Policy Paper

Diagnóstico y Reforma del Sistema de Bajas Médicas

J. IGNACIO CONDE-RUIZ

JESÚS LAHERA FORTEZA

Fedea Policy Paper 2026/05

Noviembre de 2026

fedea

Las opiniones recogidas en este documento son las de sus autores y no coinciden necesariamente con las de Fedea.

Diagnóstico y Reforma del Sistema de Bajas Médicas[1]

J. Ignacio Conde-Ruiz — FEDEA y Universidad Complutense de Madrid

Jesús Lahera Forteza — Universidad Complutense de Madrid

12 de noviembre de 2026

Resumen

La incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes es el segundo mayor programa de la Seguridad Social española, con un gasto de 16.500 millones de euros en 2024 —el doble que en 2017 y el triple que en 2014—. El crecimiento no obedece a razones demográficas ni sectoriales: la tasa de incidencia ha crecido un 58 % en siete años, impulsada por patologías de difícil objetivación clínica —trastornos mentales y enfermedades musculoesqueléticas— cuya duración media supera ampliamente la del resto. Este trabajo ofrece un diagnóstico conjunto económico-jurídico del sistema de IT a partir de los microdatos del Spending Review 2022–2026 de la AIReF [AIReF, 2026]. Desde el lado económico, documentamos la magnitud y composición del crecimiento, la evidencia causal sobre el papel de los incentivos —incluyendo el impacto de la reforma laboral de 2021— y la heterogeneidad territorial como reveladora de un problema de diseño institucional. Desde el lado jurídico, identificamos tres problemas estructurales: la escisión entre quien diagnostica y quien financia la prestación, la rigidez absoluta de la baja médica frente a modelos de retorno progresivo, y la ausencia de mecanismos que desincentiven el mal uso. A partir de este diagnóstico, proponemos un programa de reforma en tres bloques —mejora de la gestión y el control médico, introducción de la baja médica flexible, y desincentivos al mal uso de la prestación social— que mejora la eficiencia del sistema y abrevia los tiempos de baja sin sacrificar la protección de los trabajadores. Una reforma en la que todos ganan: empresas, trabajadores, Estado, sindicatos y que mejora la productividad de nuestra economía.

Palabras clave: incapacidad temporal, absentismo laboral, riesgo moral, negociación colectiva, reforma laboral, política social.

JEL: J22, J28, J32, H55, I18.

[1]Los autores agradecen a Miguel Angel Garcia, Jose Antonio Elena, José Maria Casado y Mar Crespi sus comentarios y sugerencias a versiones previas de este trabajo. Los errores que pudieran persistir son responsabilidad exclusiva de los autores. José Ignacio Conde-Ruiz agradece el apoyo del Proyecto de Investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación, PID2023-148090NB-I00.

1. Introducción

La incapacidad temporal (IT) ha dejado de ser un elemento de segundo orden del sistema de bienestar español para convertirse en uno de sus principales focos de tensión presupuestaria y de política pública. Con 16.500 millones de euros de gasto en 2024 —cifra que supera el presupuesto combinado de varios ministerios, el doble que en 2017 y el triple que en 2014—, la IT por contingencias comunes es el segundo programa de la Seguridad Social española por volumen de gasto, por detrás únicamente de las pensiones. Pero lo que convierte a las bajas médicas en un problema urgente no es su magnitud estática, sino su trayectoria: entre 2017 y 2024 el número de episodios ha pasado de 4,7 a 8,6 millones —un crecimiento del 84 % en términos absolutos—, y la tasa de incidencia, que mide los nuevos episodios por cada cien trabajadores afiliados y descuenta el crecimiento del empleo, ha aumentado un 58 % en el mismo período. En paralelo, la duración media de los episodios ha crecido de 40 a 46 días. La expansión no se distribuye de forma homogénea: las bajas por trastornos mentales —cuya incidencia ha crecido un 84 % desde 2017 y que promedian ya 98 días en 2024, el doble que la media— son el componente de mayor dinamismo y el más difícil de gestionar, junto con las enfermedades musculoesqueléticas, precisamente porque ambas patologías comparten una característica que las hace especialmente vulnerables al riesgo moral: la ausencia de prueba diagnóstica objetiva que confirme o descarte la incapacidad laboral. Este crecimiento simultáneo en frecuencia y duración, concentrado en las patologías de más difícil objetivación, no tiene una explicación demográfica ni sectorial sencilla —el envejecimiento de la fuerza laboral y los cambios en la composición sectorial del empleo son insuficientes para justificar una expansión de esta magnitud—. La explicación hay que buscarla, como se argumenta en este trabajo, en el diseño institucional del sistema y en los cambios normativos recientes, que han alterado los incentivos de médicos, trabajadores y empresas de formas que el marco regulatorio vigente no ha anticipado ni corregido.

Este trabajo ofrece un diagnóstico conjunto económico-jurídico del sistema de IT y una propuesta de reforma concreta y viable. La aproximación dual —economía y derecho del trabajo— es deliberada: los problemas del sistema tienen simultáneamente una dimensión de incentivos, que requiere análisis económico, y una dimensión normativa, que exige precisión jurídica; ninguna de las dos es suficiente por sí sola para dar cuenta de la situación ni para diseñar soluciones eficaces. El diagnóstico empírico se sustenta sobre los microdatos del Spending Review 2022–2026 elaborado por la AIReF [AIReF, 2026], que proporciona la base más completa y rigurosa disponible sobre el sistema de IT español, incluyendo modelos de supervivencia, estimaciones causales mediante diferencias en diferencias, y el análisis del registro de altas y bajas de la MCVL. La propuesta de reforma toma como referencia comparada las experiencias europeas de mayor éxito en la gestión del absentismo médico —en particular los

modelos nórdico y neerlandés— y se articula en medidas implementables dentro del marco constitucional y legal existente sin desmantelar la protección social de los trabajadores.

El trabajo se organiza en cuatro secciones. La **sección 1** documenta la magnitud y evolución reciente de la IT en España, descomponiendo el crecimiento por tipo de patología, por duración, y por perfil del trabajador —edad, régimen de cotización, tipo de contrato y territorio—. Esta sección establece los hechos estilizados sobre los que se construye el análisis: el crecimiento concentrado en patologías crónicas de difícil objetivación, la profunda brecha entre autónomos y trabajadores por cuenta ajena, el papel de la reforma laboral de 2021 en el aumento de la incidencia vía fijos discontinuos y transición a indefinido, y la variación territorial que revela la importancia de los incentivos sobre los factores puramente médicos. La **sección 2** desarrolla el marco analítico. El problema central del sistema de IT es un problema de principal-agente: el médico de cabecera —agente del trabajador— certifica la incapacidad sin asumir los costes financieros de esa decisión, que recaen sobre la Seguridad Social y, en los primeros días, sobre la empresa. Esta escisión entre quien diagnostica y quien financia es la fuente estructural de los problemas de riesgo moral documentados empíricamente, y explica tanto el exceso de episodios iniciados como la extensión innecesaria de su duración. La **sección 3** identifica los tres problemas estructurales que dan forma jurídica a ese diagnóstico: la desconexión institucional entre el sistema de salud y el sistema de Seguridad Social en la gestión de la incapacidad; la rigidez absoluta de la baja médica como instrumento, que impone el todo-o-nada frente a modelos de retorno progresivo; y la ausencia de mecanismos legales que desincentiven el uso abusivo, incluso en los casos de alta reincidencia. La **sección 4** traduce el diagnóstico en un programa de reforma articulado en tres bloques: la mejora de la gestión médica y el control de la incapacidad, la introducción de la baja médica flexible como instrumento de retorno gradual al trabajo, y desincentivos al mal uso de la prestación social. Cada bloque incluye las medidas específicas, su cobertura normativa y, donde existe, la evidencia comparada sobre su efectividad.

2. El sistema de bajas médicas en España: magnitud, tendencias y determinantes

Esta sección documenta la magnitud y evolución reciente del sistema de IT por contingencias comunes en España, a partir de los microdatos del Spending Review 2022–2026 elaborado por la AIReF [AIReF, 2026]. El objetivo es triple: primero, cuantificar el crecimiento global y descomponerlo por tipo de patología; segundo, analizar la estructura de los episodios por duración, distinguiendo los costes que recaen sobre la Seguridad Social de los que soportan directamente las empresas;

y tercero, explorar la heterogeneidad territorial como evidencia indirecta de los problemas estructurales del sistema. El análisis empírico de esta sección fundamenta el diagnóstico jurídico-normativo que se desarrolla en las secciones siguientes.

La incapacidad temporal por contingencias comunes es, en términos de gasto público, el segundo gran programa de la Seguridad Social española, por detrás únicamente de las pensiones. Con un desembolso de 16.464 millones de euros en 2024 —una cifra que supera el presupuesto total de varios ministerios—, la IT no es un fenómeno marginal del sistema de bienestar: es uno de sus pilares centrales y, al mismo tiempo, uno de sus puntos de mayor tensión. El coste de la IT no recae únicamente sobre el sistema público.

Entre el día 4 y el día 15 de cada proceso, la prestación corre a cargo de la empresa al 60 % de la base reguladora, a lo que se suman los complementos y mejoras pactados en convenio colectivo —que en ocasiones cubren desde el primer día de baja— y las cotizaciones a la Seguridad Social devengadas durante todo el proceso. Banco de España [2025] estiman, a partir de la Encuesta Trimestral de Coste Laboral, que el coste directo agregado para las empresas por estos tres conceptos alcanzó los 4.613 millones de euros en 2024, frente a los 2.840 millones de 2019, un incremento del 62 %. Esta cifra es una cota inferior, pues excluye los sectores de agricultura, silvicultura y pesca.

En los últimos siete años, el número de episodios de IT por contingencias comunes ha pasado de 4,7 a 8,6 millones, una expansión del 84 % en términos absolutos. La métrica clave para valorar este crecimiento es la **tasa de incidencia**: el número de nuevos episodios de baja iniciados cada año por cada cien trabajadores afiliados a la Seguridad Social, que mide el uso real del sistema con independencia de cuántos trabajadores haya en cada momento. Desde el mínimo pandémico de 2020, esta tasa ha pasado de 20,7 a 33,9 episodios por cada cien afiliados, un aumento del 63 % (Figura 1). En ese mismo período, el número de afiliados a la Seguridad Social creció aproximadamente un 10 %. La brecha entre ambas cifras es la señal más clara de que el crecimiento de las bajas médicas no es un fenómeno demográfico ni de empleo: es un cambio en el comportamiento del sistema.

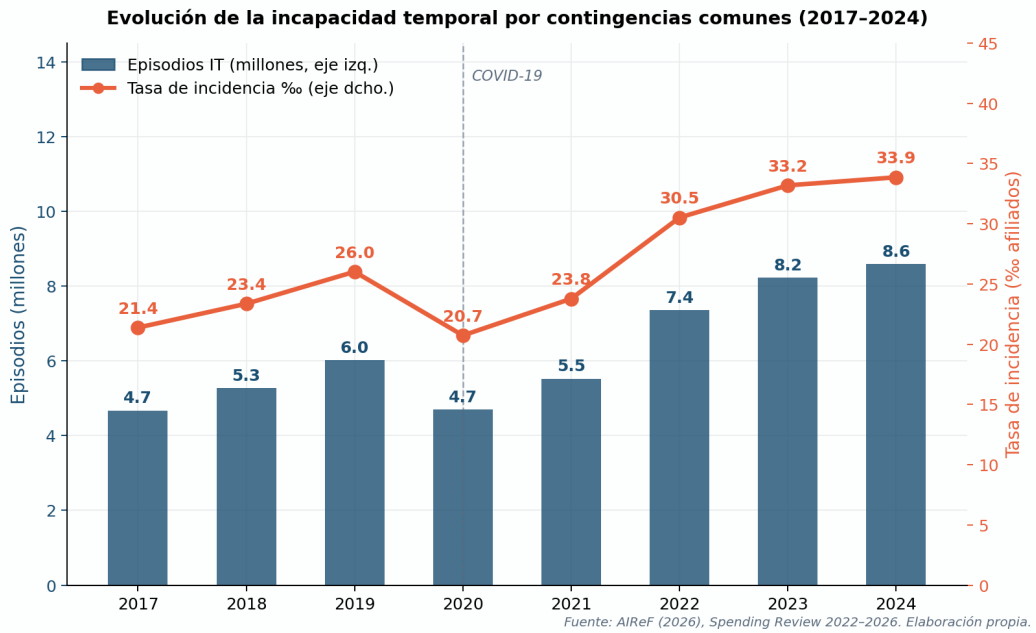

Figura 1: Evolución de la incapacidad temporal por contingencias comunes (2017–2024). Las barras muestran el número total de episodios (eje izquierdo); la línea, la tasa de incidencia por mil afiliados (eje derecho). El descenso de 2020 refleja el impacto del confinamiento sobre la actividad laboral.

Los episodios de incapacidad temporal se clasifican según el origen de la contingencia en dos grandes categorías. Las **contingencias profesionales** cubren los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales causadas directamente por la actividad laboral; la prestación se abona desde el primer día y es gestionada íntegramente por la mutua colaboradora. Las **contingencias comunes** cubren el resto —enfermedad común y accidente no laboral— y representan el 92 % del total de episodios en 2024.

