente integrado necesario para que el médico evaluador del INSS tome decisiones con relación a 11 actuaciones diferentes que puede requerirse en el procedimiento de evaluación de una prestación de incapacidad temporal:

- 1. DC (Determinación de Contingencia):** Procedimiento para establecer si una baja médica es por contingencia común (enfermedad común/accidente no laboral) o profesional (accidente de trabajo/enfermedad profesional).
- 2. IT (Incapacidad Temporal):** se refiere a los procedimientos de evaluación de situaciones de incapacidad temporal estándar. Habitualmente este es el único indicador que suele ofrecerse a la hora de evaluar la actuación de la Inspección Médica.
- 3. MF (Mantenimiento de Facultades / Médico de Familia):** Generalmente se refiere al control de bajas emitidas por el Servicio Público de Salud (médico de cabecera).
- 4. PA (Pago Directo):** Expedientes donde el INSS paga directamente al trabajador (por ejemplo, cuando finaliza el contrato estando de baja).

5. **PIT (Parte de Incapacidad Temporal):** Referencia al documento o gestión del parte médico de baja, confirmación o alta.
6. **R170 (Revisión a los 170 días):** Un control exhaustivo que realiza el INSS antes de que el trabajador alcance los 365 días de baja. Es un hito crítico para decidir si la baja continúa o se inicia expediente de incapacidad permanente.
7. **RAIM (Revisión de Asistencia Sanitaria y de Incapacidad por Mutua):** Control de los procesos gestionados por las Mutuas Colaboradoras.
8. **RAMU (Revisión Administrativa de Mutuas):** Similar al anterior, enfocado en el seguimiento de las propuestas de alta o actuaciones de las mutuas.
9. **RG (Régimen General):** Referencia a que el expediente pertenece a trabajadores por cuenta ajena del Régimen General.
10. **IP INICIAL:** La primera evaluación de un trabajador para determinar si tiene derecho a una pensión de Incapacidad Permanente.
11. **IP DEMORA (Demora de la Calificación):** Situación en la que, tras agotar los 545 días (18 meses) de baja, el INSS decide retrasar la calificación de incapacidad permanente hasta un máximo de 730 días porque se prevé una mejoría cercana.

6.1.3 Primeros resultados de los nuevos modelos de actuación

Como puede apreciarse en la estadística adjunta, la actividad de la Inspección Médica en los últimos ejercicios se caracteriza por tres fenómenos.

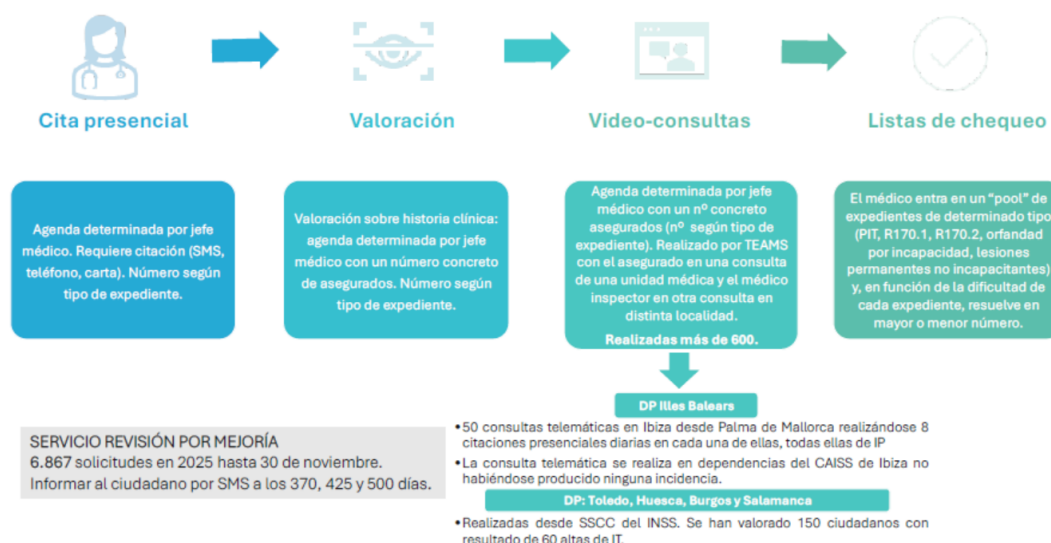
- 1) Considerando **el conjunto de actuaciones evaluadoras** que realiza la Inspección Médica del INSS, la actividad de **control presencial** de la prestación de IT **no se ha reducido, sino que se ha incrementado** notablemente.
- 2) Se han incorporado una serie de **procedimientos nuevos** que utilizan las posibilidades que ofrecen la **digitalización** de la información y las **nuevas tecnologías** que, sin suponer una delegación de responsabilidades, permite ponerlas al servicio de la actuación clínica del médico evaluador del INSS, **mejorando la eficiencia** de su trabajo.

Destaca en este sentido la incorporación de procedimientos de evaluación telemática y de apoyo digital tales como las video consultas²² o las listas de chequeo²³, que permiten reducir la cita presencial para procesos en los que concurren circunstancias que la hacen imprescindible.

²² Actualmente en fase de implantación con diferentes proyectos piloto en las provincias de Illes Balears, Toledo, Huesca, Burgos y Salamanca

²³ Actúa a modo de cribado previo, de manera que el médico evaluador accede a un “pool” de expedientes de determinado tipo (PIT, R170.1, R170.2, lesiones permanentes no incapacitantes) y, en función de la dificultad de cada caso, resuelve el procedimiento a utilizar.

Tipos de controles médicos de la inspección médica



Fuente: INSS

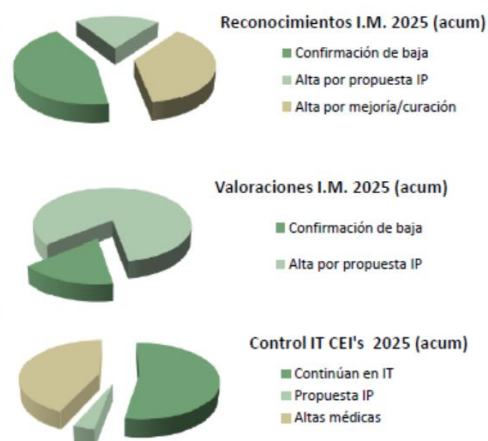
Con anterioridad, las citaciones presenciales seguían patrones de actuación de carácter genérico (por ejemplo, el llamamiento masivo a citación presencial a partir de un momento dado), mientras que ahora se concentran en casos en los que, mediante los sistemas de evaluación antes mencionados, se aprecian la concurrencia de elementos que aconsejan la valoración presencial de la situación (por ejemplo, y entre otras, la superación del tiempo óptimo de recuperación establecido en un principio; seguimiento de pruebas diagnósticas y/o rehabilitadoras; etc.).

Aunque es necesario acometer una evaluación en profundidad de los resultados obtenidos por estos nuevos protocolos de acción, los resultados preliminares que ofrecen muestran un nivel de eficiencia aparentemente superior al procedimiento tradicional de llamamiento masivo o indiscriminado a valoración presencial. Así, en las actuaciones de control que realiza el INSS, tanto en procesos de duración tanto inferior como superior a 365 días, se aprecian resultados relevantes.

De un lado, en el control de los procesos de menos de 365 días, se puede observar cómo pese a que el número de personas llamadas a control presencial fue de 48.240, en realidad el total de actuaciones de control se elevó a 74.370, más del doble de las que se realizaron en el año anterior. Además, respecto de las valoraciones presenciales, se concluyó que en la mayoría de los procesos (52,97%) se confirmaba el mantenimiento de la prestación de incapacidad temporal, al acreditarse la necesidad de mantener la protección económica en tanto se despliegan los efectos de la asistencia sanitaria que se está prestando.

Sin embargo, como consecuencia de la mejor selección de procesos a controlar, el número de prestaciones para las que se proponen para el alta por curación (43,2%) y las propuestas de incapacidad permanente (3,7%) suponen prácticamente el doble que las que se realizaban en el año 2018; lo que, en tanto que se realiza una evaluación más exhaustiva y completa de los resultados del proceso, apunta a una mayor eficiencia en el uso del recurso de las citaciones a control presencial.

	Diciembre	2025	2024
Control de la IT por la Inspección médica del INSS. Procesos IT < 365 días			
RECONOCIMIENTOS PRESENCIALES			
Citaciones	1.043	11.607	22.957
Altas médicas previas	68	781	2.254
Total Reconocimientos	1.108	13.051	22.505
Confirmación de baja	656	5.691	11.577
Alta por propuesta IP	124	2.515	3.450
Alta por mejoría/curación	325	4.823	7.388
Extinción por incomparecencia		5	16
VALORACIONES SOBRE HISTORIA CLÍNICA			
Total valoraciones	520	10.203	27.315
Citar a reconocimiento	84	1.749	3.383
Confirmación de la baja	436	8.451	23.924
Control de la IT DDPP CEI (Procesos IT < 365 días) (*)			
Procesos enviados	10.308	74.370	32.210
Altas previas	3.138	22.699	9.934
Total Reconocimientos	6.461	48.240	23.567
Continúan en IT	3.387	25.553	10.608
Propuesta IP	73	1.823	1.017
Altas médicas	3.001	20.864	11.942
Extinción por incomparecencia	1	14	



Fuente: INSS

Cabe también destacar el efecto que despliegan estos nuevos procedimientos en relación con el indicador de “altas previas”, que suele estar relacionado con las situaciones de seguimiento que se producen coincidiendo con la superación de los tiempos óptimos de duración previstos en los procesos de IT. En muchos casos se trata de valoraciones previas del expediente médico y/o llamadas telefónicas a las personas en baja médica en las que se valora si es necesario realizar reconocimientos presenciales.

En la medida en la que las llamadas de seguimiento dejan de ser aleatorias y se ajustan a los plazos previstos de recuperación para cada persona, se incrementa el volumen de altas por curación comunicadas directamente por la Inspección médica del INSS ante la constatación de que ya se ha producido el restablecimiento de la salud. Destaca en este sentido que en 2024 de las 74.370 actuaciones de seguimiento y control llevadas a cabo en procesos de duraciones inferiores a 365 días por las Direcciones Provinciales del INSS, el 30,5% (22.699 prestaciones) hayan concluido con un alta previa.

Cabe también llamar la atención respecto de la conveniencia de mejorar estos protocolos en dos líneas de acción paralelas.

De un lado, garantizar que los protocolos de seguimiento posibilitan la comunicación con las personas afectadas coincidiendo con la superación de los tiempos óptimos, de modo que no se produzca un lapso de tiempo injustificado que retrase el seguimiento administrativo de la situación de IT.

E incluso más importante que lo anterior, también resulta imprescindible la actualización de los tiempos óptimos de IT, ya que actualmente se utiliza una versión que data del año 2017 y es necesario su revisión para garantizar que el indicador es el adecuado al tiempo que cada persona requiere para recuperar la salud.

Por su parte, los procesos de IT de más de 365 días concentran el mayor volumen de actuaciones de seguimiento y control por parte del INSS. También en ellos se han puesto en marcha este tipo de actuaciones basadas en análisis más cualitativos.

	Diciembre	2025	2024
Controles Inspección Médica INSS procesos IT > 365 días (**)			
RESULTADO DE RECONOCIMIENTOS MÉDICOS			
Alta médica	5.930	86.740	81.691
Prórroga de IT	2.680	42.244	75.524
Continuar en prórroga	633	9.221	9.997
Alta por inicio de IP	1.329	20.557	27.090
Propuesta demora calificación	4.721	70.348	55.520
TOTAL	15.293	229.110	249.822
RESULTADO DE VALORACIONES MÉDICAS			
Prórroga de IT	327	14.030	34.312
Continuar en prórroga	171	3.033	5.748
Citar a reconocimiento	325	7.789	19.292
Alta por inicio de IP		0	153
Propuesta demora calificación	121	825	2.153
TOTAL	944	25.677	61.658



Fuente: INSS

En este caso no se registran situaciones de “alta previa” puesto que los procesos que superan los 365 días son ya de carácter más grave y exigen una actuación de seguimiento y control sanitario más intensa.

Destaca en cualquier caso el hecho de que del total de 229.110 actuaciones de seguimiento realizadas en este grupo de prestaciones, se haya propuesto alguna de las diferentes situaciones de prórroga en el 53,2% de los casos (121.813 prestaciones), propuesta de incapacidad permanente en el 9% de los casos (20.557 prestaciones) y el alta médica por curación en el 37,8% de los casos (86.740 prestaciones).

- 3) La Inspección médica del INSS **concentra sus actuaciones** orientadas a tratar de **resolver la lista de espera de valoraciones de incapacidad permanente**, que es la única prestación que sufre aún el efecto de demora en la gestión derivados de los efectos de la **pandemia de Covid** (el aislamiento forzoso de la población supuso la concentración extraordinaria de solicitudes que han desembocado en una gran bolsa de gestión de estas prestaciones).

En septiembre de 2019 el plazo medio de resolución de un expediente de valoración de IP era de 66 días y sólo se superaban los 100 días en 5 provincias. Sin embargo, en diciembre de 2022, cuando ya se había corregido la bolsa de gestión acumulada por efecto del Covid en el resto de pensiones, las valoraciones iniciales de IP acumulaban una demora de gestión media de 96 días para el conjunto del sistema, alcanzando 1 provincia un plazo de gestión que superaba los 6 meses. En diciembre de 2025 este indicador se situaba ya en 99 días para el conjunto del sistema y eran 3 las provincias en las que la demora supera los 6 meses.

Para establecer la magnitud de esta bolsa de gestión basta con señalar que en el cierre del ejercicio 2025 se registraban un total de 100.902 evaluaciones de IP pendientes de resolución, lo que suponía el 67,4% del total de pensiones en gestión pendientes de resolución. que en 2025 se iniciaron un total de 23.310 expedientes de IP, por lo que la bolsa de gestión supone 4 veces el volumen de solicitudes iniciales de un ejercicio ordinario.

	Diciembre	2025	2024
Controles Inspección Médica INSS exp. IP			
Reconocimientos médicos	9.615	133.176	145.159
Valoraciones médicas	3.685	53.981	42.870
TOTAL CONTROLES	13.300	187.157	188.029
Controles Inspección Médica INSS exp. revisiones grado IP			
Reconocimientos médicos	1.771	23.547	26.727
Valoraciones médicas	564	9.796	9.052
TOTAL CONTROLES	2.335	33.343	35.779



Fuente: INSS

Este dato da idea de la necesidad de reforzar las plantillas de médicos inspectores del INSS con carácter de urgencia.

6.2 Los médicos facultativos de atención primaria del Sistema público de Salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) también sufre los problemas de infradotación de recursos humanos lo que, en este caso, afecta a los procesos de IT en una doble dimensión. Se ve así limitado en relación a la provisión de los procesos de asistencia sanitaria que las personas trabajadoras que han enfermado o sufrido un accidente precisan para recuperar la salud. Y, además, se ve también impactada la capacidad de realizar tareas de control y seguimiento de las prestaciones de IT.

Lógicamente, la regulación de Seguridad Social se ha limitado a intentar reducir el efecto derivado de esta infradotación de personal a la dimensión que le compete directamente centrada en este caso en los procedimientos de control y seguimiento de las prestaciones de IT.

6.2.1 Plantillas de atención primaria, congeladas en relación con la población desde hace más de una década

Al igual que ocurre con el conjunto de las administraciones públicas, el personal médico destinado a la atención primaria de los servicios autonómicos de salud presenta una insuficiencia de plantilla evidente. Baste como dato meramente ilustrativo llamar la atención respecto de que en la última década y media la ratio médicos de atención primaria / habitantes asignados se ha mantenido prácticamente invariable, registrando tan sólo pequeñas variaciones que podrían considerarse nulas a efectos prácticos.

Ratio de personal médico atención primaria por 1.000 habitantes

	Evolución ratio 2012-2024	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
España (ES)	0,02	0,77	0,76	0,76	0,76	0,76	0,77	0,77	0,78	0,78	0,77	0,78	0,79	0,79
Andalucía (AN)	0,03	0,73	0,72	0,72	0,73	0,73	0,74	0,75	0,76	0,75	0,75	0,75	0,76	0,76
Aragón (AR)	-0,03	0,90	0,89	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,87
Asturias, Principado de (AS)	0,05	0,76	0,75	0,73	0,75	0,77	0,78	0,78	0,78	0,75	0,76	0,73	0,81	0,81
Baleares, Illes (IB)	0,04	0,64	0,64	0,63	0,62	0,61	0,62	0,62	0,62	0,61	0,60	0,62	0,64	0,68
Canarias (CN)	-0,02	0,77	0,77	0,76	0,76	0,75	0,75	0,75	0,74	0,75	0,75	0,75	0,76	0,75
Cantabria (CB)	0,02	0,79	0,79	0,78	0,78	0,79	0,83	0,80	0,80	0,80	0,80	0,79	0,79	0,81
Castilla y León (CL)	-0,01	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10	1,11	1,11	1,12	1,12	1,11	1,10	1,09	1,09
Castilla - La Mancha (CM)	0,02	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,84	0,82	0,83	0,83	0,84	0,83	0,84	0,84
Cataluña (CT)	0,01	0,75	0,73	0,72	0,72	0,73	0,75	0,76	0,77	0,77	0,73	0,76	0,76	0,76
Comunitat Valenciana (VC)	0,06	0,75	0,74	0,75	0,71	0,72	0,76	0,76	0,79	0,79	0,78	0,82	0,82	0,81
Extremadura (EX)	0,07	0,88	0,88	0,88	0,90	0,90	0,91	0,91	0,92	0,93	0,94	0,94	0,95	0,95
Galicia (GA)	0,04	0,81	0,81	0,82	0,82	0,82	0,82	0,82	0,83	0,83	0,84	0,85	0,85	0,85
Madrid, Comunidad de (MD)	0,01	0,70	0,69	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68	0,68	0,69	0,68	0,69	0,72	0,71
Murcia, Región de (MC)	0,04	0,77	0,77	0,77	0,76	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75	0,77	0,79	0,82	0,81
Navarra, C. Foral de (NC)	0,02	0,77	0,77	0,80	0,80	0,79	0,80	0,80	0,80	0,80	0,81	0,86	0,80	0,79
País Vasco (PV)	0,01	0,78	0,78	0,78	0,79	0,79	0,79	0,80	0,80	0,81	0,77	0,77	0,80	0,79
Rioja, La (RI)	-0,04	0,83	0,83	0,83	0,84	0,84	0,84	0,84	0,83	0,81	0,82	0,82	0,82	0,79
Ceuta (CE)	0,00	0,65	0,64	0,63	0,63	0,62	0,63	0,62	0,63	0,64	0,64	0,65	0,65	0,65
Melilla (ML)	-0,04	0,70	0,67	0,64	0,63	0,62	0,63	0,62	0,62	0,62	0,65	0,65	0,65	0,66

*A partir de 2020, ruptura de serie por revisión de los datos de recursos humanos de Cataluña. Año 2023 provisionales: los datos de profesionales del Principado de Asturias corresponden a los últimos disponibles.