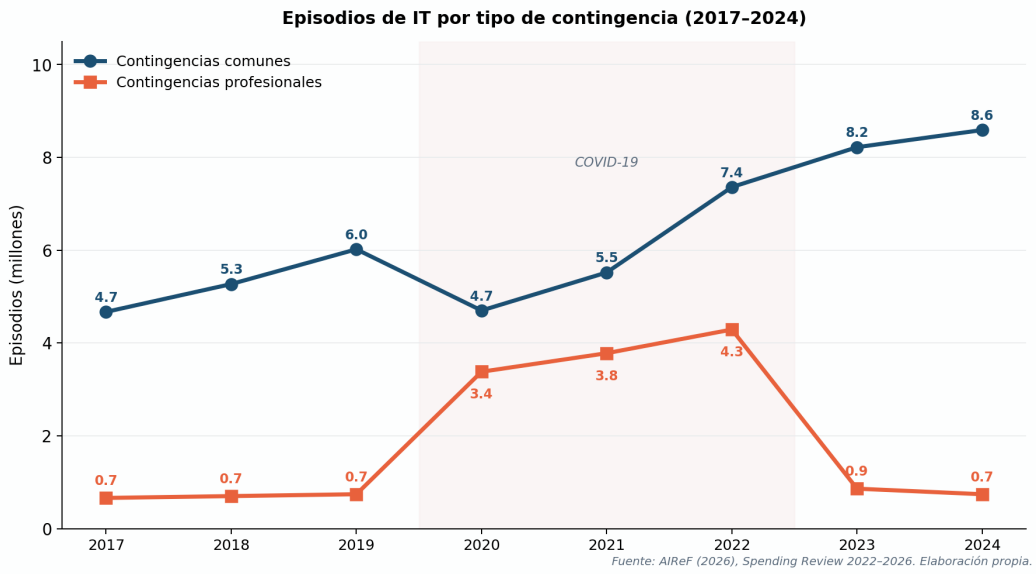

Figura 2: Episodios de IT por tipo de contingencia, 2017–2024 (millones). El fuerte incremento de las contingencias profesionales entre 2020 y 2022 refleja la recalificación de las bajas por COVID-19 como accidente de trabajo para personal sanitario y trabajadores esenciales(Real Decreto-Ley 6/2020, de 10 de marzo), y no un aumento estructural de la siniestralidad laboral. En 2023 las profesionales vuelven a su nivel histórico de en torno a 700.000 episodios anuales.

Como muestra la Figura 2, ambas series tienen trayectorias muy distintas. Las contingencias comunes presentan una tendencia creciente sostenida, pasando de 4,7 a 8,6 millones de episodios entre 2017 y 2024. Las profesionales, en cambio, se mantienen estables en torno a 700.000 episodios anuales antes y después de la pandemia. La AIReF [2026] advierte expresamente de que la recalificación de las bajas COVID altera la comparabilidad interanual de los datos en esos años. En adelante, salvo indicación expresa, todos los indicadores hacen referencia exclusivamente a contingencias comunes, que son el objeto central de análisis de este trabajo.

Este crecimiento no tiene una explicación demográfica ni estructural sencilla. El aumento del empleo no puede explicarlo, puesto que la tasa de incidencia ya lo descuenta. El envejecimiento de la fuerza laboral tampoco: aunque las bajas son más frecuentes y más largas a mayor edad, el cambio en la composición por edades de la población ocupada en tan solo cuatro años es demasiado pequeño para explicar un incremento de esta magnitud. Y no parece haberse producido un cambio relevante en el modelo productivo —hacia sectores con mayor exposición a riesgo o peores condiciones de trabajo— que justifique la tendencia. En este artículo argumentamos que la explicación hay que buscarla en el diseño institucional del sistema de bajas médicas y en los cambios normativos producidos en los últimos años, que han alterado los incentivos de todos los agentes implicados.

2.1. La anatomía del crecimiento: qué patologías lo explican

No todas las patologías crecen igual. La AIReF clasifica los episodios de IT en seis grandes grupos diagnósticos según la CIE-10: enfermedades musculoesqueléticas, respiratorias, digestivas, infecciosas, trastornos mentales y del comportamiento, y lesiones. Dentro del primer grupo —el más voluminoso— se incluyen no solo fracturas y enfermedades articulares, sino también las algias inespecíficas: lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias y fibromialgia, que constituyen una parte importante de los episodios de mayor duración y son, junto con los trastornos mentales, las patologías de más difícil objetivación clínica.

Cuando se descompone la incidencia por grupo diagnóstico, emerge un patrón claro. Las enfermedades musculoesqueléticas registran la mayor incidencia entre los grupos específicos, con 6,85 episodios por cada mil afiliados en 2024, seguidas por las respiratorias (6,09) y las digestivas (4,01). Los trastornos mentales, con 3,36 episodios por mil, mantienen niveles inferiores en términos absolutos pero son los que mayor dinamismo relativo registran: su incidencia ha crecido un 84 % entre 2017 y 2024, pasando de 1,83 a 3,36 episodios por mil afiliados (Figura 3). Las enfermedades infecciosas son las que más crecen en términos porcentuales —casi duplican su incidencia, de 1,8 a 3,6 episodios por mil—, aunque parte de este crecimiento está vinculado al repunte post-COVID de la demanda asistencial en atención primaria.

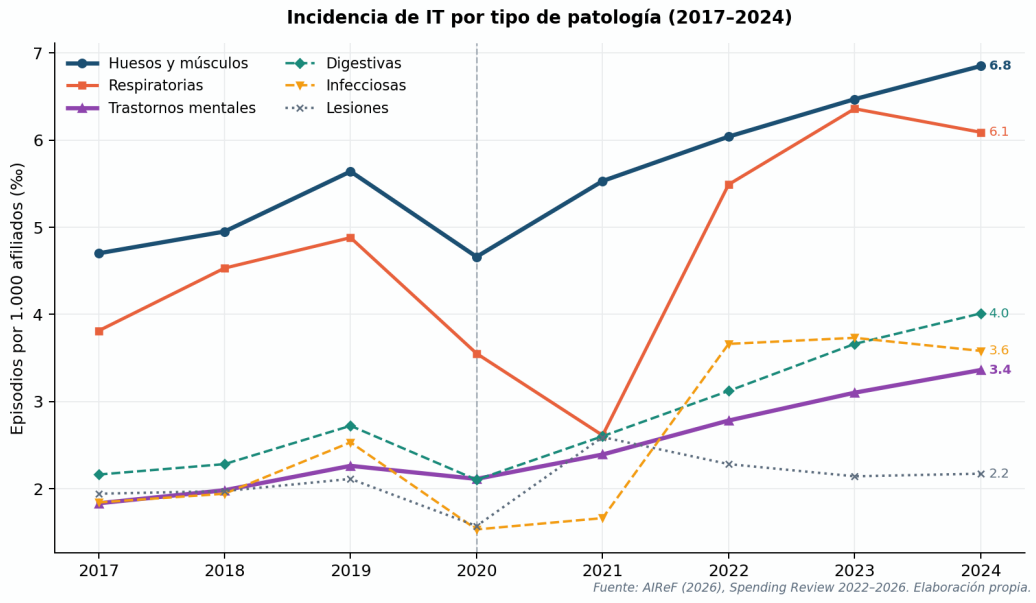

Figura 3: Tasa de incidencia de IT por tipo de patología, 2017–2024 (episodios por 1.000 afiliados, contingencias comunes). Las anotaciones indican el valor de 2024 para cada grupo diagnóstico.

Para visualizar qué patologías crecen más rápido con independencia de su volumen de partida, la Figura 4 normaliza todas las series en 2017 = 100. El resultado es ine-

quívoco: los trastornos mentales y las enfermedades digestivas acumulan incrementos superiores al 80 % en siete años, muy por encima del promedio total (58 %). Las enfermedades musculoesqueléticas, pese a ser las más frecuentes, crecen por debajo de la media (46 %). Las respiratorias muestran una evolución volátil ligada al ciclo epidémico, con un fuerte repunte en 2022 y una ligera corrección posterior.

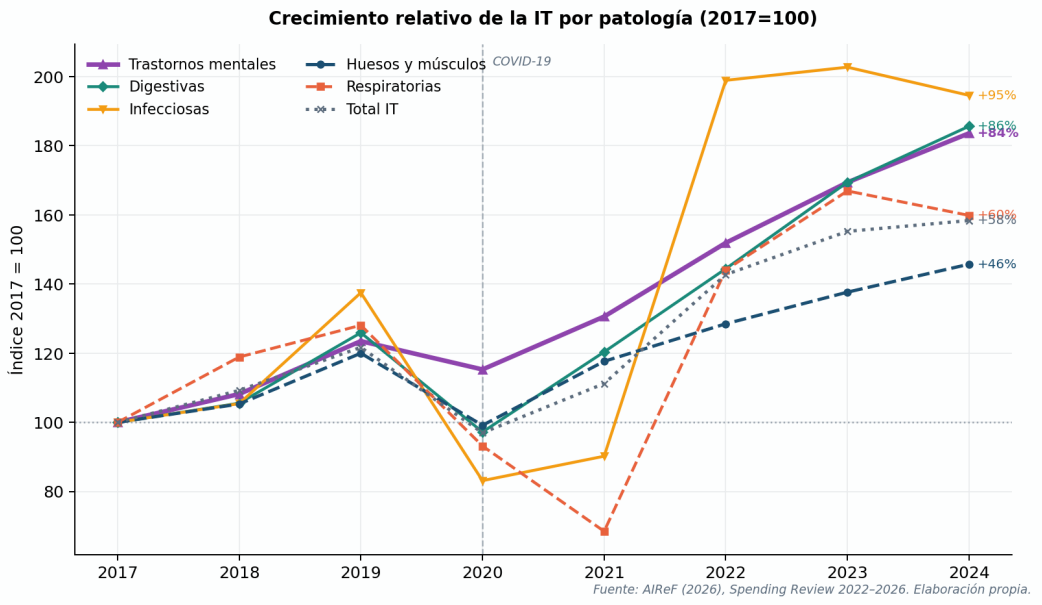

Figura 4: Índice de crecimiento relativo de la incidencia de IT por patología (2017 = 100). Los porcentajes junto a cada serie indican la variación acumulada 2017–2024.

El auge de las bajas por salud mental plantea un desafío específico para el sistema. A diferencia de una fractura o una enfermedad respiratoria, los trastornos mentales —al igual que las algias musculoesqueléticas— son de difícil objetivación clínica: no hay prueba diagnóstica objetiva que confirme o descarte la incapacidad laboral. A ello se suma que tienen una duración media muy superior al promedio: 98,5 días en 2024, frente a los 77 de las musculoesqueléticas y los 9 de las respiratorias. Estas dos patologías —trastornos mentales y musculoesqueléticas— concentran por tanto el mayor coste unitario por episodio y son, como se analiza en la sección siguiente, las más expuestas a los problemas de riesgo moral inherentes al diseño actual del sistema.

2.2. Bajas más largas para las patologías de carácter crónico

El crecimiento de la IT no es solo un fenómeno de incidencia —más bajas—, sino también de duración. La duración media de los episodios ha pasado de 40 días en 2017 a 46 días en 2024[2], con un máximo pandémico de 57 días en 2020. Pero esta

[2]La duración media de *todos* los procesos de IT —incluyendo los de menos de 15 días, que no generan gasto para la Seguridad Social— se ha mantenido relativamente estable en torno a

media oculta una divergencia fundamental entre grupos diagnósticos (Figura 5): las patologías de carácter crónico alargan sus episodios de forma sostenida, mientras que las agudas se estabilizan o incluso se reducen.

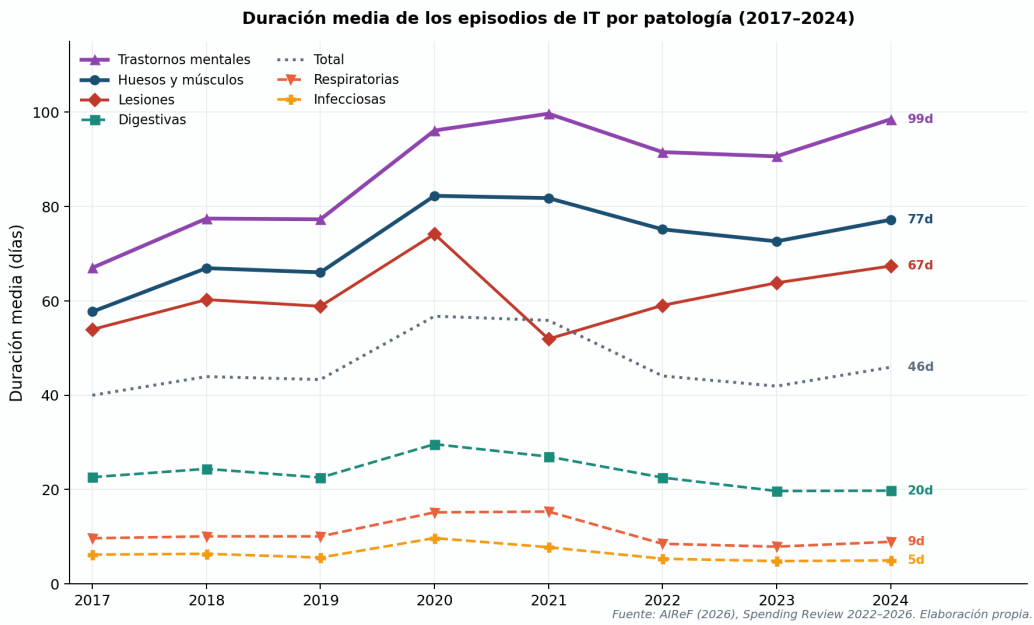

Figura 5: Duración media de los episodios de IT por patología, 2017–2024 (días). Las líneas continuas corresponden a las patologías de mayor duración; las discontinuas, a las de carácter más agudo.

Los trastornos mentales encabezan la clasificación con 98,5 días de media en 2024 —casi el doble de la media total y veinte veces la de las bajas infecciosas (5 días)—, frente a los 67 días de 2017. Las enfermedades musculoesqueléticas, que incluyen algias inespecíficas como lumbalgias, cervicalgias y fibromialgia, promedian 77 días en 2024, frente a los 58 de 2017. Las lesiones ocupan el tercer lugar con 67 días. En el extremo opuesto, las bajas respiratorias e infecciosas —episodios típicamente agudos— se sitúan por debajo de los 10 días y muestran una tendencia estable o ligeramente descendente. Las digestivas, con 20 días en 2024, también han reducido su duración media respecto a 2017 (23 días). Este patrón confirma la conclusión de la AIReF [2026]: el incremento del gasto público en IT se concentra en las patologías crónicas de larga duración, mientras que las patologías agudas no contribuyen al problema estructural del sistema.

37–38 días desde 2007 [CCOO, 2026]. La cifra de 46 días que recoge AIReF [2026] corresponde exclusivamente a los procesos con prestación económica (más de 15 días en empresa ajena), que son los relevantes para el análisis del gasto público.

2.3. El perfil del absentismo: más bajas entre jóvenes, más largas entre mayores

Una hipótesis intuitiva para explicar el aumento de las bajas médicas sería el envejecimiento de la fuerza laboral: a mayor edad, peor salud y, por tanto, más probabilidad de causar baja. Los datos desmienten esta explicación, al menos en lo que respecta a la incidencia (Figura 6).