Fuente: elaboración propia CCOO, datos Ministerio Sanidad

Si al efecto que supone la congelación de esta ratio de médicos/habitantes, le sumásemos además el efecto que se deriva del incremento de frecuentación (personas que acuden al médico por problemas de salud), la resultante implica un evidente problema de insuficiencia de dotación del Sistema Nacional de Salud.

En nuestra opinión, esta es una de las principales causas (no la única) que explican la evolución que registra la prestación de incapacidad temporal, que no es sino un fiel reflejo del estado de salud que presenta la población en su conjunto y, particularmente, la población trabajadora.

A esta situación cabe también añadir la que se deriva del aumento de la carga asistencial a la que tienen que hacer frente los facultativos de atención primaria del SNS. Según los datos que ofrece el Ministerio de Sanidad el número de personas con problemas de salud que debe atender la atención primaria se ha más que triplicado en apenas una década y media. Este fenómeno conlleva que la práctica totalidad de personas asignadas a cada facultativo (919,7 personas de cada 1.000 asignadas) han acudido a atención primaria con algún problema de salud.

Así, resultan mucho más graves las consecuencias que sobre la atención sanitaria que se presta a los ciudadanos despliega el hecho de que la ratio de médicos de atención primaria se mantenga en la práctica congelada desde 2012.

Evolución de las personas con problemas de salud que acuden a la atención primaria del SNS

	Personas que presentan problemas de salud por cada 1.000 personas asignadas a un facultativo (ajustada por edad)
2011	737,6
2012	777,9
2013	813,5
2014	825,4
2015	839,6
2016	839,0
2017	848,5
2018	838,0
2019	893,1
2020	894,9
2021	914,1
2022	907,2
2023	914,0
2024	919,7

Fuente: BDCAP, Ministerio de Sanidad

6.2.2 Actualización de los procedimientos de control y seguimiento de la IT

La preocupación de la Seguridad Social por la mejora de los instrumentos de seguimiento y control de las prestaciones de IT siempre ha sido una prioridad en su acción, si bien ha intensificado esta tarea de forma especialmente intensa en la última década.

6.2.2.1 Información en tiempo real

En una primera etapa, a partir del año 1995, el INSS viene impulsando la suscripción de sucesivos convenios de colaboración con los Servicios públicos de salud de las comunidades autónomas, encaminados a establecer diferentes actuaciones que perseguían una gestión y control eficaces de la prestación de la incapacidad temporal. El contenido de estos convenios, que no siempre compartimos, se ha ido adaptando así a la evolución y el comportamiento de la prestación en cada momento.

Hemos de señalar que la suscripción de estos convenios de colaboración ha sido y es un mecanismo especialmente útil de coordinación entre administraciones, creado precisamente como garantía de unidad del sistema de Seguridad Social en el marco del proceso de descentralización de la gestión de

los dos elementos que conforman la acción protectora de la IT: de un lado, la prestación económica (cuya competencia mantiene el INSS); y de otro, la asistencia sanitaria (cuya competencia corresponde a los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud, que formaron parte inicialmente de la estructura administrativa de la Seguridad Social encuadrados en el INGESA²⁴ y que desde 1989 hasta 2002²⁵ se han ido transfiriendo a las comunidades autónomas en sus respectivos Servicios autonómicos de salud).

En un primer momento, entre otras actuaciones, estos convenios estuvieron orientados a garantizar el registro administrativo de las prestaciones en tiempo y forma, una cuestión clave para poder hacer su seguimiento. Posteriormente han servido, además, para la incorporación de procedimientos telemáticos y digitales. Todo ello ha hecho posible que actualmente el INSS disponga en tiempo real de la información completa que gestionan las 17 comunidades autónomas no sólo respecto de los elementos relativos a la prestación sino de la totalidad de los informes clínicos que realizan los servicios autonómicos de salud. Se trata en todo caso de un nivel de acceso a la información en tiempo real que no tiene prácticamente parangón en ningún otro ámbito de colaboración ente administraciones.

La importancia de este hecho no es menor. Supone en sí mismo un ejemplo palpable de cómo la gestión descentralizada de una parte de la prestación de Seguridad Social no implica necesariamente un riesgo de gobernanza. Cabe arbitrar mecanismos de coordinación eficaces que pueden convertir este hecho en una fortaleza del sistema, de manera que se posibilite la acción concertada de dos ámbitos de la administración pública especializados en tareas complementarias que garantizan la protección integral de las personas trabajadoras.

Cabe, además, destacar que los convenios se han orientado sucesivamente también a ayudar en la incorporación de determinadas actuaciones de carácter organizativo, gestión, control y formación; como los que comentaremos más adelante.

Sí hemos de denunciar, sin embargo, el hecho de que la dotación presupuestaria de este instrumento se mantiene congelado en una escasa cuantía de 315 millones de euros anuales; una cifra claramente insuficiente para que pueda desplegar los efectos que se buscan en la totalidad de líneas de actuación.

6.2.2.2 Control sostenido de la asistencia sanitaria y sus resultados

Precisamente la segunda línea de actuación que ha desplegado la Seguridad Social en orden a mejorar el seguimiento y el control de las prestaciones de IT se ha producido en relación al reforzamiento del seguimiento que se hace de la asistencia sanitaria que reciben las personas trabajadoras enfermas. Unas

²⁴ El INSALUD fue la entidad gestora de la Seguridad Social encargada de la gestión de la asistencia sanitaria universal para el conjunto del sistema, y actualmente reconvertida en INGESA que presta dicha asistencia en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

²⁵ El traspaso de esta competencia se realizó de forma escalonada en el tiempo, comenzando por Cataluña (1981), Andalucía (1984), País Vasco y C. Valenciana (1987), e incorporando sucesivamente al resto de comunidades autónomas hasta su culminación definitiva en 2002. El Estado central mantiene la competencia en el caso de Ceuta y Melilla a través del INGESA.

actuaciones, por cierto, cuya implementación efectiva también han formado parte del contenido de los convenios de colaboración entre el INSS y los Servicios autonómicos de salud.

Entre todas las iniciativas destacan por su importancia las reformas reglamentarias impulsadas sucesivamente en 2014, 2017 y 2022²⁶ y que aún continúan siendo objeto de atención en el marco de la Mesa de Diálogo Social constituida entre el Ministerio de Seguridad Social y las organizaciones sindicales y empresariales.

Este marco reglamentario resulta de especial interés porque vincula las actuaciones de control de la prestación de IT al seguimiento efectivo de las acciones relativas a asegurar la eficacia de la asistencia sanitaria.

Destaca así el establecimiento de una amplia batería de informes médicos de diversa naturaleza (informes de confirmación, complementarios y de actualización) que deben realizar obligatoriamente los médicos de atención primaria coincidiendo con la emisión de los correspondientes partes de baja y confirmación, en periodos específicos²⁷.

CUADRO 6. DOCUMENTACIÓN ASOCIADA A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE IT EN EL SNS

Duración estimada	Muy corta duración	Procesos de duración corta, media y larga						
		Parte de baja	Partes de confirmación	Informe complementario	Informe de control	Parte de alta		
Número de días	Parte de alta y baja							
	A y B	B	C1 + C	Inicial + Actualización		A		
			Inicial	Sucesivos				
Menos de 5 días								
5-30 días				Cada 2 semanas				
31-60 días				Cada 3 semanas				
61 o más días				Cada 5 semanas				
¿Cuándo se emiten?	En el momento de la baja	En el momento de la baja	A la semana de la baja	Periódicamente	Con segundo parte de confirmación	Cada dos partes de confirmación	A los tres meses	Con la recuperación del trabajador

Fuente: AIReF.

²⁶ El procedimiento reglamentario al que nos referimos se ha establecido en 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; que ha sido sucesivamente complementado mediante el Real Decreto 231/2017, de 10 de marzo y el Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre.