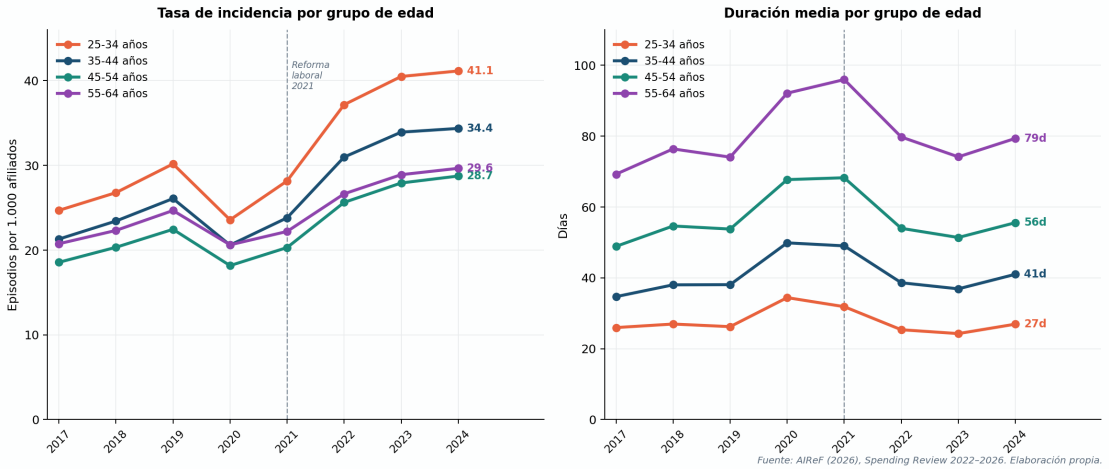

Figura 6: Tasa de incidencia (izquierda) y duración media (derecha) de los episodios de IT por grupo de edad, 2017–2024. La línea discontinua marca la entrada en vigor de la reforma laboral de 2021.

El panel izquierdo muestra que son los trabajadores de entre 25 y 34 años los que registran la mayor tasa de incidencia —41,1 episodios por mil afiliados en 2024—, por encima de cualquier otro grupo de edad y muy por encima de los trabajadores de 45 a 54 años (28,7‰). Además, son precisamente los más jóvenes quienes experimentan el mayor crecimiento acumulado desde 2017 (+67 %), con una aceleración visible a partir de 2021 que coincide con la entrada en vigor de la reforma laboral. Este patrón es difícilmente atribuible al deterioro de la salud: un trabajador de 25 años no está más enfermo que uno de 50. Apunta, en cambio, a factores de incentivos: la reforma laboral de 2021 convirtió masivamente contratos temporales en indefinidos, y son los trabajadores jóvenes quienes más se beneficiaron de esa transición. Como documenta la AIReF [2026], el paso de contrato temporal a indefinido aumenta en un 30 % la probabilidad mensual de iniciar un episodio de IT, al reducir el coste percibido de coger la baja.

El panel derecho muestra el único sentido en que la hipótesis del envejecimiento sí se confirma: la duración. Los trabajadores de 55 a 64 años permanecen de baja una media de 79 días en 2024, casi tres veces más que los de 25 a 34 años (27 días). Esta diferencia refleja tanto una mayor prevalencia de patologías crónicas —musculoesqueléticas y mentales— en edades avanzadas, como una mayor dificultad de recuperación

funcional. Pero este efecto sobre la duración no ha cambiado estructuralmente en el periodo analizado: la brecha entre grupos de edad en duración existía ya en 2017 y no explica el crecimiento reciente. En conclusión, el envejecimiento de la fuerza laboral puede contribuir al coste medio por episodio, pero no es el motor del crecimiento de la incidencia observado desde 2021.

La Figura 7 desagrega este patrón cruzando edad y patología, y revela dos hallazgos que merecen atención específica.

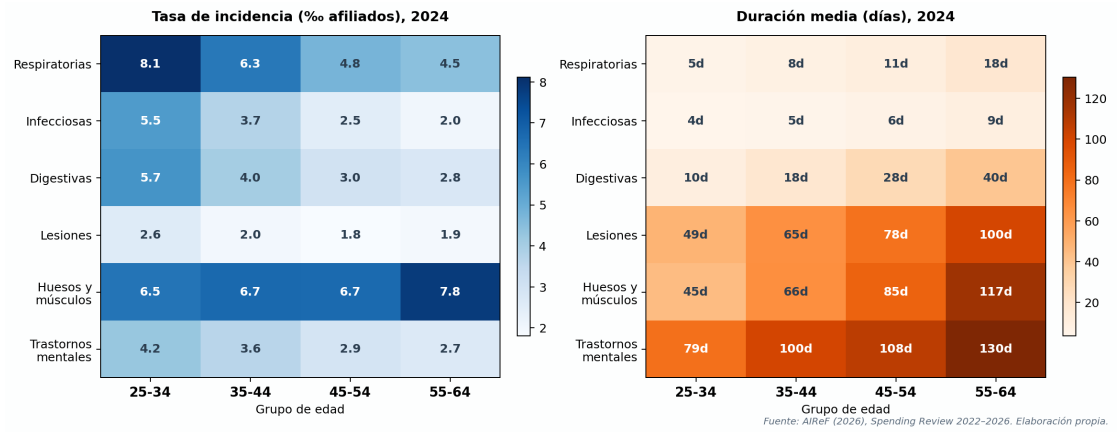

Figura 7: Tasa de incidencia (izquierda) y duración media (derecha) de los episodios de IT por patología y grupo de edad, 2024 (contingencias comunes). Fuente: AIReF [2026].

El primero es el elevado número de bajas respiratorias entre los trabajadores más jóvenes: 8,1 episodios por mil afiliados en el grupo de 25 a 34 años, frente a 4,5 en el de 55 a 64. La clave interpretativa está en la duración: estos episodios duran apenas 5 días de media en los jóvenes, lo que indica que se trata fundamentalmente de catarros y gripes cortas que antes no se formalizaban como baja. Desde 2017, la tasa de bajas respiratorias en este grupo ha crecido un 65 %, con el salto más pronunciado tras la reforma laboral de 2021. El mecanismo es el que describe la teoría del riesgo moral: cuando el coste percibido de coger la baja desaparece —porque el contrato indefinido elimina el miedo a la no renovación—, episodios leves que antes se "aguantaban" se convierten en bajas certificadas.

El segundo hallazgo es que los trastornos mentales afectan desproporcionadamente a los trabajadores jóvenes en términos de incidencia: 4,25 episodios por mil en el grupo de 25 a 34 años, frente a 2,67 en el de 55 a 64. Pero el patrón de duración es el inverso: una baja por salud mental dura 79 días en un trabajador joven y 130 días en uno mayor de 55. Esto sugiere que en los jóvenes predominan episodios de ansiedad y estrés agudo, mientras que en los mayores dominan cuadros depresivos o de burnout más cronificados. En ambos casos, la dificultad de objetivación clínica hace de los trastornos mentales la categoría más expuesta al problema de control médico que se analiza en la sección siguiente.

2.4. Situación laboral del trabajador

La posición del trabajador en el mercado laboral —su régimen de cotización y la naturaleza de su contrato— constituye uno de los determinantes más potentes de la propensión a causar baja. La evidencia disponible apunta a mecanismos de coste-beneficio individual que la teoría del riesgo moral predice con precisión. La Figura 8 muestra la evolución conjunta de ambos colectivos entre 2017 y 2024. Mientras la tasa de incidencia de los trabajadores por cuenta ajena ha crecido un 60 % en ese período —de 23,9 a 38,3 episodios por mil afiliados—, la de los autónomos permanece prácticamente inalterada (de 9,6 a 10,7 ‰). La brecha entre ambos colectivos, que era de 2,5 veces en 2017, se ha ensanchado hasta 3,6 veces en 2024.

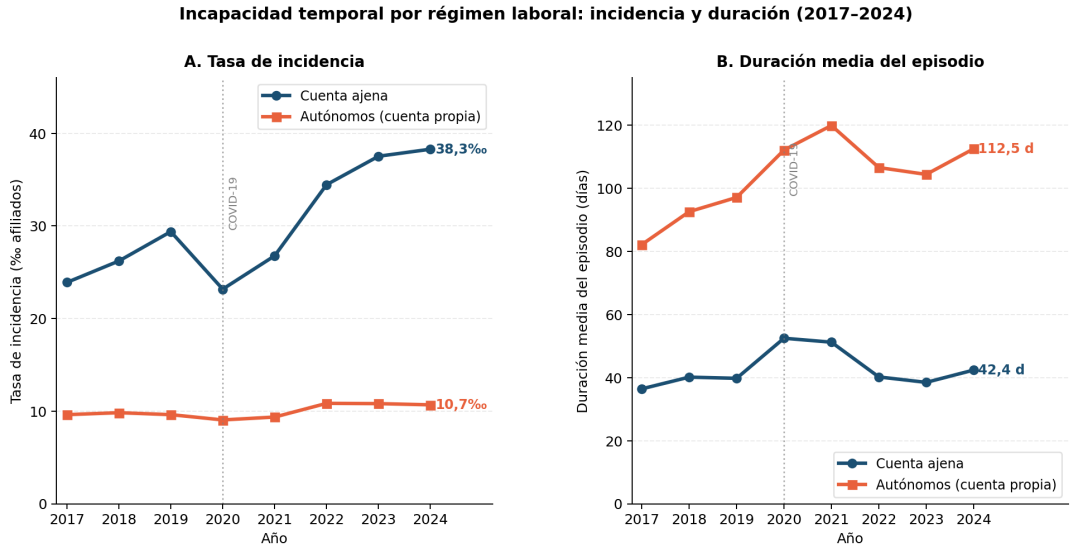

Figura 8: Evolución de la tasa de incidencia (panel A) y la duración media del episodio (panel B) de IT por régimen laboral, 2017–2024 (contingencias comunes). La tasa de los trabajadores por cuenta ajena se ha multiplicado por 1,6 desde 2017; la de los autónomos permanece prácticamente estable.

Régimen de cotización: autónomos frente a trabajadores por cuenta ajena.

En 2024, la tasa de incidencia entre trabajadores por cuenta ajena alcanza los 38,3 episodios por mil afiliados, frente a 10,7 en el colectivo de trabajadores autónomos —una diferencia de 3,6 veces (Figura 9). Sin embargo, esta brecha en frecuencia se invierte cuando se analiza la duración: los autónomos que sí causan baja la mantienen durante una media de 112 días, frente a los 42 de los trabajadores por cuenta ajena. El trabajador autónomo, por tanto, no utiliza menos la prestación porque goce de mejor salud, sino porque el coste de oportunidad de cada día fuera del mercado es para él considerablemente mayor: pierde clientes, ingresos corrientes y reputación. Solo cuando la incapacidad es suficientemente severa —y, por tanto, la duración larga— el autónomo justifica el acceso al sistema. Un dato adicional refuerza esta

lectura. El panel B de la Figura 8 muestra que la duración media de los episodios de los autónomos ya venía creciendo antes de la pandemia: de 82 días en 2017 a 97 en 2019, con la incidencia prácticamente inalterada. Que los autónomos se cojan *más tiempo* de baja sin que sean *más* los que la solicitan apunta a un cambio en la composición o severidad de los episodios, no en el comportamiento de acceso. La hipótesis más plausible es la combinación de dos factores: el progresivo envejecimiento del colectivo autónomo —y la mayor duración asociada a edades más altas, como se mostró en la sección anterior— y el creciente peso relativo de las patologías de larga duración, en particular las musculoesqueléticas y las mentales, cuya prevalencia venía aumentando con independencia de la pandemia.

La desagregación por tipo de patología revela con nitidez qué enfermedades son las que el trabajador autónomo elige absorber sin baja y cuáles no puede eludir (Figura 9). La brecha más amplia se produce en las patologías infecciosas (ratio de 11,6) y respiratorias (7,4), es decir, precisamente aquellas de corta duración y resolución espontánea en las que el trabajador por cuenta ajena puede acogerse a la prestación sin que la incapacidad sea objetivamente verificable. En el extremo opuesto, la brecha es mínima en lesiones (1,9) y enfermedades musculoesqueléticas (2,3), donde la imposibilidad de trabajar resulta difícil de ignorar independientemente de los incentivos económicos.

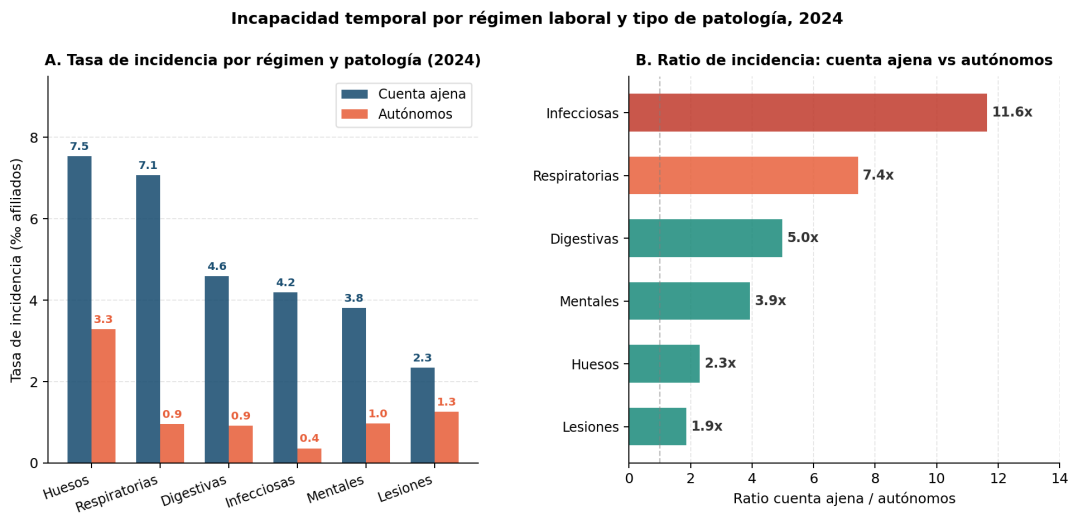

Figura 9: Tasa de incidencia de IT por régimen laboral y tipo de patología, 2024 (episodios por 1.000 afiliados, contingencias comunes). El panel derecho muestra el cociente entre la tasa de cuenta ajena y la de autónomos para cada patología.

Tipo de contrato: temporales, indefinidos ordinarios y fijos discontinuos.

La AIReF documenta asimismo diferencias sustanciales en las tasas de IT según la modalidad contractual. Los trabajadores con contrato temporal registran tasas de incidencia inferiores a las de los trabajadores indefinidos ordinarios. Este patrón

admite dos lecturas opuestas, y la evidencia disponible no permite descartar ninguna de ellas. La primera es la del *riesgo moral*: la estabilidad del contrato indefinido reduce el coste percibido de causar baja —el trabajador sabe que su puesto no peligra—, lo que aumenta la propensión a utilizarla incluso ante dolencias leves. La segunda es la del *presentismo*: el trabajador temporal trabaja enfermo porque teme que solicitar la baja comprometa la renovación de su contrato, aunque su estado de salud justificaría el descanso. Ambas hipótesis son consistentes con la correlación observada entre incidencia y tasa de paro territorial (Figura 12), donde las comunidades con mayor desempleo —y por tanto mayor inseguridad laboral— registran las menores tasas de IT. La distinción importa: si el mecanismo dominante es el riesgo moral, el diseño del sistema genera un exceso de bajas entre los indefinidos; si es el presentismo, el sistema infrautilizado genera un coste oculto en salud sobre los temporales que merece atención de política pública. La evidencia causal disponible —donde el tránsito a contrato indefinido eleva un 30 % la probabilidad mensual de causar baja [2026]— es más coherente con la hipótesis del presentismo: no es que el indefinido abuse del sistema, sino que el temporal se autoexcluye de él por miedo. En cualquier caso son dos hipótesis complementarias en dolencias médicas leves donde existe un margen de decisión del trabajador, la mayor protección del trabajador inclina a la baja médica mientras que el contrato temporal a la continuidad en el trabajo. Ello no es necesariamente negativo si el sistema de gestión de bajas médicas y asistencia sanitaria ágil funcionara bien. La reforma laboral que potenció el contrato indefinido es un avance en la protección de la salud de los trabajadores porque el presentismo en dolencias médicas graves tiene consecuencias muy negativas y termina repercutiendo en recaídas y en una mayor incidencia de bajas médicas.

En el extremo opuesto, los trabajadores fijos discontinuos —cuya presencia se ha expandido notablemente tras la Reforma Laboral de 2021, que convirtió en indefinidos a una gran parte de los contratos estacionales— registran las tasas de incidencia más elevadas de todos los tipos contractuales. Este resultado no es sorprendente: el fijo discontinuo trabaja en sectores de mayor intensidad física (hostelería, construcción, agricultura), acumula derechos de prestación durante los períodos activos, y ha visto reducida la incertidumbre sobre la continuidad de su relación laboral. La reforma de 2021 amplió considerablemente el colectivo de fijos discontinuos —pasando de representar menos del 2 % del total de contratos indefinidos a superar el 10 % en 2023— y, con él, la base de trabajadores con mayor propensión a causar baja. Este efecto composición explica una parte relevante del salto en la tasa de incidencia agregada registrado entre 2021 y 2023, y constituye un canal de transmisión de la reforma laboral sobre el gasto en IT distinto —y complementario— al efecto incentivos sobre los trabajadores indefinidos ordinarios documentado en la subsección anterior.

2.5. Situación del mercado laboral

Si la IT fuera un fenómeno determinado exclusivamente por la salud de los trabajadores, esperaríamos una distribución geográfica relativamente homogénea, ajustada por estructura demográfica y sectorial. La realidad es muy diferente. En 2024, Navarra registra una tasa de incidencia de 52 episodios por mil afiliados; Extremadura, apenas 19 —una ratio de casi 3 a 1 (Figura 10).

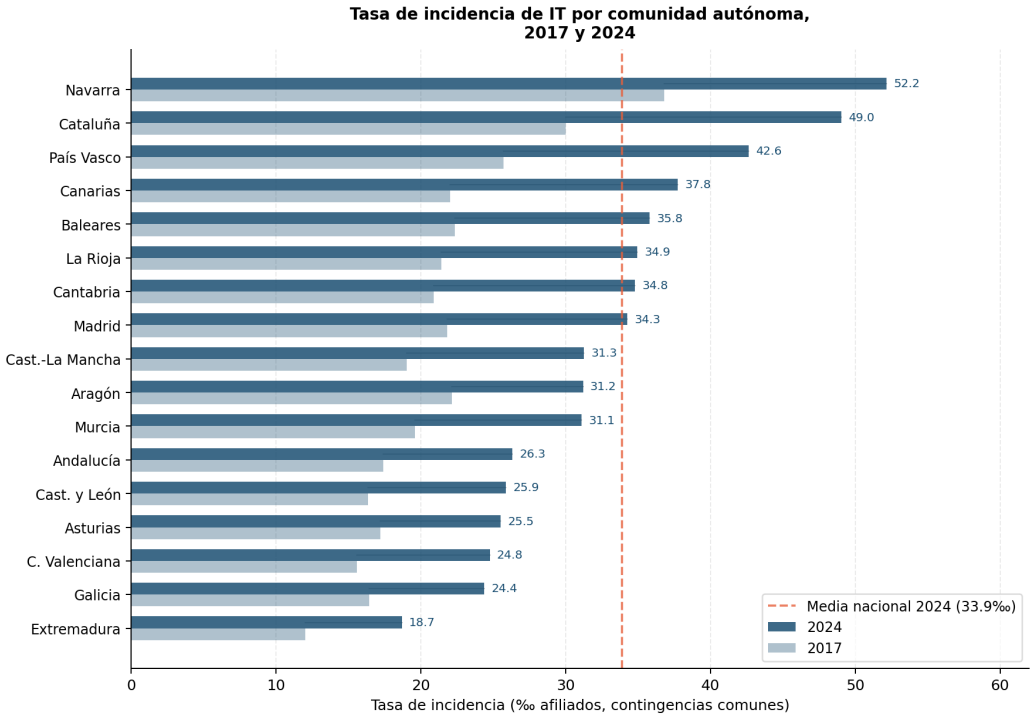

Figura 10: Tasa de incidencia de IT por comunidad autónoma en 2017 y 2024 (episodios por 1.000 afiliados, contingencias comunes). La línea discontinua indica la media nacional en 2024 (33,9 ‰).

Pero más revelador que la incidencia aislada es cruzarla con la duración media. La Figura 11 sitúa a cada comunidad autónoma en un espacio de dos dimensiones: eje horizontal, tasa de incidencia; eje vertical, duración media de los episodios. Emergen cuatro tipologías claramente diferenciadas.

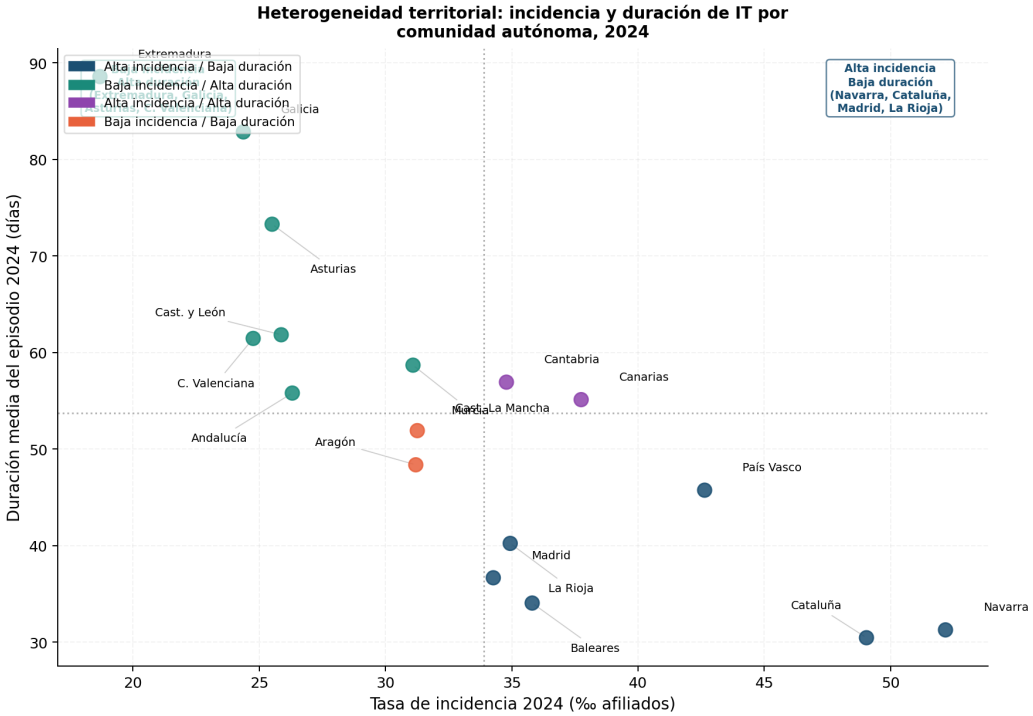

Figura 11: Heterogeneidad territorial: tasa de incidencia y duración media de los episodios de IT por comunidad autónoma, 2024. Las líneas discontinuas marcan las medias nacionales. El color identifica el cuadrante de cada comunidad.

Cataluña y Navarra combinan alta incidencia con bajas cortas, lo que sugiere un uso más intensivo pero menos prolongado de la prestación —posiblemente ligado a una mayor disponibilidad de recursos sanitarios que acelera el alta. Por el contrario, Extremadura, Galicia y Asturias presentan baja incidencia pero bajas muy largas, patrón compatible con un acceso más difícil a la asistencia sanitaria especializada y mayores tiempos de espera. Estas diferencias no pueden atribuirse enteramente a la composición sectorial o demográfica: reflejan en parte los problemas estructurales de coordinación entre el sistema sanitario autonómico y la gestión central de la prestación que se analizan en la sección siguiente.

Ciclo económico e incidencia de IT: la hipótesis procíclica.

La variación territorial no es solo un hecho descriptivo: también constituye una señal sobre los determinantes de la IT. Si los incentivos económicos condicionan el comportamiento de los trabajadores, esperamos que las comunidades con mayor desempleo registren menores tasas de incidencia: la posibilidad de perder el empleo actúa como un mecanismo de disciplina que reduce la propensión a causar baja. La Figura 12 contrasta esta hipótesis. La correlación entre la tasa de paro provincial —según la Encuesta de Población Activa de 2024— y la tasa de incidencia de IT es negativa y estadísticamente significativa (pendiente $= -1{,}1$; $R^2 = 0{,}25$; $p = 0{,}04$): por cada punto adicional de tasa de paro, la incidencia de IT cae aproximadamente

1,1 episodios por mil afiliados. El patrón es coherente: Extremadura y Andalucía, con tasas de paro superiores al 17 %, registran las incidencias más bajas del país; Navarra y Cataluña, con mercados de trabajo próximos al pleno empleo, figuran entre las comunidades con mayor incidencia. La excepción más notable es Canarias, que combina alto desempleo con una incidencia superior a la media, reflejo posiblemente de la elevada presencia de fijos discontinuos en el sector turístico. En conjunto, el patrón territorial es difícilmente explicable sin incorporar los incentivos que genera el propio diseño del sistema.

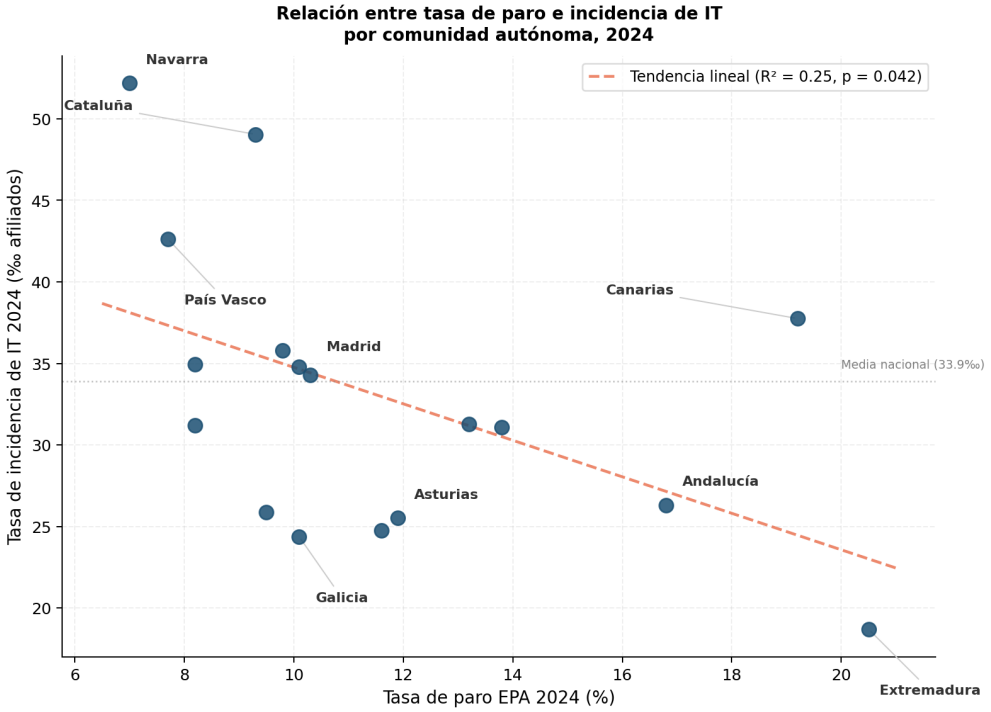

Figura 12: Relación entre tasa de paro (EPA 2024) y tasa de incidencia de IT (episodios por 1.000 afiliados, contingencias comunes) por comunidad autónoma, 2024.

3. El Problema de Principal-Agente: quien decide no paga

La incapacidad temporal (IT), definida en el art. 169 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS),[3] es la situación de imposibilidad temporal de trabajar debida a enfermedad o accidente, mientras se recibe asistencia sanitaria, con una duración máxima de 365 días, prorrogables por otros 180 cuando se presuma que el trabajador puede ser dado de alta por curación. Durante este período, la prestación de IT sustituye los salarios del trabajador conforme a los arts. 171–175 LGSS, quedando el contrato de trabajo suspendido con reserva de puesto y con mantenimiento de la obligación de cotización a la Seguridad Social a cargo de la empresa durante todo el

[3]Real Decreto Legislativo 8/2015.

período de baja (arts. 45.c y 48.1-2 ET).[4] El sistema distingue dos modalidades según el origen del proceso. Las **contingencias profesionales** (CP) cubren los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales; su gestión corresponde en exclusiva a las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, que financian y controlan médicamente la prestación desde el primer día. Las **contingencias comunes** (CC) cubren la enfermedad común y el accidente no laboral, y constituyen la modalidad mayoritaria del sistema: representan más del 90 % de todos los episodios de IT registrados anualmente. Este análisis se centra en las contingencias comunes, cuya gestión se reparte entre múltiples agentes —médicos de atención primaria, INSS, Mutuas y empresa— con competencias fragmentadas a lo largo del episodio de baja, tal y como recoge el Cuadro 1.