²⁷ El propio informe de AIReF sobre la evolución del gasto en incapacidad temporal, publicado en febrero de 2026, recoge este protocolo de control por parte de los médicos de atención primaria.

6.2.2.3 Intercomunicación en acciones de control entre el INSS, SPS y Mutuas

Un tercer tipo de actuación incorporado a los procedimientos de seguimiento y control de las prestaciones de IT radica en el nivel de intercomunicación de los diferentes actores que intervienen en la prestación. Se trata de procedimientos específicamente reservados al acceso telemático a los informes médicos de las personas beneficiarias de una prestación de IT.

La intercomunicación en relación a la información médica de las personas beneficiarias de IT entre el INSS, los Servicios autonómicos de salud (incluyendo en este caso tanto los emitidos por atención primaria, por atención especializada y hospitalaria y la Inspección médica del Servicio de salud), y la de las Mutuas colaboradoras, se ha garantizado así mediante la puesta en marcha de plataformas compartidas de información como el portal ATRIUM (Aplicativo de Trabajo Informático para las unidades médicas del INSS), ya mencionado con anterioridad.

Estas plataformas específicas para compartir historiales médicos han desarrollado un marco específico de convenios de colaboración. Su finalidad es la de mejorar la gestión, control y seguimiento de las prestaciones por incapacidad laboral, entre otras prestaciones, facilitando tanto al personal sanitario de las inspecciones médicas de los Servicios Públicos de Salud como a la Inspección médica del INSS el acceso recíproco a los expedientes médicos que obran en cada uno de los organismos. Además, en dichos convenios se contempla también que tanto desde el INSS como desde los servicios autonómicos de salud se pueda también acceder a los informes médicos realizados por las Mutuas colaboradoras.

En otro nivel de intercomunicación entre actores implicados en estas labores, hemos de llamar la atención respecto del que se produce en prestaciones de IT de contingencia común en relación con las propuestas de alta por curación que emiten las Mutuas colaboradas y en qué medida son respondidas por los médicos de atención primaria.

La estadística oficial ofrecida por el INSS también es clara en este sentido y permite comprobar que el porcentaje de respuesta de los servicios autonómicos de salud tradicionalmente es muy elevado y nunca ha sido inferior al 80%, ni siquiera durante la pandemia por Covid.

Y ello sin menoscabo de que puedan identificarse algunas provincias o territorios en los que la capacidad de respuesta registre un resultado ligeramente inferior a la media y, por tanto, sea susceptible de acometer medidas de refuerzo en esta cuestión.

Porcentaje de respuesta del SPS a las propuestas de alta emitidas por las Mutuas colaboradoras

provincias y CCAA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ALMERÍA	81,3	83,1	90,6	93,8	94,7	94,6	95,4
BIZKAIA	97,7	97,7	96,6	97,2	97,5	98,0	98,0
BARCELONA	88,1	90,4	91,2	94,6	95,4	93,9	94,1
CANARIAS	96,2	94,7	93,7	95,8	95,1	96,0	97,0
CASTILLA	96,0	95,7	92,9	92,7	93,6	94,1	95,1
CAN	93,7	95,8	92,0	92,6	91,4	94,1	94,2
CATALUÑA	97,1	97,0	96,9	97,0	96,4	97,0	96,7
CASTILLA	89,8	90,7	91,8	92,9	94,3	96,0	96,0
CATALUÑA	92,5	92,9	93,4	94,7	95,1	95,8	96,2
CASTILLA	87,0	84,5	80,3	82,3	83,1	81,9	77,0
CAN	93,7	92,6	90,9	89,5	90,0	85,5	75,5
CAN	76,4	75,6	68,3	70,0	69,7	66,9	59,4
CAN	80,3	79,1	73,3	74,4	74,6	71,8	64,4
CAN	95,2	93,9	91,4	93,5	93,7	95,8	96,8
CAN	54,5	55,5	51,6	66,9	62,3	61,7	62,2
CAN	73,5	74,4	60,8	69,5	70,5	70,1	66,8
CAN	64,3	65,4	56,1	68,2	66,7	66,1	64,6
CAN	85,6	84,8	90,0	91,5	90,3	81,1	78,1
CAN	92,4	90,1	87,1	93,1	92,3	86,5	84,9
CAN	85,2	72,9	71,5	78,0	72,4	74,5	79,3
CAN	80,3	82,6	75,9	76,2	73,0	81,2	82,8
CAN	89,6	78,3	68,4	81,8	95,5	95,7	93,9
CAN	83,0	78,4	74,2	85,7	83,6	74,1	69,9
CAN	90,3	90,5	90,0	93,6	92,9	95,5	95,5
CAN	97,9	99,3	99,1	99,7	99,4	99,3	98,9
CAN	81,9	71,3	73,3	69,2	71,1	86,7	82,5
CAN	83,3	86,3	79,7	83,6	81,2	81,7	72,8
CAN	84,5	79,1	75,6	79,1	78,6	83,4	82,3
CAN	56,0	58,5	48,8	70,4	98,9	98,4	97,5
CAN	63,8	72,3	58,3	82,0	89,3	90,7	92,5
CAN	86,5	79,5	75,4	81,6	82,0	81,0	78,8
CAN	92,5	94,2	95,7	98,7	98,5	98,8	97,2
CAN	81,1	86,6	90,9	95,0	97,5	97,5	91,9
CAN	72,7	76,9	71,3	84,9	94,3	94,5	92,6
CAN	88,0	89,3	77,2	84,9	87,7	89,6	92,0
CAN	94,6	95,0	93,8	96,5	97,6	98,1	97,8
CAN	85,0	85,3	75,8	83,1	83,3	86,5	86,7
CAN	87,1	87,8	78,1	85,0	86,2	88,5	89,5
CAN	-	59,8	70,1	74,9	77,4	76,8	70,6
CAN	-	65,6	75,8	92,2	93,4	91,9	89,1
CAN	-	64,5	82,2	91,2	95,2	90,8	93,7
CAN	-	60,9	69,0	90,1	95,8	85,7	75,9
CAN	-	60,5	70,9	78,8	81,4	80,0	74,1
CAN	-	91,6	91,1	91,5	88,7	88,6	86,9
CAN	89,8	86,8	76,7	87,0	90,6	92,1	87,2
CAN	82,2	84,5	74,6	86,1	91,3	91,3	86,9
CAN	86,8	85,9	76,0	86,6	90,9	91,8	87,0
CAN	-	78,8	66,0	70,9	66,0	66,1	67,6
CAN	-	97,5	97,8	98,0	95,1	95,9	98,7
CAN	-	97,4	97,6	97,1	97,9	97,8	99,4
CAN	-	96,0	89,8	93,1	91,4	91,7	92,0
CAN	-	88,0	79,9	83,7	80,0	80,2	81,5
CAN	99,2	99,3	99,0	99,3	99,7	99,2	98,3
CAN	54,5	91,9	78,8	83,2	79,0	76,0	66,4
CAN	68,2	74,2	47,7	85,5	68,8	56,6	61,9
CAN	57,8	85,6	60,6	84,0	75,0	68,7	64,7
CAN	83,0	81,1	76,0	77,8	79,9	73,5	85,8
CAN	82,8	85,4	89,1	80,9	81,9	93,7	91,2
CAN	89,1	87,5	78,7	82,2	71,5	76,3	85,8
CAN	63,2	63,9	65,1	64,0	62,5	58,2	51,4
CAN	83,7	80,5	69,3	75,3	70,3	64,9	65,6
CAN	75,4	76,5	60,3	70,1	54,3	55,1	52,4
CAN	75,6	75,0	63,3	70,2	59,6	58,0	55,9
CAN	84,4	84,8	80,0	83,9	83,6	84,4	82,8

fuente: INSS

No cabe, por tanto, alegar en ningún caso que se produce una falta de seguimiento de los procesos de IT, por cuanto el INSS tiene constancia en tiempo real de las prestaciones y sus características; ni tampoco que haya dejación en las tareas de control de la asistencia sanitaria que realizan los médicos de atención primaria.

En todo caso, sí pueden producirse incidencias en relación con la insuficiencia de efectivos que el SNS requiere para garantizar la recuperación de la salud en el tiempo más breve posible.

7. EL INFORME DE AIREF DESENOCA LAS CAUSAS QUE EXPLICAN LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y OBVIA LA VARIABLE “SALUD”

En su análisis, AIREF obvia la variable más importante que explica la evolución de la IT: la salud. Por ello, el informe es incapaz de responder a la verdadera cuestión de fondo: si el gasto en IT se ajusta o no a la necesidad de protección de la salud que tienen las personas trabajadoras.

Si la razón es únicamente el criterio de la AIREF, o tiene relación directa con los términos de la petición de realización del estudio por parte del Gobierno de España en el marco del Spending Review, es algo que deben aclarar ambas instituciones.

La prestación de IT tiene precisamente este objetivo: proteger a las personas enfermas que no pueden ir a trabajar durante el tiempo que reciben asistencia sanitaria para curarse, ni un día más ni un día menos. La cuestión a evaluar no es si el gasto en IT ha crecido o se ha reducido desde una fecha dada u otra, sino si las personas que tienen una prestación de IT actualmente se encuentran enfermas e impedidas para el trabajo y cómo vamos a garantizar la asistencia sanitaria pública que les devuelva la salud para volver a trabajar en el menor plazo posible.