[4]Real Decreto Legislativo 2/2015, Estatuto de los Trabajadores.

Cuadro 1: Agentes del sistema de IT por contingencias comunes: competencias por tramo temporal

Agente	Días 1–3	Días 4–15	Días 16–365	Días 365–730
Médico AP / SPS Serv. autonómico de salud	Emite parte de baja	Emite partes de confirmación o alta	Emite partes de confirmación o alta. Informe trimestral de control. Sin coste financiero para el SPS	Solo asistencia sanitaria. Sin competencia de gestión.
INSS Seguridad Social estatal	Inspección Médica puede intervenir	Paga la Empresa 60 % BR, inspección médica puede intervenir	Financia la prestación. Inspección médica puede intervenir. 60 % BR días 16–20 · 75 % BR desde día 21	Control y gestión exclusivos. Puede emitir alta o iniciar expediente de IP. 75 % BR hasta día 545
Mutua Entidad colaboradora privada	si la empresa elige, posible inspección médica	Si la empresa la elige: paga la empresa y puede la mutua citar al trabajador; puede *proponer* alta al SPS, sin poder emitirla. Actuaciones sanitarias requieren autorización del SPS y consentimiento del trabajador	Si la empresa la elige: paga la prestación y puede citar al trabajador; puede *proponer* alta al SPS, sin poder emitirla. Actuaciones sanitarias requieren autorización del SPS y consentimiento del trabajador	Si la empresa la elige: paga la prestación y puede citar al trabajador.
Empresa	Paga si el convenio lo establece. Paga cotizaciones. 0 % BR legal; hasta 100 % vía convenio	Paga la prestación al trabajador. Paga cotizaciones. 60 % BR + complemento si convenio	Pago delegado. Reconocimiento médico voluntario sin efectos en el sistema. Paga cotizaciones. 60–75 % BR + complemento si convenio	Paga cotizaciones.
Trabajador	Derecho a asistencia sanitaria. Obligación de comparecer a reconocimientos. En todo el periodo.	Recibe prestación. Incompatibilidad con el trabajo. Obligación de comparecer ante INSS o Mutua	Recibe prestación. Incompatibilidad con el trabajo. Obligación de comparecer ante INSS o Mutua.	Recibe prestación. Obligación de comparecer ante INSS o Mutua. Puede impugnar altas del INSS.

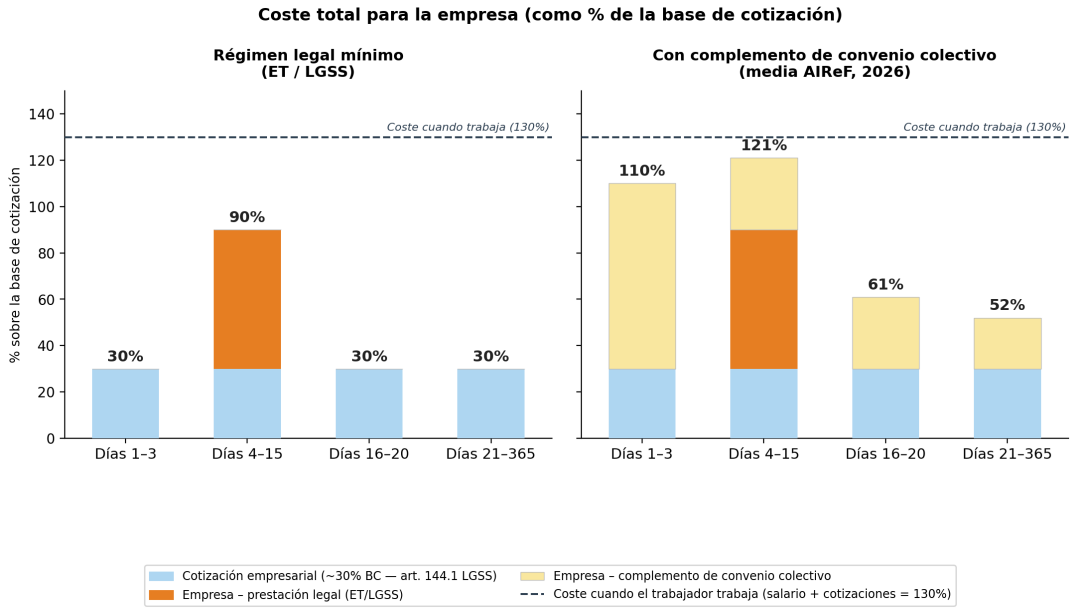

Figura 13: Coste total para la empresa durante la IT por contingencias comunes (como % de la base de cotización). Panel izquierdo: régimen legal mínimo (ET/LGSS). Panel derecho: con complemento de convenio colectivo según la media estimada por la AIReF [2026]. La línea discontinua indica el coste cuando el trabajador está en activo (salario + cotizaciones $\approx 130\,\%$ de la base de cotización). La cotización empresarial (30 % BC) se mantiene en todo momento conforme al art. 144.1 LGSS.

El coste total que soporta la empresa durante la IT por contingencias comunes queda sintetizado en la Figura 13, que descompone cada tramo temporal en cotizaciones empresariales —que se mantienen durante toda la IT conforme al art. 144.1 LGSS, con independencia de quién financie la prestación— y prestación a cargo de la empresa. Bajo el régimen legal mínimo, la empresa paga el 60 % de la base reguladora del día 4 al 15, mientras que en el resto del período su coste se limita a las cotizaciones (30 % de la base de cotización). A partir del día 16, la Seguridad Social —o la Mutua colaboradora si así lo elige la empresa— asume la prestación: el 60 % de la base reguladora hasta el día 20 y el 75 % en adelante hasta el límite legal de 730 días. La negociación colectiva altera sustancialmente este reparto.

Según la AIReF [2026], el 65 % de los convenios de empresa y el 50 % de los sectoriales incorporan complementos voluntarios a cargo del empleador. Dado que los convenios sectoriales cubren a la gran mayoría de los trabajadores, se estima que más de la mitad de los asalariados españoles tienen garantizada alguna mejora sobre la prestación legal. Entre los convenios que la establecen, la retribución media alcanza el 80 % de la base reguladora en los tres primeros días —período sin cobertura pública alguna—, el 91 % entre los días 4 y 20, y el 97 % a partir del día 21. El resultado, visible en el panel derecho de la Figura 13, es que el coste total para la empresa se sitúa entre el 110 % y el 121 % de la base de cotización en los primeros

veinte días de baja, apenas por debajo del coste del trabajador en activo (130 %). A efectos prácticos, la baja médica es para el trabajador cubierto por convenio casi tan económicamente neutral como trabajar, lo que elimina el desincentivo económico que el legislador trató de incorporar en el diseño legal de la prestación.

La teoría económica denomina "problema de principal-agente.ª la situación en que una persona —el principal— encarga a otra —el agente— que tome decisiones en su nombre, pero quien decide no soporta las consecuencias económicas de sus decisiones [Ross, 1973, Holmström, 1979]. Cuando quien decide y quien paga son personas distintas con intereses distintos, y quien paga no puede controlar lo que el agente hace, el resultado habitual es que se toman más decisiones —o más costosas— de las que se tomarían si el decisor internalizara el coste. El ejemplo canónico en economía de la salud es el de la medicina privada con pago por acto [Arrow, 1963]: el médico decide qué pruebas solicita y qué tratamientos prescribe, el seguro privado paga, y el paciente —que ya ha abonado su prima— tiene escaso incentivo a cuestionar ninguna decisión. Nadie en ese triángulo soporta el coste marginal de prescribir una prueba más. El resultado sistemático es una sobreutilización de servicios médicos respecto al óptimo social. El sistema de IT por contingencias comunes reproduce exactamente esta estructura. El INSS es el principal: financia la prestación desde el día 16 y soporta la mayor parte del gasto. El médico de atención primaria del SPS es el agente: emite los partes de baja y de confirmación que determinan cuánto dura cada episodio y, por tanto, cuánto cuesta. La asimetría de información es total —solo el médico conoce el estado clínico real del trabajador— y el desalineamiento de incentivos es estructural: el SPS autonómico no recibe ni transfiere al Estado un solo euro en función de las decisiones de baja que toman sus médicos. Un médico que extiende una baja tres semanas más de lo estrictamente necesario no genera ningún coste para su organización. Uno que da el alta antes tampoco obtiene ningún beneficio. En ausencia de señal económica, la decisión clínica se toma sin que el decisor internalice su impacto fiscal.

En torno a este eje se articulan cuatro agentes con competencias, incentivos y recursos desalineados entre sí (véase Cuadro 1): el SPS autonómico concentra toda la capacidad clínica y emite los partes médicos durante los primeros 365 días, pero no soporta ningún coste financiero de la prestación; el INSS financia la prestación desde el día 16 pero concentra sus actuaciones a partir del día 365, cuando ya ha transcurrido la práctica totalidad del gasto; las Mutuas disponen de estructura sanitaria e incentivos de control pero con competencias estrictamente limitadas por el SPS; y la empresa financia la prestación durante los primeros quince días sin herramienta alguna de control médico con efecto en la gestión de la IT. El problema se agrava en los tramos extremos. En el primer tramo, la empresa paga la prestación solo si el convenio colectivo lo establece, pero carece de toda capacidad de control médico con efectos

en el sistema. En el tramo posterior al año, la competencia de gestión pasa en exclusiva al INSS, que carece de estructura sanitaria propia comparable a la del SPS; el transcurso del plazo de 365 días no conlleva ningún reconocimiento médico obligatorio, sino una prórroga automática de otros 180 días (art. 170.2 LGSS), lo que dilata los efectos de la prestación sin control clínico activo. Las posibles altas emitidas por el INSS pueden ser impugnadas, prolongando adicionalmente la duración efectiva de la baja.

La diferencia institucional entre ambas modalidades ofrece, además, la posibilidad de cuantificar el coste de este desalineamiento mediante un ejercicio de carácter cuasi-experimental. Mientras que en las CP la Mutua financia y controla médicamente el proceso desde el primer día, en las CC la financiación (INSS) y el control clínico (SPS) recaen sobre agentes distintos sin relación financiera entre sí. Las CC reproducen el problema de principal-agente en su forma más pura; las CP lo atenúan al reunir financiación y control en un mismo actor. AIReF [2026] aprovecha esta diferencia para comparar la duración de episodios de IT por contingencias profesionales y comunes para las mismas patologías, controlando por las características observables del trabajador y del proceso. La lógica es la siguiente: si dos trabajadores con idéntica condición médica —una lesión musculoesquelética, por ejemplo— se acogen a regímenes distintos, cualquier diferencia sistemática en la duración del episodio refleja el efecto del diferente alineamiento de incentivos en el gestor, no diferencias en la gravedad clínica.[5] Los resultados muestran que los episodios por contingencias profesionales tienen una probabilidad de finalizar un 9,6 % mayor en cada día transcurrido que los episodios equivalentes por contingencias comunes. Con idéntica condición médica del trabajador pero diferente alineamiento de incentivos en el gestor, los procesos son sistemáticamente más cortos allí donde quien financia también controla. El diferencial de duración entre ambos regímenes constituye así una estimación del coste del problema de principal-agente descrito en esta sección, y justifica que la reforma se oriente precisamente a reducir esa brecha institucional en la gestión de las contingencias comunes.

El resultado de esta arquitectura institucional puede resumirse en una frase: quien gasta no paga, y quien paga no controla. El SPS autonómico emite y confirma las bajas médicas sin coste financiero directo. El INSS financia la mayor parte del gasto pero solo interviene clínicamente cuando el episodio ya ha alcanzado el año de duración.

[5]El modelo estimado es un modelo de riesgos proporcionales de Cox sobre el universo de episodios de IT iniciados en 2024, restringido a las patologías musculoesqueléticas y lesiones, que representan el 87 % de todos los episodios de contingencias profesionales iniciados en 2024. La variable dependiente es la tasa de salida diaria del estado de baja (*hazard rate*). El modelo incluye controles por diagnóstico, edad, sexo y comunidad autónoma. La razón de riesgo (*hazard ratio*) estimada para la variable indicadora de contingencia profesional es 1,096 ($p < 0{,}01$), lo que implica que, en cada día de baja, la probabilidad de alta médica es un 9,6 % mayor en los episodios por contingencias profesionales que en los equivalentes por contingencias comunes.

Las Mutuas disponen de incentivos y medios sanitarios pero sus competencias están subordinadas al SPS.Y la empresa, que paga directamente durante los primeros quince días y carga con los costes organizativos durante toda la baja, carece de herramientas con efecto real en el procedimiento de gestión de la IT. Esta escisión estructural entre asistencia sanitaria, gestión de la prestación y responsabilidad financiera no es un accidente de diseño: es la consecuencia de una regulación que asigna las decisiones a quien no soporta sus costes.

4. Problemas de la regulación del sistema de bajas médicas

El sistema de IT por contingencias comunes descrito en la sección anterior —con sus cuatro agentes, competencias fragmentadas y desalineamiento de incentivos (véase Cuadro 1)— presenta tres problemas estructurales de funcionamiento: (1.º) la escisión entre la asistencia sanitaria y la gestión de la prestación social de la IT, con ajenidad de la empresa; (2.º) la desconexión con la capacidad laboral real del trabajador y la absoluta rigidez de la baja médica; y (3.º) la ausencia de desincentivos al mal uso, o riesgo moral, de las bajas médicas. Los describimos a continuación.

1.º La escisión estructural entre la asistencia sanitaria y la gestión de la prestación social de la IT, con ajenidad de la empresa.

La escisión entre quien controla clínicamente la baja —el SPS— y quien la financia —el INSS y, en los primeros quince días, la empresa— no es solo un problema de diseño organizativo. Se traduce en limitaciones jurídicas concretas que bloquean el control efectivo en cada tramo temporal. Durante los primeros 365 días, el INSS puede ordenar reconocimientos médicos obligatorios y emitir alta con efectos extintivos (art. 170.1 LGSS), pero sin estructura sanitaria propia para sostenerlos de forma sistemática. Las Mutuas, cuando la empresa así lo elige, pueden requerir reconocimientos y proponer altas ante el SPS (art. 82.4.b LGSS), pero no emitirlas directamente; su asistencia sanitaria queda condicionada además a la autorización del SPS y al consentimiento del trabajador (art. 82.4.d LGSS). La empresa puede practicar reconocimientos médicos voluntarios (art. 20.4 ET), pero sin efecto alguno sobre la gestión de la IT. A partir del año, la competencia exclusiva recae en el INSS (art. 170.2 LGSS), pero el transcurso de los 365 días no activa ningún reconocimiento médico obligatorio: opera como prórroga automática de 180 días adicionales sin control clínico activo. Las altas emitidas por el INSS pueden ser impugnadas en procedimientos de disconformidad ante el SPS, prolongando adicionalmente la duración efectiva de la baja.

2.º La desconexión con la capacidad laboral real del trabajador y la absoluta rigidez de la baja médica.

El sistema vincula automáticamente la enfermedad —detectada en el SPS con vistas a la curación— con el impedimento al trabajo, sin análisis médico de la correlación funcional causa-efecto ni al inicio ni durante el desarrollo de la prestación. El SPS no recibe información laboral alguna sobre el paciente, su empresa ni su puesto de trabajo, y no existen cauces de comunicación con los servicios de prevención de riesgos laborales. Esta ausencia de valoración funcional explica la marginalización de los servicios de prevención y la carencia de herramientas de control integradas en el sistema. Las consecuencias son visibles en los datos de duración. La duración media de los episodios de IT por contingencias comunes se situó en 46 días en 2024, superando en un 15 % los 40 días de 2017 [AIReF, 2026]. Las patologías de mayor subjetividad clínica, precisamente aquellas en las que la valoración funcional sería más necesaria, acumulan las duraciones más largas: los trastornos mentales promedian 98,5 días en 2024 (frente a 67 en 2017) y las enfermedades musculoesqueléticas, 77 días (frente a 58 en 2017). En ambos grupos, la ausencia de un control funcional durante el episodio contribuye a que la baja se mantenga activa mucho más allá de lo que justificaría una valoración de la capacidad laboral real del trabajador. A ello se une la absoluta rigidez de la baja médica: o se está de baja y no se puede trabajar, o se está de alta y se trabaja (art. 175.1.b LGSS). No existen, a diferencia de otros países de nuestro entorno, situaciones intermedias donde, bajo supervisión médica, se pueda compatibilizar la baja con el trabajo retribuido, ni cauces de retorno progresivo a la actividad laboral durante su duración. La baja médica es concebida como una inactividad laboral total que se abre y cierra sobre un mismo punto: el trabajador solo se reincorpora tras el alta médica por mejoría o curación definitiva (art. 174.1 LGSS). La empresa no puede activar procedimientos de ajuste razonable del puesto que faciliten el retorno durante la baja, ni el propio trabajador puede solicitarlos. Brillan por su ausencia en España los programas de retorno al trabajo durante las bajas médicas —reincorporaciones progresivas, cambios provisionales de puesto, ajustes razonables acordes con la salud, habilitación temporal de teletrabajo o ayudas al desplazamiento ante problemas de movilidad— comunes en sistemas comparados [Crespi Ferriol, 2022, Lahera Forteza, 2026].

Es llamativo, finalmente, que los procedimientos de ajuste del puesto de trabajo a solicitud del trabajador estén regulados precisamente al final de este largo camino, cuando la SS reconoce una incapacidad permanente total o absoluta (art. 49.1.n ET). La ausencia de control funcional durante toda la IT y el diseño rígido de la prestación social desembocan así, paradójicamente, en esos procedimientos de ajuste cuando la SS declara al trabajador incapaz de trabajar. Tiene difícil explicación esta regulación desajustada e incoherente de la IT y la IP [Rodríguez Iniesta, 2023].

3.º La ausencia de desincentivos al mal uso, o riesgo moral, de las bajas médicas.

Cabe introducir el factor del posible mal uso de las bajas médicas, con el riesgo moral inherente a cualquier sistema de protección social. No cabe hablar de fraude, dado que el fundamento del sistema de IT es un acto médico del SPS, sujeto a controles externos. Pero sí cabe introducir hipótesis de mal uso, especialmente en dolencias marcadas por una subjetividad de difícil control médico, donde la diferencia entre estar apto o no para trabajar no es objetivamente verificable. La comparación entre trabajadores por cuenta ajena y autónomos ofrece la primera evidencia. En 2024, la tasa de incidencia de los trabajadores por cuenta ajena triplica con creces la de los autónomos: 38,3 frente a 10,7 episodios por mil afiliados, una ratio de 3,6 veces [AIReF, 2026]. Esta diferencia no puede atribuirse a la salud: un trabajador autónomo no está sistemáticamente más sano que uno por cuenta ajena. Sí tiene, en cambio, un coste de oportunidad de la baja mucho mayor —pérdida de clientes, ingresos corrientes y reputación—, lo que disuade el uso ante dolencias leves. La brecha es especialmente amplia en las patologías de resolución espontánea y difícil objetivación: en infecciosas, la ratio alcanza 11,6 veces; en respiratorias, 7,4 veces; en cambio, en lesiones se reduce a 1,9 veces, donde la incapacidad es difícil de ignorar con independencia de los incentivos.

La misma lógica opera a través de la estabilidad en el empleo. Los trabajadores con contrato temporal tienen un coste de oportunidad de la baja mayor que los indefinidos: el riesgo de no renovación actúa como desincentivo adicional al uso del sistema. La reforma laboral de 2021, al convertir en indefinidos una proporción significativa de los contratos temporales, redujo ese desincentivo de forma exógena. AIReF [2026] estima que el cambio de un contrato temporal a uno indefinido incrementa en un 30 % la probabilidad de iniciar un episodio de IT.[6] El experimento más preciso sobre el efecto causal de los incentivos económicos proviene de un cambio de parámetro aplicado a los empleados públicos. El Real Decreto 956/2018 elevó el complemento retributivo durante la IT del 50 % al 100 % de la base reguladora para este colectivo. Al tratarse del mismo empleador, la misma regulación laboral y una variación de un único parámetro, el ejercicio permite aislar el efecto incentivo con gran precisión: la AIReF estima que ese aumento del complemento supuso un incremento del 40 % en la probabilidad de iniciar un episodio de IT [AIReF, 2026].[7] Un aumento del

[6]La estimación se obtiene mediante un modelo de diferencias en diferencias que aprovecha el cambio normativo introducido por la reforma laboral de 2021 como variación exógena, a partir del cruce de los datos de episodios de IT (INCA) con la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL). El efecto identifica la respuesta de comportamiento ante la reducción del coste de oportunidad de la baja, neta de cambios en las características del trabajador.

[7]La estimación utiliza los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL y compara la evolución de la incidencia de los empleados públicos afectados por el RD 956/2018 con la de grupos de control no afectados.

Este análisis se centra en los empleados públicos incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social; el régimen de clases pasivas, con especificidades propias, queda fuera del alcance de este trabajo.

40 % en la incidencia ante una mejora de la cobertura es la cuantificación causal más precisa disponible del riesgo moral en el sistema español de IT. Un patrón adicional refuerza este diagnóstico. La distribución del uso de la IT no es homogénea dentro del colectivo de trabajadores por cuenta ajena: la AIReF [2026] documenta que un 5 % de los trabajadores concentra el 22 % de todos los episodios de IT por contingencias comunes, con tasas de reincidencia que superan ampliamente cualquier explicación puramente médica. Además, este grupo de trabajadores con episodios repetidos ha crecido como proporción del total en los últimos años. Que un segmento reducido y estable de la población laboral concentre más de una quinta parte del gasto en IT sugiere que el problema no es solo de diseño general del sistema, sino también de ausencia de mecanismos específicos de seguimiento para los casos de alta reincidencia. En este marco, los mecanismos legales de modulación de la prestación —ausencia de cobertura los tres primeros días y 60 % de la base reguladora hasta el día 20— quedan neutralizados en la práctica por la negociación colectiva, como se ha analizado en la sección anterior. El resultado es que, vía convenio colectivo, se cobra prácticamente igual durante la baja que trabajando, lo que opera como incentivo al mal uso sin atención a los riesgos morales que genera esta protección social.

A ello se une la Ley 15/2022 de no discriminación por enfermedad, que ha desactivado en la práctica las primas salariales de asistencia al trabajo, al ser calificadas judicialmente como discriminatorias por razón de enfermedad. El efecto es el mismo: el trabajador recibe ingresos equivalentes al salario tanto si trabaja como si está de baja, eliminando el último desincentivo económico que podría moderar el uso del sistema [Monereo and Rodríguez Iniesta, 2024]. Cabría preguntarse también si la derogación en 2018 del despido por bajas médicas de corta duración, o la nulidad de los despidos durante la baja médica, generan algún efecto desincentivador adicional. Siendo su impacto seguramente marginal, contribuyen a un marco regulador que, en su conjunto, carece de señales económicas que moderen el uso del sistema.

En definitiva, la suma de estos tres problemas de regulación es un factor determinante del crecimiento del absentismo laboral por razones de salud. No es el único factor: las deficiencias del sistema público de salud —con listas de espera que alargan las duraciones de la IT— o la inadaptación de la prevención de riesgos laborales a los riesgos psicosociales contribuyen también a explicar la tendencia. Pero es un factor relevante: una regulación ineficiente de la IT, con los problemas estructurales constatados, tiene como consecuencia directa el aumento de las bajas médicas y los elevados costes empresariales y públicos que ello acarrea.

5. Propuesta de reforma del sistema de bajas médicas

Los tres problemas estructurales identificados en la sección anterior tienen solución regulatoria. Las propuestas que se exponen a continuación están orientadas, respectivamente, a: (1.º) mejorar la colaboración entre la asistencia sanitaria y la gestión de la prestación, con un mayor papel del INSS, las Mutuas y las empresas; (2.º) introducir un análisis médico funcional de las capacidades laborales reales del trabajador y un nuevo diseño de bajas médicas flexibles; y (3.º) establecer desincentivos efectivos al mal uso del sistema. Su implementación requeriría cambios normativos en los arts. 43, 82 y 169–175 LGSS y en el Real Decreto 625/2014 (RDIT), modificado por el Real Decreto 1060/2022 y el Decreto-Ley 2/2023.

1.º Colaboración entre la asistencia sanitaria y la gestión de la prestación social de IT: mayor papel del INSS, las Mutuas y las empresas.

Las propuestas de este bloque actúan principalmente sobre el primer año de baja, que es donde el desalineamiento de incentivos es más intenso: el SPS emite y controla los partes sin coste financiero propio, mientras que el INSS financia la prestación sin capacidad sanitaria para intervenir con agilidad. A partir del año, el INSS asume la competencia exclusiva de gestión y el problema de fragmentación se atenúa, aunque no desaparece: la falta de estructura sanitaria propia del INSS y los retrasos en la tramitación de la incapacidad permanente siguen generando episodios innecesariamente largos. Algunas de las medidas propuestas —en particular la coordinación con las Mutuas— tienen aplicación en ambos tramos.

1.1 Convenios obligatorios de colaboración entre los Servicios Públicos de Salud y el INSS con incentivos económicos para agilizar la asistencia sanitaria.

La principal fractura del sistema es que quien diagnostica —el médico de atención primaria del SPS— no internaliza el coste de sus decisiones de baja, mientras que quien paga —el INSS— carece de información clínica para intervenir con agilidad. El convenio SPS-INSS resuelve este problema de incentivos e información: crea un canal institucional estable entre ambos mediante unidades coordinadas de salud laboral en la atención primaria, donde la información clínica de cada episodio —diagnóstico, evolución, historial de bajas— y la información financiera —coste acumulado, tramo temporal, desviación respecto a duraciones medias de la patología— fluyen en ambas direcciones. El médico de AP pasa a conocer el impacto fiscal de sus decisiones; el INSS pasa a poder intervenir con criterio clínico real antes de que el episodio alcance el año de duración. La obligatoriedad del convenio es esencial: una fórmula voluntaria reproduciría la asimetría territorial existente y dejaría sin reforma a las comunidades autónomas con menor voluntad de coordinación. Resulta esencial para lograr este

objetivo la cooperación entre las CC.AA, competentes en el SPS, y con sus propios sistemas de inspección médica, y el Estado, con competencias en el INSS, y su propio sistema de inspección médica. El INSS debe pagar con financiación suficiente al SPS incentivos económicos para agilizar la asistencia sanitaria de trabajadores en su CC.AA. Esta fórmula de pago, que ya existe en la realidad, debe ser intensificada con mayor dotación presupuestaria

1.2 Refuerzo del papel de las Mutuas en la IT.

Las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social disponen de clínicas, médicos especialistas y servicios de rehabilitación propios que hoy están infrautilizados en las contingencias comunes: su intervención depende de la autorización del SPS y del consentimiento del trabajador (art. 82.4.d LGSS), lo que desconecta esos recursos de la gestión real de la baja. Proponemos ampliar su papel en tres escalones progresivos, desde la coordinación con el SPS hasta la autonomía en patologías tasadas.

1.2.a Convenios obligatorios de colaboración entre los Servicios Públicos de Salud y las Mutuas.

Los convenios SPS-Mutua conectarían los recursos sanitarios de las Mutuas con las unidades coordinadas de salud laboral propuestas en la medida 1.1, de modo que puedan actuar como segundo nivel de valoración especializada durante la baja —tanto en el primer año como en el segundo— acortando los tiempos de diagnóstico y tratamiento que hoy alargan innecesariamente los episodios de IT.

1.2.b Asistencia sanitaria directa de las Mutuas.

Como paso siguiente, y una vez acreditada la eficacia de los convenios, proponemos un sistema donde el trabajador puede elegir la asistencia sanitaria directa de la Mutua sin necesidad de autorizacion previa del SPS.

1.2.c Alta de la Mutua ante el INSS y directa en patologias tasadas durante todo el tiempo de baja médica hasta su duración máxima.