Esa debe ser la primera respuesta, ¿tenemos la cobertura que necesitamos y, por ello, el gasto asociado a ella, o tenemos una desviación a alza o a la baja, según los períodos observados?

7.1 Supone una oportunidad perdida para reforzar el Sistema público de Salud

El informe es una oportunidad perdida para haber realizado una evaluación en profundidad de las limitaciones de recursos que sufre el Sistema Nacional de Salud para garantizar una asistencia sanitaria suficiente y adecuada para el conjunto de la población, lo que también afecta a las posibilidades de curación de la población trabajadora, y haber llamado la atención para la necesidad que tiene el SNS de dotación de recursos humanos y técnicos suficientes en especialidades sanitarias clave.

Dicho de otro modo, ¿necesitamos invertir más en el sistema sanitario público? Parece obvio que sí. ¿Esa mayor inversión repercutiría en adelantar la recuperación de la salud de las personas en incapacidad temporal y, como consecuencia de ello, en reducir el gasto en IT?

Lejos de ello, el informe de la AIReF se lamenta de la creciente demanda que los ciudadanos hacen de la asistencia primaria y de las listas de espera del SNS, como si fuesen fenómenos caprichosos de unos y otros.

7.2 La invisibilización de la dimensión de la salud queda patente en las ausencias en el análisis de las causas últimas que explican la evolución de la prestación

La falta de aprecio que el informe traslada de la dimensión de salud queda patente en varios hechos que resultan muy relevantes en relación con la evolución de la IT:

- No se mencionan ni una sola vez, los efectos que la propia Organización Mundial de la Salud reconoce que se pueden estar produciendo derivados del Covid, la más grave y mortífera pandemia de la época moderna (se infectaron o necesitaron aislamiento obligatorio la mitad de la población activa española, 10 millones de personas, y causó la muerte de 146.619 personas en España y más de 18 millones en el Mundo). Las escasas referencias que se hacen en el informe al Covid se limitan a establecerlo como una de las causas que ha provocado el incremento de la utilización que los ciudadanos hacen de la atención primaria, como si fuese una actuación caprichosa producida por un miedo infundado.
- No se menciona ni una sola vez el hecho alarmante de que España sea el líder mundial en consumo de benzodiacepinas y ansiolíticos y el tercer país de la Unión Europea en utilización de antidepresivos, lo que necesariamente tiene que indicar efectos sobre los procesos relacionados con la salud mental y la respuesta que se está dando sobre los mismos. Al contrario, las únicas referencias que se hace a la dimensión de la “salud mental” es para indicar que quienes tienen necesidad de utilizar estas prestaciones lo hacen en duraciones más prolongadas que otras enfermedades.
- El informe obvia no sólo el problema estructural que arrastra nuestro país respecto de la infradeclaración de enfermedades profesionales, sino incluso la mera referencia al fenómeno de “enfermedades profesionales” que ni siquiera se incluyen como un elemento de análisis.

7.3 El informe se centra en listar ideas preconcebidas que apuntan una visión fraudulenta que, sin embargo, luego no se demuestran

El informe de AIReF se limita a listar una serie de ideas preconcebidas con relación a sólo una parte de las posibles causas que pueden explicar la evolución de la IT que, sin embargo, después no es capaz de demostrar empíricamente.

Se limita así a extender una serie de presunciones de una supuesta utilización fraudulenta o abusiva de la prestación para colectivos y causas más que discutibles:

- **Señalamiento de colectivos** que, en realidad, suponen la mayoría de la población:
 - personas **jóvenes de menos de 40 años** (de quienes apuntan una utilización abusiva en el acceso a prestaciones de corta duración, un 20% más que los mayores de esa edad)
 - personas **mayores** (que utilizan la prestación con mayores duraciones que los jóvenes)
 - **mujeres** (que la utilizan un 21% más que los hombres)
 - **empleados públicos** (+14 %)
- **Señalamiento de los derechos laborales** conseguidos en la última etapa de **gobierno de progreso** que ha recuperado el **Diálogo Social**, no es menor el detalle de que el análisis de la AIReF tome como referencia el año 2017, justo antes de producirse la moción de censura contra el PP, pese a que no es un ejercicio que destaque en la serie por servir como referencia singular en ningún indicador.
 - **Reforma laboral** personas con contrato indefinido (+12 % con respecto al contrato fijo discontinuo).
 - **Incremento salarial**, señalando las personas con **nivel salarial medio (+52 % con respecto a los salarios más bajos** del primer cuartil) y reconociendo de forma expresa que ha medido el efecto de la revalorización del SMI pero que no ha podido establecer correlación con el acceso a IT.
 - **Empresas sindicalizadas**: señaladas indirectamente al referirse a trabajadores en **empresas grandes** (+81% con respecto a microempresas)
*En realidad la AIReF parece haber encontrado correlación entre la baja utilización de la IT en los ámbitos de mayor precariedad laboral, pero no lo recoge así porque no está haciendo una evaluación de causas sino una mera descripción estadística.
- Señala de forma singular a las **personas que tienen Reiteración** en los procesos de IT (personas que presentan varios procesos en un mismo año), sin considerar elementos tan básicos como la posible influencia de enfermedades crónicas, recaídas, etc.

7.4 El informe adolece de aparentes limitaciones metodológicas derivadas de que su objetivo no es determinar las causas de la evolución de la IT, sino una descripción estadística del gasto

Las técnicas de análisis utilizadas sólo son capaces de describir estadísticamente las principales variables globales de la IT (incidencia y duración), pero en unas categorías tan amplias que, en realidad, son poco útiles para poder establecer las causas últimas que ayuden a explicar la evolución que registra la prestación.

- Utiliza los grandes grupos de enfermedades (procesos respiratorios) en lugar de las referencias concretas de cada tipo de diagnóstico (gripe común, neumonía...). La incidencia y duración de unos diagnósticos y otros no puede compararse.
- De la misma forma, utiliza de forma genérica los datos de lista de espera del SNS por grandes especialidades, sin desagregar
- El cruce de las variables genéricas anteriores ofrece en ocasiones correlación que no cabe identificar en ningún caso con causalidad.
- El Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal que utiliza el INSS, recomendados en el informe, se realizó en el año 2016 y fue publicado en 2017 sin que haya tenido actualización desde entonces²⁸, por lo que se encuentra ya en gran medida obsoleto en la medida en la que no recoge ni la realidad de las patologías, ni otras variables que puedan influir en la duración de los procesos.

En este sentido, hubiese resultado de interés que AIReF hubiese llamado la atención sobre la necesidad de actualizar esta herramienta de análisis estadístico incluyendo criterios de salud y sanitarios (desarrollo tecnológico, innovación, terapéutica, rehabilitación...), de la Salud Pública (estrategias en salud, prevención, educación...), supervivencia de algunas enfermedades (Oncología, cirugía...) y la incidencia y prevalencia de otras (COVID, salud mental...),

7.5 Elementos del Informe AIReF que sí resultan relevantes

El incremento de la incidencia de los procesos ITCC se concentra mayoritariamente en duraciones muy cortas (singularmente en los procesos menos 3 días) que no generan gasto público y que, de tener complementos salariales pactados en convenio colectivo, operan exclusivamente en los ámbitos y, en

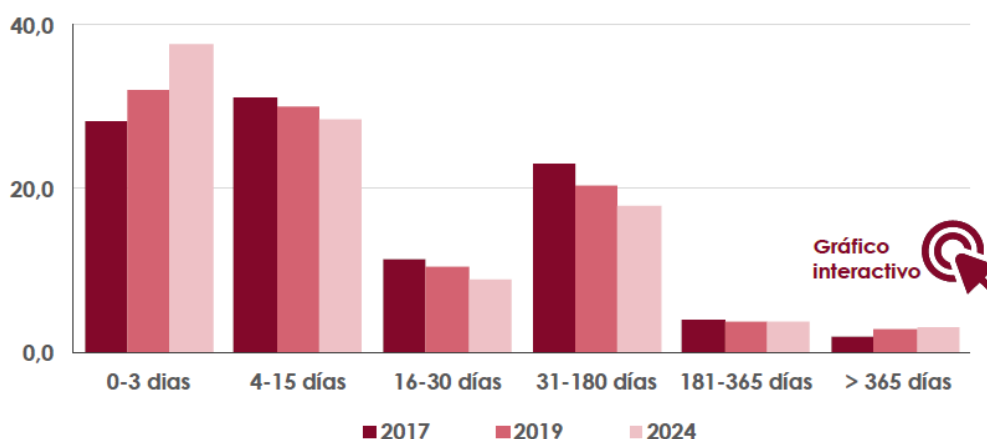
²⁸ Las únicas actualizaciones en 2022 se han limitado al programa operativo utilizado en la edición digital, pero sin realizar cambios en las bases de datos.

menor medida, en procesos de duración muy larga (365 días) que permiten actuaciones sobre los procesos de diagnóstico y rehabilitación que pueden ser más eficaces para reducir los tiempos de curación

Incapacidad temporal



GRÁFICO 22. DURACIONES DE LAS IT POR TRAMOS
PANEL A. PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE IT DE 2017, 2019 Y 2024

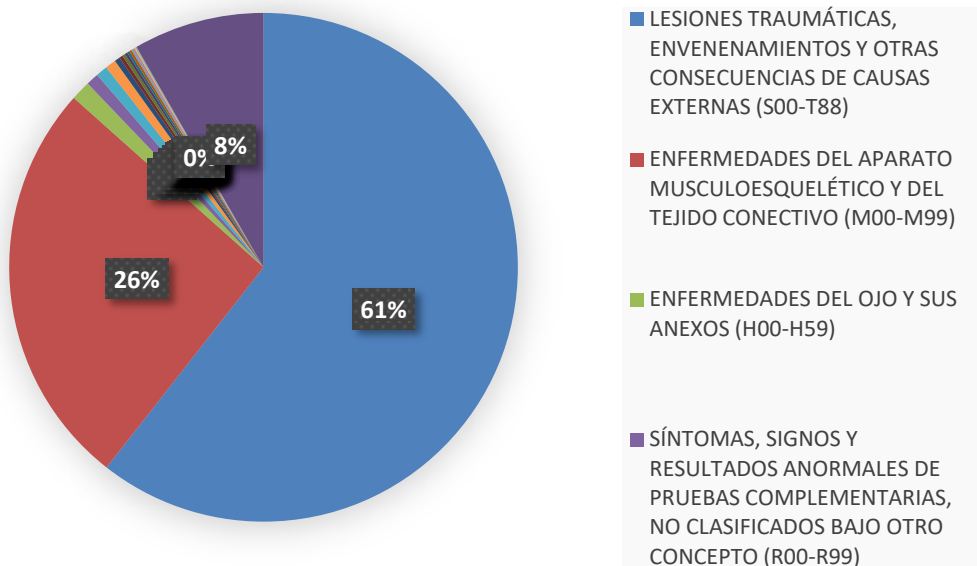


Cabría en este sentido volver a llamar la atención sobre la utilidad de los Convenios de colaboración suscritos por el INSS los Servicios autonómicos de salud y las Mutuas colaboradoras en los términos en los que lo hace V Acuerdo de Empleo y Negociación Colectiva (AENC), de modo que se priorizase la atención de los procesos de IT cuyas patologías se haya acreditado que pueden tener una recuperación más rápida utilizando los recursos ociosos de las Mutuas colaboradoras en aquellas especialidades en las que sean especialistas.

8. LAS MUTUAS PUEDEN AYUDAR EN LA RECUPERACIÓN DE ENFERMEDADES EN LAS QUE SON ESPECIALISTAS, PERO NO EN OTRAS

Según datos ofrecidos por el INSS en la Mesa de diálogo social, las Mutuas colaboradoras atendieron en 2024 un total de 718.976 procesos de IT por Contingencia Profesional. El 87% de los casos fueron por Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (CIE-10: S00-T88) en un 61%, y por enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (CIE-10: M00-M99) suponían un 26% de los casos. Solo el 1,9% de los casos se relacionaban con la salud mental.

Nº procesos IT-Contingencia Profesional (2024)



Elaboración propia CCOO. Datos INSS

Es evidente que las Mutuas colaboradoras están especializadas en la atención asistencial de procesos relativos a traumatología, reumatología, rehabilitación en especialidades relacionadas con lesiones traumáticas, en dermatología, oftalmología,

De la misma forma que es evidente que la actividad propia de las Mutuas colaboradoras en relación con los procesos de origen de salud mental es anecdótica, como señala que el número total de procesos atendidos por esta causa se limite a 1.144 (1,9% del total de prestaciones). Hemos de señalar, además, que una parte relevante de dichas actuaciones se realiza mediante atención externalizada a un tercero ante la inexistencia en muchos casos de recursos propios de este tipo²⁹.

²⁹ Portal de Transparencia de la Administración. Licitación contrato psicología mutua ASEPEYO: https://contrataciondelestado.es/wps/portal/!ut/p/b/0/04_Sj9CPyKssy0xPLMnMz0vMAfijU1JTC3ly87KtUIJLEnNyUuNzMpMzSxKTgQr0w_Wj9KMyU1zLcvQjtQMzfCwcQ_0sDf2LqozdA1Nmi8yCA21t9Qtycx0BwzCdIA!!/
 Contrato de servicios de psicología a la población protegida de umivale, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15 y a los trabajadores autónomos adheridos en la localidad de Valladolid (Valladolid). *Procedimiento Abierto de UMIVALE*. . Adjudicado el 13-07-2021. Gerencia UMIVALE Mutua Colaboradora con la Seguridad Social Nº 15. https://transparencia.gob.es/servicios-buscador/contenido/contratolicitacion.htm?id=Licitacion_4593c1d9749770dbeb8ef98165f653cffe3d229&fcAct=Fri%20May%202020%2015:56:44%20CEST%202022&lang=es
 Contrato de servicios de psicología en centro ambulatorio a la población protegida de umivale, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 15 y a los trabajadores autónomos adheridos en la localidad de Denia (Alicante). *Procedimiento Abierto de UMIVALE*. . Adjudicado el 12-08-2021. Gerencia UMIVALE Mutua Colaboradora con la Seguridad Social Nº 15. https://transparencia.gob.es/servicios-buscador/contenido/contratolicitacion.htm?id=Licitacion_c169b90ac0e631af9d527eb4024a4588d5850662&lang=gl&fcAct=Fri%20May%202020%2006:43:57%20CEST%202022

Procesos de incapacidad temporal por contingencia profesional atendidos por las Mutuas colaboradoras en 2024

Capítulo del diagnóstico	Número de procesos
LESIONES TRAUMÁTICAS, ENVENENAMIENTOS Y OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS (S00-T88)	435.589
ENFERMEDADES DEL APARATO MUSCULOESQUELÉTICO Y DEL TEJIDO CONECTIVO (M00-M99)	187.040
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS (H00-H59)	8.987
SÍNTOMAS, SIGNOS Y RESULTADOS ANORMALES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, NO CLASIFICADOS BAJO OTRO CONCEPTO (R00-R99)	5.771
EXT.MORBILI.MORTALID CAUSAS EXTERNAS MORBILIDAD Y MORTALIDAD	5.287
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO (G00-G99)	4.902
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTÁNEO (L00-L99)	2.501
FAC.ESTADOS SALUD FACTORES QUE INFLUYEN EN ESTADO DE SALUD	1.576
ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)	1.351
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO (K00-K95)	1.201
TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO (F01-F99)	1.144
NEOPLASIAS (C00-D49)	1.115
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (A00-B99)	812
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO (J00-J99)	728
CÓDIGOS SUPUESTOS ESPECIALES	600
ENFERMEDADES DEL OÍDO Y DE LA APÓFISIS MASTOIDES (H60-H95)	290
MALFORMACIONES CONGÉNITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS (Q00-Q99)	94
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO (N00-N99)	76
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS (E00-E89)	23
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS Y CIERTOS TRASTORNOS QUE AFECTAN AL MECANISMO INMUNOLÓGICO (D50-D89)	17
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-O9A)	9
OTROS	59.863
Total procesos ITCP atendidos	718.976

Fuente: INSS

De lo que se concluye que, para prestar un servicio adecuado en salud mental, no tiene sentido que la asistencia la preste una mutua colaboradora con la Seguridad Social. Ya que no se trataría el problema de salud de una forma adecuada y se perseguiría mayormente el acortamiento de los tiempos en baja por el coste que puedan significar más que por la terapia que puedan requerir.

9. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A partir de los datos contenidos en el presente informe y la evaluación de sus resultados, cabe realizar las siguientes conclusiones y propuestas:

1. La prestación de incapacidad temporal tiene como objetivo prioritario **preservar el derecho a la salud** de las personas trabajadoras (art. 43 CE) y el **derecho a la reincorporación al trabajo** (art. 35 CE). Todas las prestaciones públicas deben garantizar el mayor grado de eficiencia posible, pero ello implica hacerlo con pleno respeto al ejercicio íntegro del derecho y a la preservación de su función social.
2. La prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes es, en la práctica, una dimensión complementaria de la prestación de asistencia sanitaria que garantiza el Sistema Público de Salud, por lo que su evaluación tanto material como financiera ha de realizarse en el marco del conjunto del **sistema de protección social** y singularmente en el ámbito propio de la atención sanitaria.

Una parte de la evolución del gasto en incapacidad temporal puede tener una relación directa con la menor inversión que nuestro país hace en relación con el conjunto del gasto sanitario público. La insuficiencia de recursos preventivos, diagnósticos y de atención con los que el Sistema Nacional de Salud debe enfrentar los problemas de salud del conjunto de la ciudadanía despliega así efectos relevantes con relación a las prestaciones de incapacidad temporal, tanto en su incidencia como en su duración.