En la regulación vigente la Mutua solo puede proponer el alta ante el SPS (art. 82.4.b LGSS), que puede o no aceptarla. Proponemos que esa propuesta se dirija al INSS, que es quien financia la prestación y tiene incentivos para resolver con agilidad. Este cambio procedimental —que no elimina el control externo sino que lo redirige hacia el organismo pagador— alinea mejor los incentivos en la decisión de alta y reduce la dependencia de la Mutua respecto al SPS autonómico. En caso de silencio administrativo del INSS (en 15 días, por ejemplo) se consideraría aceptada el alta con efectos extintivos en la prestación. En un segundo paso, y mediante proyectos evaluables en patologías tasadas, cabría introducir un alta médica directa de la Mutua con efectos extintivos sobre la prestación. Se podria comenza a modo de

proyecto piloto por las lesiones traumatologicas donde ya tiene el alta directa la Mutua en contingencias profesionales. Este nuevo sistema se debería implantar en los primeros 365 días de baja y también con posterioridad hasta la duración máxima de la incapacidad temporal

1.2.d Mejorar la financiación de las mutuas.

Las medidas propuestas tienen que ir unidas a una mejora de la financiación pública de las mutuas como entidades colaboradoras de la Seguridad Social. Su financiación pública, acorde con sus capacidades reales, debe estar conectada a datos de asistencia sanitaria a los trabajadores que la solicitan voluntariamente y a los reconocimientos médicos realizados, conlleven o no propuestas de alta. El sistema de financiación pública debe introducir estas variables coherentes con el refuerzo del papel de las mutuas.

1.3 Intervención proactiva del INSS desde el inicio de la baja.

Con acceso a la información clínica del SPS y a los recursos sanitarios de las Mutuas —gracias a los convenios propuestos en las medidas 1.1 y 1.2— el INSS puede ejercer una inspección médica proactiva desde el primer mes de baja: identificar episodios con duraciones anómalas respecto a la patología diagnosticada, activar reconocimientos obligatorios de forma temprana y canalizar derivaciones a las Mutuas para valoraciones especializadas. No se trata de adelantar la competencia exclusiva de gestión —que seguiría correspondiendo al SPS durante el primer año— sino de que el INSS ejerza con efectividad real las competencias de control que ya tiene atribuidas (art. 170.1 LGSS). A partir del año, cuando asume la gestión exclusiva, lo haría con un seguimiento clínico acumulado desde el inicio del episodio, mejorando sustancialmente la calidad de sus decisiones. El refuerzo de recursos de la inspección médica del INSS es la condición necesaria para hacer esto posible, así como la simplificación y digitalización de los procedimientos de notificación y citación: un reconocimiento obligatorio que tarda semanas en notificarse por burocracia pierde toda su utilidad preventiva. Ha quedado evidenciado que existe un aumento de bajas médicas psicológicas de difícil gestión en atención primaria del SPS. Por ello, proponemos que en estas bajas el médico de atención primaria derive inmediatamente el caso a unidades provinciales de salud mental del INSS, que deberían crearse con psicólogos y psiquiatras para realizar esta evaluación especializada y confirmar la baja o dar el alta, con efectos extintivos en la prestación social.

1.4 Supresión de la prórroga automática de 180 días al cumplirse el año de baja.

En la regulación vigente, el transcurso de los 365 días de baja no activa ningún mecanismo de revisión: opera como una prórroga automática de otros 180 días

adicionales (art. 170.2 LGSS), tras la cual el INSS asume la competencia exclusiva de gestión. En la práctica, esta automaticidad convierte el paso al segundo año en un trámite administrativo sin contenido clínico real: el trabajador continúa de baja sin que ningún agente haya evaluado si la situación médica justifica esa extensión. Proponemos suprimir esta prórroga automática y sustituirla por un reconocimiento médico obligatorio por el INSS al cumplirse el año de baja. Con la información clínica acumulada desde el inicio del episodio gracias a los convenios de las medidas anteriores, el INSS decidiría una de tres opciones: el alta médica, la continuidad justificada de la prestación, o la apertura inmediata de un expediente de incapacidad permanente. Lo que no cabría es la opción actual: extender la baja otros 180 días sin evaluación clínica activa.

1.5 Inicio del expediente de incapacidad permanente sin necesidad de agotar los plazos de IT.

En la regulación vigente, el expediente de incapacidad permanente se abre en la práctica cuando se han agotado los plazos máximos de IT: el trabajador permanece de baja durante meses o años no porque su situación clínica lo requiera, sino porque el procedimiento exige consumir los plazos antes de poder transitar a la IP. El resultado es que trabajadores con condiciones claramente irreversibles —una enfermedad oncológica avanzada, una lesión neurológica grave— permanecen en IT sin que su situación sea reconocida ni gestionada como lo que es. Proponemos que el SPS, el INSS o las Mutuas puedan instar el inicio del expediente de IP en cualquier momento del episodio, sin necesidad de agotar plazo alguno, cuando los indicios clínicos apunten con claridad a una situación de irreversibilidad. La resolución seguiría correspondiendo al INSS tras la valoración de los equipos competentes. Agotar los 365 o 730 días de IT antes de iniciar el expediente de IP no añade información clínica relevante; solo añade tiempo, coste y sufrimiento innecesario al trabajador.

1.6 Refuerzo de los equipos de valoración de incapacidades (EVI).

Los retrasos en la tramitación de los expedientes de incapacidad permanente son una de las causas más directas de que los episodios de IT alcancen o superen el tope legal de 730 días: el trabajador permanece de baja porque la resolución del INSS no llega, no porque su situación clínica lo requiera. El refuerzo de los EVIs en medios y personal es condición necesaria para que las medidas anteriores —en particular la propuesta de inicio temprano del expediente de IP— tengan efecto real. Agotar los 730 días debe ser la excepción, no la norma.

1.7 Control médico de la empresa con propuesta de alta en los primeros quince días.

Durante los primeros quince días de baja la empresa financia la prestación (art. 173 LGSS) pero carece de herramienta alguna con efecto real en la gestión de la IT: los reconocimientos médicos que puede practicar (art. 20.4 ET) son voluntarios y no generan ninguna consecuencia en el procedimiento. Proponemos que, cuando la empresa realice un reconocimiento médico en ese primer tramo y el resultado indique aptitud para el trabajo, pueda elevar una propuesta de alta ante el SPS. Esta propuesta no tendría efectos automáticos —la decisión seguiría siendo del SPS— pero introduciría en el sistema un elemento de control por parte de quien paga en ese tramo, hoy completamente ausente. Otro enfoque de análisis sería valorar si suprimir el pago directo de la empresa del día 4 al 15 para descargar costes empresariales y generar incentivos a la seguridad social de mejora del sistema para racionalizar el gasto público. Pero esta medida debe ser valorada con un análisis de costes para el Estado y de beneficio/coste en el sistema, pudiendo tener como consecuencia negativa una falta de implicación de las empresas en el sistema. Quizás sería una medida más útil tras implementar la reforma sistemática que estamos presentando. Nos inclinamos por ello por esta propuesta de refuerzo del control médico desde la propia empresa en estos días de pago directo

1.8 Incorporación de los servicios de prevención al diagnóstico médico funcional.

El médico de atención primaria que emite la baja no recibe hoy ninguna información sobre el puesto de trabajo del paciente ni sobre las exigencias físicas o psicológicas de su actividad laboral. Proponemos que el SPS, el INSS y las Mutuas puedan solicitar a los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas informes sobre el puesto de trabajo del trabajador en IT, con el fin de incorporar esa información al diagnóstico médico funcional. Este mecanismo dotaría de base empírica a la valoración de la capacidad real del trabajador y conecta directamente con las propuestas del bloque siguiente.

1.9 Integrar en la evaluación y planes de prevención de riesgos laborales de las empresas los riesgos psicosociales y las sobrecargas de trabajo.

La evaluación y los planes de prevención de riesgos laborales, regulados en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, deben ser modernizados para convertirse en una herramienta eficiente en la reducción del absentismo desde una lógica preventiva. Proponemos dos incorporaciones concretas. Primera, la integración de los riesgos psicosociales en la evaluación, con especial atención a los trastornos de salud mental derivados de las condiciones de trabajo; los especialistas en salud mental deberían formar parte necesariamente de los servicios de prevención de riesgos en las empresas. Segunda, la incorporación de análisis de carga de trabajo para detectar y corregir sobrecargas que puedan derivar en bajas médicas. Establecer límites razonables y

con base científica a la sobrecarga de trabajo tiene un efecto preventivo demostrado sobre las enfermedades físicas y mentales asociadas a malas condiciones laborales [Todolí Signes, 2026]. La labor preventiva de las empresas es una pieza fundamental para reducir el absentismo laboral por razones de salud.

1.10 Reducir listas de espera del sistema público de salud.

Resulta evidente la conexión entre la lista de espera de pruebas y acciones médicas en el SPS y la duración de la baja médica. Si se logran acortar estos tiempos de espera se reduce la duración de la baja médica, alcanzando una curación más rápida del trabajador, junto con las otras propuestas que estamos presentando de un mayor papel de la asistencia sanitaria de las mutuas. Es por ello que se debe subrayar que aumentar la inversión pública y eficiencia del SPS es una inversión en reducir absentismo y aumentar productividad.

2.º Análisis médico funcional de las capacidades laborales reales del trabajador y nuevo diseño de bajas médicas flexibles.

Las propuestas del bloque anterior crean la infraestructura de coordinación necesaria para abordar el segundo problema estructural del sistema: la desconexión entre el diagnóstico médico y la capacidad laboral real del trabajador. La baja médica es hoy un automatismo —enfermedad equivale a incapacidad para trabajar— que prescinde de cualquier análisis funcional sobre lo que el trabajador puede o no puede hacer en su puesto concreto. Este bloque propone romper ese automatismo e introducir un nuevo paradigma de bajas médicas flexibles, compatibles con el trabajo bajo supervisión médica y con programas de retorno progresivo a la actividad laboral.

2.1 Análisis médico funcional de las capacidades laborales reales del trabajador.

El SPS, y los controles externos del INSS y las Mutuas, deben romper el automatismo que vincula la baja médica al impedimento al trabajo sin ninguna conexión funcional con las capacidades reales del trabajador. El diagnóstico clínico que justifica la baja —una lumbalgia, un trastorno ansioso, una fractura— no determina por sí solo qué puede o no puede hacer el trabajador en su puesto específico: esa determinación exige un análisis funcional que ponga en relación la condición médica con las exigencias físicas, cognitivas y relacionales del trabajo desempeñado. Las unidades coordinadas de salud laboral propuestas en el bloque anterior —integradas por el SPS, el INSS y las Mutuas, en cooperación con los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas— deben estar capacitadas para realizar este análisis funcional en cada episodio de IT. Los partes de baja, de confirmación y de alta del SPS, así como las herramientas de control médico externo del INSS y las Mutuas, deben

gestionarse bajo este nuevo paradigma: no la mera constatación de una enfermedad, sino la valoración de la capacidad funcional del trabajador en relación con el puesto de trabajo que desempeña. Los informes de los servicios de prevención de riesgos laborales —cuya incorporación al diagnóstico médico se propone en la medida 1.8— son el instrumento central de este análisis.

2.2 Nuevo diseño de bajas médicas flexibles compatibles con el trabajo y programas de retorno a la actividad laboral.

Sobre la base del análisis funcional propuesto, la regulación vigente —que solo admite la baja total o el alta total (art. 175.1.b LGSS)— debe reformarse para incorporar situaciones intermedias en las que, bajo supervisión médica y con acuerdo entre trabajador y empresa, sea posible compatibilizar la baja con el trabajo. Las experiencias europeas en esta dirección —reincorporaciones progresivas, ajustes razonables del puesto, bajas parciales— ofrecen un marco de aprendizaje consolidado [Crespi Ferriol, 2022, Lahera Forteza, 2026]. Proponemos tres supuestos diferenciados, todos ellos basados en la voluntariedad de ambas partes y en la supervisión médica:

2.2.a Bajas médicas parciales en situaciones de pluriempleo y pluriactividad.

Cuando un trabajador en IT desempeña más de una actividad laboral, la regulación vigente le impide trabajar en cualquiera de ellas con independencia de sus capacidades reales. Proponemos admitir bajas médicas parciales que permitan al trabajador continuar en una actividad cuando su condición médica lo permita funcionalmente, aunque no en otra. La determinación de qué actividad es compatible con la situación clínica correspondería al análisis funcional médico descrito en la medida 2.1.

2.2.b Bajas médicas compatibles con trabajo a distancia o con planes de adaptación de la movilidad.

Para patologías que limitan la movilidad pero no las capacidades cognitivas o relacionales —lesiones traumatológicas, algias, procesos postquirúrgicos—, proponemos que la baja médica sea compatible con el trabajo a distancia o con planes que faciliten el desplazamiento al centro de trabajo. El trabajador recibiría la asistencia sanitaria necesaria para su curación y rehabilitación, y mientras tanto continuaría percibiendo su salario al desempeñar su trabajo en modalidad a distancia o con las adaptaciones de movilidad acordadas con la empresa. Este supuesto requiere acuerdo entre trabajador y empresa, supervisión médica que acredite la compatibilidad funcional, y no puede implicar en ningún caso una merma en la asistencia sanitaria o rehabilitación del trabajador.

2.2.c Programas de retorno progresivo al trabajo en bajas de larga duración.

En bajas de larga duración —especialmente en procesos oncológicos y trastornos de salud mental—, el retorno abrupto al trabajo tras el alta médica es con frecuencia clínicamente contraproducente y laboralmente inviable. Proponemos regular programas de retorno progresivo bajo supervisión médica y mediante acuerdo voluntario entre trabajador y empresa, que incluyan procedimientos de por adaptación del puesto de trabajo con la participación de los servicios de prevención de riesgos laborales. El retorno podría ser gradual en intensidad —a tiempo parcial con posibles bajas parciales, o a tiempo completo con adaptaciones del puesto— y debería activarse antes de agotar los plazos máximos de IT, evitando el tránsito innecesario a la incapacidad permanente que la regulación vigente propicia al no contemplar estas fórmulas intermedias (art. 49.1.n ET). Esta adaptación y ajuste razonable del puesto, en colaboración con los servicios de prevención, debe ser previa a la declaración de incapacidad permanente, no su consecuencia. El Convenio Colectivo podría regular procedimientos de retorno al trabajo durante la baja médica. Estos programas de retorno progresivo, con un papel relevante de los convenios colectivos, serían implantados durante la baja médica, sin perjuicio pudieran existir también tras el alta médica. Las adaptaciones de puesto de trabajo encajan en bajas médicas mientras que los ajustes razonables en situaciones ya de incapacidad permanente, dando coherencia a todo el sistema

3.º Desincentivos al mal uso y control del riesgo moral en las bajas médicas.