3. El crecimiento de la incidencia de las prestaciones de incapacidad temporal por contingencia común supone un **reto financiero importante, pero manejable** en el conjunto de las prestaciones del sistema de Seguridad Social y la economía de nuestro país.

El grueso del crecimiento del gasto en IT se explica por factores estrictamente ligados a la evolución de la actividad económica, el empleo y los salarios. Fuera de la explicación de estos factores, el **“incremento adicional” de gasto que realmente se ha producido en 2024 se limita a 4.833 millones de euros, que equivale exclusivamente al 29,3% del total** del gasto generado por la prestación, lo que resulta una evolución del gasto sin duda exigente pero perfectamente manejable y respecto de la que no está justificado el discurso alarmista que se hace desde las organizaciones empresariales y determinados grupos de interés.

Adicionalmente, hemos de recordar que este “incremento adicional” se produce desde la pandemia por Covid. Esta pandemia y singularmente los efectos que produjo y sigue desplegando sobre la salud de las personas es la que explica en mayor parte este “incremento adicional” de gasto en IT.

4. Los datos de gestión de la prestación confirman que **no se produce ninguna situación de abuso generalizado** de la prestación, de modo que su evolución puede explicarse por causas objetivas.
5. Una parte relevante del incremento del gasto en incapacidad temporal tiene **carácter estructural** (económico, sanitario, etc.) y debe garantizarse su financiación adecuada.
6. Al objeto de determinar de forma adecuada las obligaciones de atención sanitaria y financiación de las prestaciones en razón de la contingencia que las producen, deben adoptarse medidas orientadas a mejorar los procedimientos de determinación de contingencia, tales como el establecimiento de **instrumentos de diagnóstico de sospecha** de origen laboral y modelos centinela, acordes con lo dispuesto en el art. 5 del RD 1299/2006.
7. Cabe actuar sobre aquellos elementos que contribuyen a un incremento del gasto en incapacidad temporal que están relacionados con el **alargamiento innecesario** de las bajas médicas, de modo que priorizar la actuación sobre los **resultados en salud** puede a su vez desplegar efectos relevantes sobre el crecimiento del gasto público.

Los elementos estrictamente relacionados con la **mejora de gestión administrativa** de las prestaciones, aun siendo de interés, no constituyen una causa principal que explique la evolución de las prestaciones y el gasto público asociado a las mismas. Tiene en cualquier caso utilidad mejorar los procesos de seguimiento administrativo de las prestaciones vinculándolos a la mejora de los tiempos óptimos, en términos similares a los que ya se han comenzado a operar en el marco de la implementación en las actuaciones llevadas a cabo por el INSS. Cabe destacar en este sentido el seguimiento de los procesos ligado a la superación de los tiempos óptimos.

8. En orden a garantizar la eficiencia de la prestación, es necesario mejorar el nivel de **transparencia** que actualmente ofrece la estadística pública que ofrece el INSS. Ello contribuirá a mejorar el alcance del análisis de la información estadística disponible y, por tanto, el de las propuestas de actuación a considerar.

En este sentido sería necesario completar los indicadores estadísticos actuales que ofrece el INSS (incidencia, prevalencia y duración media) incluyendo información en relación con:

- Duración mediana de los procesos
- Ordenación de los procesos por diagnósticos y duración en horquillas de tiempo más ajustadas a los tiempos de gestión (0-3; 4-15; 16-30; 31-60; 61-180; 180-364; 365-545; 546-730; más de 730).
- Procedimientos de revisión de los CIE iniciales para garantizar el registro de los diagnósticos definitivos en las prestaciones de media y larga duración. La identificación de patologías concretas, en lugar de utilizar la referencia genérica de los grandes grupos CIE, ayudará a actuar de forma sencilla, inmediata y eficiente

- Revisión de los tiempos óptimos de recuperación publicados periódicamente por el INSS (la última versión es del año 2018)
 - Inclusión de la referencia de los tiempos óptimos de recuperación en el seguimiento de las prestaciones, de modo que quepa identificar qué diagnósticos y en qué perfiles sociodemográficos sobrepasan el indicador de referencia
 - Las organizaciones sindicales más representativas deben tener acceso a los datos anonimizados del conjunto del sistema de forma que puedan elaborar sus propios análisis y evaluaciones, en los mismos términos en los que actualmente acceden las organizaciones empresariales y las Mutuas colaboradoras.
- 9. De la evolución registrada en los últimos ejercicios de la prestación, cabe extraer las siguientes conclusiones:**
- El crecimiento de la incidencia se concentra fundamentalmente en procesos de muy corta duración, de menos de 15 días, que no generan gasto público, y que se deben principalmente a procesos infecciosos leves.
 - No se registra un incremento de la duración media de las prestaciones, si bien sí se puede observar un incremento moderado de los procesos de duración superior a 365 días (que suponen actualmente el 3% del total de prestaciones).
 - Tradicionalmente el grueso del gasto público se concentra en las prestaciones de más de 61 días de duración, y de todos ellos 2/3 se concentran en las prestaciones de duración inferior a 365 días.
 - Las prestaciones que superan la duración de 365 días tienen una tasa de curación y reincorporación al trabajo alta. En las primeras resoluciones de los procesos llamados a control a partir de esta fecha por el INSS el 59% se mantienen en incapacidad temporal ante la previsión de curación mientras que sólo el 8,1% son propuestos para incapacidad permanente.
 - El actual régimen jurídico y de gestión de las prestaciones garantiza perfectamente la detección de diagnósticos que se deben derivar finalmente a incapacidad permanente ante la imposibilidad de curación en el plazo máximo de duración de la IT. En concreto, el INSS propone la IP antes de los 365 días en el 9,1% de los procesos llamados a reconocimiento, y en relación con la totalidad de actuaciones de control el 35,97%.
 - Los grupos de diagnóstico que han incrementado en mayor medida el número de días con prestación son en primer lugar los osteomusculares (que concentran el 35% del incremento de días en prestación) y en segundo lugar las relativas a salud mental (26%).

10. Atendiendo a la capacidad de respuesta sanitaria propia del sistema de Seguridad Social, fundamentalmente de los recursos ociosos que presentan las Mutuas colaboradoras y los ámbitos de especialización que han consolidado, sería especialmente útil **priorizar la atención temprana en procesos osteomusculares que actualmente presentan duraciones inferiores a 365 días**. Ello repercutiría en una mejora de los resultados en salud con un impacto relevante sobre el crecimiento del gasto de la prestación.

En este sentido, resultan especialmente relevantes las medidas contenidas en el **V Acuerdo de promoción del Empleo y Negociación Colectiva (AENC)** en 2024 tanto por ajustarse al objeto material que se persigue como por haber sido suscritas por acuerdo entre las organizaciones sindicales y empresariales. Y singularmente cabe destacar los convenios de colaboración suscritos entre el INSS, los Servicios Públicos de Salud de las CCAA y las Mutuas colaboradoras, tanto como la ausencia de estos, en el transcurso ya del segundo año desde que fueron posibles, por parte de la mayoría de las comunidades autónomas.

11. Para garantizar la eficiencia de la prestación es necesario también **actuar sobre ámbitos que superan el sistema de Seguridad Social** pero que inciden directamente sobre esta materia:

○ **En el ámbito del sistema de Seguridad Social**

- Reforzar la dotación de médicos inspectores del INSS, actualmente muy por debajo de su nivel óptimo.
- Actualizar la estadística de tiempos óptimos de incapacidad temporal, en función del diagnóstico, la ocupación laboral y las características de las personas beneficiarias (sexo, edad, existencia de comorbilidad con otras patologías, etc.), ya que la vigente se mantiene sin actualizaciones desde 2017.
- Reforzar la transparencia en la información, de manera que se pueda acceder a datos de gestión, completos, homogéneos y compartidos para que todos los agentes podamos trabajar con una información común y así poder realizar una evaluación correcta de la prestación que permita la propuesta de medidas de acción

○ **En el ámbito del Sistema Público de Salud**

- Refuerzo de la atención primaria y especializada con carácter general
- Refuerzo de los servicios de salud mental
- Impulsar los instrumentos de diagnóstico de sospecha de origen laboral y modelos centinela, acordes con lo dispuesto en el art. 5 del RD 1299/2006 de modo que cuando un médico de atención primaria detecte un proceso en el que pueda presumirse origen profesional se active de oficio un procedimiento de determinación de contingencia ante el INSS.

- Programas de formación de los médicos del Sistema Público de Salud en relación con la identificación de enfermedades de origen profesional.
- Establecimiento de criterios para el diagnóstico de las enfermedades profesionales desde los sistemas públicos de salud.
- Impulsar la suscripción de convenios de colaboración entre los Servicios autonómicos de salud, el INSS y las Mutuas colaboradoras, para que los médicos de atención primaria del SNS puedan utilizar los recursos ociosos de las Mutuas para adelantar los tiempos de recuperación de la salud de las personas en IT.

○ En el ámbito de la prevención de riesgos laborales

- Poner en funcionamiento todas las medidas acordadas en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2023-2027
- Establecer protocolos para que cuando una Mutua en su asistencia del accidente de trabajo detecta una causa recurrente (bien sea de salud mental o de carácter musculoesquelético), lo ponga en conocimiento de los servicios de prevención y activen protocolos específicos frente a los riesgos laborales (tanto psicosociales, como ergonómicos).
- Registro de empresas que trabajan con cancerígenos y registro de personas trabajadoras expuestas a cancerígenos.
- Impulsar los programas de sustitución de agentes cancerígenos en el trabajo.
- Aportar en el sistema de información integrado e interoperable que utilizan las empresas con el INSS y las Mutuas colaboradoras las evaluaciones de riesgos que realizan los servicios de prevención, con el fin de tener la información de las condiciones de trabajo a las que se exponen las personas trabajadoras en situación de IT.
- Vinculación directa de la Mutua en el reconocimiento inicial de los procesos de IT de contingencia profesional y que, en su caso, justifiquen su remisión a tratamiento como contingencia común.
- Establecimiento de un “bonus-malus” efectivo para prevenir accidentes de trabajo

12. A modo de última conclusión, en el presente informe ha quedado acreditado que **las causas que explican** la evolución de la prestación de incapacidad temporal se deben, fundamentalmente, a cuestiones **estrictamente objetivas**, ligadas a la evolución de la **actividad económica** y el **empleo**, la **evolución demográfica** y causas relacionadas con la **salud** de las personas trabajadoras y, en su caso, con la capacidad de respuesta del **sistema sanitario** para garantizar la recuperación de la salud de las personas en IT.

No hay constatación objetiva de situaciones de abuso generalizado o **fraude** ni respecto de ningún colectivo específico, sexo, dolencia, sector de actividad o ámbito territorial.

No obstante, la **mejora de determinados procesos de seguimiento y control** de los procesos puede ayudar a **adelantar los tiempos de recuperación** de la salud de las personas en IT (utilización de recursos ociosos a instancia del SNS, etc.) y, en su caso, **agilizar los plazos de gestión administrativa** (comunicación de altas, determinación de contingencia, etc.).

13. **Establecer la codecisión por acuerdo vinculante entre el empresario y la representación sindical en la elección de la Mutua** que protege las contingencias profesionales en las empresas. Ello reforzaría la legitimación social de la actuación de estas entidades entre las personas trabajadoras y ayudaría al reforzamiento de fórmulas participadas de actuación y plenamente garantistas con el conjunto de derechos y obligaciones que concurren en las materias que son objeto de su acción.
14. Desde CCOO siempre nos hemos mostrado a favor de que estos procedimientos de seguimiento y control se realicen de forma efectiva y eficaz para conseguir una prestación eficiente y garantista con el derecho a la protección social que protege. Precisamente para garantizar el **equilibrio** entre la **eficiencia** y la **garantía de protección**, en opinión de CCOO **todas las actuaciones de seguimiento y control de la IT** han realizarse **exclusivamente desde el ámbito público**.

En este marco, las **propuestas de atribución de competencias adicionales de seguimiento y control de las Mutuas sobre los procesos de IT por contingencias comunes no pueden ser aceptadas**.

La naturaleza jurídica de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social tuvo su última modificación normativa con la Ley 35/2014, de 26 de diciembre, que pretendía modernizar el funcionamiento y gestión de estas entidades. Esta Ley mantuvo la definición de la naturaleza jurídica de las mutuas como **entidades privadas**, reforzando los niveles de transparencia y eficiencia, mediante un mayor control de sus actuaciones y gastos, pero sin entrar en la dirección (en la toma de decisiones) que se mantiene en manos exclusivas de las empresas adheridas a la entidad.

Sin embargo, las **mutuas colaboradoras con la Seguridad Social** forman parte del sector público estatal de carácter administrativo, de conformidad con la naturaleza pública de sus funciones y de los recursos económicos que gestionan, *sin perjuicio de la naturaleza privada de la entidad* (artículo 80.4. de la vigente Ley General de la Seguridad Social).

Todas las prestaciones y servicios que las mutuas dispensan son prestaciones y servicios de la Seguridad Social y, por tanto, sujetos al régimen jurídico de aplicación común.

Las mutuas tienen capacidades públicas otorgadas por su colaboración con Seguridad Social. Resuelven prestaciones, las mantienen y las suspenden y extinguen. Tienen la facultad de conocer la “reclamación previa” anterior a la vía judicial. Atribuciones propias de las Administraciones Públicas.

Las mutuas han integrado desde 2008 sus contabilidades en el plan general de contabilidad de la Administración Pública y aplican las normas de contratación del sector público.

Las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social gozan de **exención tributaria**, en los términos que se establecen para las **entidades gestoras** de la Seguridad Social.

Se atribuye a la jurisdicción del orden social el conocimiento de las reclamaciones que tengan por objeto prestaciones de la Seguridad Social, incluidas las asistenciales, o se fundamenten en la gestión de estas, como son las de carácter indemnizatorio. Al igual que las entidades gestoras.

Por todo ello, el modelo de colaboración público-privada del mutualismo empresarial en la atención de los daños derivados del trabajo es un modelo histórico que requiere una actuación y adaptación a la situación actual, integrando a las 18 mutuas, hoy entidades colaboradoras de la Seguridad Social, como entidades gestoras de la misma.

Hoy son entes “públicos” de naturaleza privada dotados de personalidad jurídica propia y creados para llevar a cabo, bajo la dirección y tutela del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, la gestión y administración de las prestaciones concedidas por el sistema de la Seguridad Social.

Proponemos integrar estas entidades colaboradoras con la Seguridad Social en entidades gestoras, garantizando a las personas trabajadoras que prestan servicios en las Mutuas todos sus derechos y garantías; así como todas las particularidades de una integración ordenada y respetuosa con la calidad del empleo.

La integración no afecta, ni debe hacerlo, al régimen de responsabilidad empresarial por incumplimientos en materia de Seguridad Social o de protección de la salud de las personas trabajadoras.

Sin perjuicio de la aplicación del principio de automaticidad de las prestaciones, el empresario continuará siendo el responsable de su abono cuando ignore sus obligaciones en materia de inscripción de empresa, afiliación, alta y/o cotización, prevención de riesgos laborales, etc. con el alcance que corresponda en función del incumplimiento. Esta responsabilidad se extiende a otros sujetos vinculados o dependientes (contratas y subcontratas, ETT,s, sucesión empresarial, cesión de trabajadores, supuestos de responsabilidad civil o criminal) sin que la transformación de las mutuas en entidades gestoras deba tener ninguna incidencia en este régimen.

En términos generales y por lo que aquí interesa, el principio de automaticidad de las prestaciones, en virtud del cual las entidades gestoras **o las mutuas colaboradoras** anticipan el pago de las prestaciones causadas a los beneficiarios, sin perjuicio de su repercusión al sujeto infractor, opera cuando se trata de prestaciones derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural y nacimiento. Sin embargo, en materia de recargo de prestaciones la responsabilidad de su abono recae

directamente en el empresario infractor sin que pueda ser objeto de seguro; así, es nulo cualquier pacto o contrato que se realice para cubrir, transmitir o compensar la responsabilidad del pago. La automaticidad de prestaciones también opera respecto de las prestaciones por IT derivada de contingencias comunes cuando existe falta de cotización (no así cuando no se ha procedido al alta).

Este régimen se aplica igualmente por la entidad gestora para las contingencias comunes y profesionales cuando el empresario no concierta con las Mutuas. Naturalmente, la automaticidad en el pago nunca ha impedido a la Mutua, al INSS o la TGSS exigir de la empresa el reembolso de prestaciones o gastos de asistencia sanitaria, ni altera el régimen de responsabilidad subsidiaria del INSS cuando corresponde (por ejemplo, en caso de insolvencia empresarial y de la propia mutua). Es más, es una obligación de la entidad gestora y de la propia mutua por la naturaleza de sus competencias perseguir y exigir la satisfacción de lo adeudado por las empresas infractoras.

Integradas las mutuas como entidades gestoras desaparecería la responsabilidad mancomunada del empresario como asociado a dichas colaboradoras. Esta responsabilidad actualmente se extiende hasta el pago de las obligaciones pendientes contraídas durante el período de la asociación o que sean consecuencia de operaciones realizadas durante el mismo. En caso de finalizar la asociación, su responsabilidad no prescribe hasta los cinco años desde la fecha de cierre del ejercicio correspondiente.

En la transición de un modelo a otro habrá de preverse la satisfacción de las responsabilidades mancomunadas pendientes y, en su caso, las responsabilidades de las juntas directivas (los miembros de la junta directiva responden solidariamente de los acuerdos lesivos adoptados por la misma).

Es en este marco de participación de la Administración y de **publicación** de las mutuas, en el que, exclusivamente, se puede abordar el modelo de facultades de actuación de las mutuas con los sistemas públicos de salud en las intervenciones sobre las personas trabajadoras.

Siempre bajo el control público, con las garantías debidas de sigilo e intimidad para las personas afectadas y con el conjunto de procedimientos garantistas para el ejercicio de los derechos y las defensas oportunas cuando se sienta vulnerado un principio tan importante y fundamental, como es el de la salud.