Las propuestas de este bloque actúan sobre el tercer problema estructural identificado: la ausencia de señales económicas que moderen el uso del sistema. Como se ha documentado en la sección anterior, los incentivos económicos moldean de forma significativa el comportamiento de los trabajadores ante la enfermedad. Las medidas que siguen no pretenden penalizar la enfermedad genuina —que debe estar plenamente protegida— sino restaurar los desincentivos al mal uso que la regulación vigente ha ido neutralizando progresivamente.

3.1 Modulación de la negociación colectiva en materia de complementos retributivos durante la IT.

La negociación colectiva tiene hoy plena capacidad para neutralizar los desincentivos económicos que el legislador incorporó al diseño legal de la prestación (art. 43 LGSS). Como se ha analizado, más de la mitad de los asalariados españoles perciben durante la baja una retribución prácticamente equivalente al salario ordinario, lo que elimina el coste de oportunidad económico de la baja para ese colectivo. Proponemos un acuerdo estatal interprofesional de negociación colectiva entre las organizaciones sindicales y empresariales más representativas con un compromiso, obligatorio en todos los convenios colectivos, de no establecer mejoras voluntarias en bajas médicas durante los primeros 15 días, tramo que la empresa ya financia directamente la

prestación, y establecer un tope máximo del 85 por 100 de la base reguladora del día 16 al 365 y de 100 por 100 en adelante a cambio de trasladar esas cuantías a mejoras de salarios de todos los trabajadores. Esta medida, gestionada por la negociación colectiva, mantiene una protección económica sustancial para el trabajador en baja al tiempo que restaura el diferencial de renta entre trabajar y no trabajar que el sistema necesita para funcionar correctamente. A la vez es medida que, en este intercambio pactado, incentiva subir salarios en los convenios colectivos. Si no se firmara este acuerdo social en el plazo razonable de un año, habría que valorar si modificar el art.43 LGSS, que actualmente no establece límites a estas cláusula convencionales e incorporar estas medidas por Ley. En este marco se debe valorar lograr un gran intercambio entre reducir absentismo y aumentar salarios con grandes mejoras en la productividad de nuestra economía. Debe participar la negociación colectiva, con este acuerdo interprofesional propuesto y los convenios colectivos, en este consenso entre empresas y sindicatos, trasladando la reducción de costes de absentismo a mejores salarios. Se debería valorar si implementar en España las experiencias positivas de otros países de imponer legalmente una participación en beneficios de las empresas de sus trabajadores en determinadas condiciones y con cuantías anuales no consolidables fuera de la regulación del salario, pues ello puede tener efectos positivos en aumentos de productividad de nuestra economía.

3.2 Recuperación de las primas salariales de asistencia al trabajo.

La Ley 15/2022 de igualdad de trato y no discriminación por enfermedad ha desactivado en la práctica las primas salariales de asistencia al trabajo, al ser calificadas judicialmente como discriminatorias por razón de enfermedad. Sin embargo, la propia Ley 15/2022 admite expresamente diferencias de trato justificadas por un interés general legítimo (art. 2.2). La reducción del absentismo laboral, la mejora de la productividad y el desincentivo al mal uso del sistema de IT constituyen intereses legítimos suficientemente fundados para amparar una regulación expresa que habilite estas primas. Proponemos introducir una cobertura legal explícita en la Ley 15/2022 que permita las primas de asistencia al trabajo, con la condición de que no discriminen entre trabajadores con distintas patologías y que sean proporcionadas en su cuantía. Las bajas médicas, especialmente las de corta duración y difícil objetivación clínica, podrían contabilizarse a efectos del cómputo de estas primas. Proponemos con esta cobertura legal expresa que los variables salariales puedan tener en cuenta de manera proporcionada los días de ausencia de baja médica a los efectos de los objetivos alcanzados. Las medidas propuestas no serían aplicables a personas con discapacidad para evitar cualquier discriminación por este factor distinto a la mera enfermedad

3.3 Control intensivo de la reincidencia en IT.

La AIReF documenta un patrón de concentración que es en sí mismo una señal de riesgo moral: el 5 % de los trabajadores con IT concentran el 22 % de todos los episodios, y el porcentaje de personas con más de un episodio al año no ha dejado de crecer [2026]. Esta concentración no puede atribuirse íntegramente a la enfermedad —los trabajadores más enfermos tienden a episodios largos, no a episodios múltiples de corta duración— y apunta a un uso reiterado del sistema en patologías de resolución espontánea y difícil objetivación clínica. Sería interesante evaluar si ello se debe a procesos de IT de enfermedades crónicas, lo que exigiría un tratamiento médico y laboral específico. Proponemos que el INSS en colaboración con las Mutuas, apoyándose en los sistemas de información integrados propuestos en el bloque anterior, identifique de forma sistemática a los trabajadores con patrones de reincidencia significativa y active para ellos protocolos de seguimiento médico reforzado: evaluación integral de su situación de salud, coordinación con los servicios de prevención de riesgos laborales de su empresa y, en su caso, derivación a programas de retorno al trabajo. Este control intensivo no tiene carácter sancionador —la reincidencia no es prueba de fraude— sino clínico y preventivo: detectar si existe una causa subyacente no tratada, si las condiciones del puesto de trabajo están generando episodios repetidos, o si el patrón responde a un uso inadecuado del sistema que los controles ordinarios no están detectando. El proceso tambien puede ayudar a identificiar si existen carencias de especialistas en el seguimiento y tratamiento de las enfermedades que estan dando lugar a reincidencias. En particular parece que faltan psicólogos y psiquiatras en el SPS y en las Mutuas.

6. Conclusiones

El diagnóstico que emerge de las secciones anteriores es claro. La incapacidad temporal en España ha crecido de forma sostenida no por razones de salud, sino por razones de diseño institucional: un sistema en el que quien diagnostica la baja no asume sus costes, en el que la prestación se concibe como un todo-o-nada sin posibilidad de retorno gradual al trabajo, y en el que la regulación carece de mecanismos que desincentiven el uso abusivo. El resultado es un gasto público de 16.500 millones de euros en 2024 —el doble que en 2017—, una tasa de incidencia que ha crecido un 58 % en siete años, y episodios de duración creciente concentrados en las patologías de mayor subjetividad clínica. Tambien supone un alto coste para las empresas . Un sistema así no protege mejor a los trabajadores: les presta una atención más lenta, los mantiene más tiempo de baja de lo que su estado de salud requiere, y genera costes que reducen el margen para mejorar salarios y condiciones de trabajo. La propuesta de reforma que hemos articulado responde a estos tres problemas con tres bloques de

medidas. El primer bloque —mejora de la gestión médica y control de la incapacidad con fortalecimiento de las Mutuas— actúa sobre la escisión entre quien diagnostica y quien financia, introduciendo reconocimientos médicos obligatorios al inicio y al año de baja, un piloto de gestión integrada que permita a las mutuas colaboradoras realizar el análisis funcional de la capacidad laboral real del trabajador, la reforma del procedimiento de disconformidad para agilizar las altas controvertidas. El segundo bloque —baja médica flexible— introduce la posibilidad de compatibilizar la baja con el trabajo a tiempo parcial con el teletrabajo o los planes de movilidad y regula el retorno progresivo a la actividad laboral bajo supervisión médica, rompiendo la lógica del todo-o-nada que hoy alarga innecesariamente los episodios y desconecta la prestación de la capacidad funcional real. El tercer bloque, propone medias de desincentivo al mal uso de la prestacion social, modulando las mejoras voluntarias, recuperando la legalidad de las primas salariales anti-absentismo y mejorando el control de las reincidencias.

Este conjunto de reformas del sistema normativo de bajas médicas, con estas tres líneas fuerza y propuestas concretas, específicas y viables, ofrece una reforma sistemática que mejora la eficiencia en la gestión de la IT, acorta los tiempos de asistencia sanitaria, conecta la situación médica con las capacidades reales del trabajador y desincentiva un mal uso de las bajas médicas. Todo ello sin sacrificar, en ningún momento, la salud de las personas trabajadoras. Es más, este nuevo paradigma y diseño de la IT se integra perfectamente en terapias que recomiendan el retorno al trabajo en una enfermedad, bajo criterios científicos, y aprovecha todos los recursos médicos disponibles, incluyendo los de las Mutuas, para acelerar la asistencia sanitaria en aras a una más rápida curación.

Estas propuestas son expuestas, además, desde una convicción evidenciada por los hechos objetivos. Cabe afirmar que cualquier mejora del funcionamiento de la sanidad pública tiene una repercusión positiva en reducir los altos costes de la enfermedad en el trabajo. La disminución de listas de espera en tratamientos reduce tiempos de baja médica, y la coordinación adecuada entre los sistemas de control de la Seguridad Social o de las Mutuas colaboradoras —que pagan prestaciones— y los médicos de la sanidad pública —que diagnostican las bajas— también tiene estos efectos positivos. La inversión en sanidad pública es inversión productiva en favor de las empresas y trabajadores, como lo es esta adecuada coordinación entre quien diagnostica y quien paga. De poco sirve afrontar las reformas aquí propuestas si no existe una apuesta clara que vincule la inversión pública en el sistema público de salud con la productividad y reducción de absentismo que la propicia.

Estos planteamientos en favor de la salud y el conjunto de reformas propuestas del sistema de IT pueden tener un amplio consenso político y social porque todos ganan con esta reforma: las empresas, que reducen altos costes económicos y organizativos;

los trabajadores en baja, que ven mejorada su asistencia sanitaria; los que no están de baja, que ven reducidas sus sobrecargas de trabajo; el Estado, que reduce el gasto público en IT; la economía, con ganancias de productividad; y los sindicatos, con mayores márgenes para subir salarios en la negociación colectiva. Si todos ganan, merece la pena plantear y realizar esta reforma del sistema de bajas médicas.

Cuadro resumen de las Medidas Propuestas

A modo de resumen, el Cuadro 2 recoge el conjunto de medidas propuestas en la sección 4, agrupadas en los tres bloques del programa de reforma.

Cuadro 2: Cuadro resumen del programa de reforma: medidas propuestas.

Medida	Contenido
Bloque 1. Gestión médica y control de la incapacidad: mayor papel del INSS, las Mutuas y las empresas	
1.1 Convenios obligatorios SPS–INSS	Unidades coordinadas de salud laboral que comparten información clínica y financiera; el INSS retribuye al SPS con incentivos económicos para agilizar la asistencia.
1.2.a Convenios obligatorios SPS–Mutuas	Los recursos sanitarios de las Mutuas actúan como segundo nivel de valoración especializada durante la baja.
1.2.b Asistencia sanitaria directa de las Mutuas	El trabajador puede optar por la asistencia de la Mutua sin necesidad de autorización previa del SPS.
1.2.c Alta de la Mutua ante el INSS	La propuesta de alta se dirige al INSS, con silencio administrativo positivo a los 15 días; piloto de alta directa en patologías tasadas (traumatología).
1.2.d Mejora de la financiación de las Mutuas	Financiación pública vinculada a la asistencia sanitaria prestada y a los reconocimientos médicos realizados.
1.3 Intervención proactiva del INSS	Inspección médica temprana desde el primer mes de baja y creación de unidades provinciales de salud mental para las bajas psicológicas.
1.4 Fin de la prórroga automática de 180 días	Reconocimiento médico obligatorio del INSS al cumplirse el año de baja: alta, continuidad justificada o apertura de expediente de incapacidad permanente (IP).
1.5 Inicio anticipado del expediente de IP	El SPS, el INSS o las Mutuas pueden instarlo en cualquier momento del proceso ante indicios claros de irreversibilidad, sin agotar los plazos de IT.
1.6 Refuerzo de los equipos de valoración de incapacidades (EVI)	Más medios y personal para agilizar la tramitación de los expedientes de incapacidad permanente.
1.7 Control médico de la empresa (días 1–15)	La empresa puede elevar una propuesta de alta al SPS tras un reconocimiento médico voluntario.

Continúa en la página siguiente

Cuadro 2 (continuación)

Medida	Contenido
1.8 Servicios de prevención en el diagnóstico	El SPS, el INSS y las Mutuas pueden solicitar informes sobre el puesto de trabajo a los servicios de prevención de la empresa.
1.9 Riesgos psicosociales y sobrecarga laboral	Se incorporan a la evaluación y los planes de prevención de riesgos laborales, con especialistas en salud mental.
1.10 Reducción de listas de espera del SPS	Mayor inversión y eficiencia del sistema público de salud para acortar la duración de las bajas.
Bloque 2. Análisis médico funcional y baja médica flexible	
2.1 Análisis médico funcional	Valora la capacidad funcional real del trabajador en relación con su puesto, no solo el diagnóstico clínico.
2.2.a Bajas parciales en pluriempleo y pluriactividad	Permiten continuar en una actividad compatible con la condición médica, aunque no en otra.
2.2.b Bajas compatibles con teletrabajo o adaptación de la movilidad	Mantienen salario y asistencia sanitaria mientras el trabajador desempeña su puesto a distancia o con adaptaciones de movilidad acordadas con la empresa.
2.2.c Retorno progresivo al trabajo	Reincorporación gradual (a tiempo parcial o con adaptaciones del puesto) antes de agotar los plazos máximos de IT, con valoración médica y acuerdos entre empresa y trabajador.
Bloque 3. Desincentivos al mal uso y control del riesgo moral	
3.1 Modulación de mejoras voluntarias de la prestación social a cargo de la empresa en la negociación colectiva	Acuerdo interprofesional: sin mejoras voluntarias en los primeros 15 días; tope del 85 % (días 16–365) y 100 % (desde el día 366), a cambio de trasladar el ahorro a mejoras salariales. Si en plazo razonable no hay acuerdo se reforma la ley en esta dirección
3.2 Primas salariales de asistencia al trabajo	Cobertura legal expresa en la Ley 15/2022 para primas no discriminatorias y proporcionadas, excluidas las personas con discapacidad.
3.3 Control de la reincidencia en IT	Protocolos de seguimiento médico reforzado, de carácter clínico y preventivo, para trabajadores con patrones de reincidencia significativa.

Referencias

AIReF. Evaluación del gasto público en incapacidad temporal. Spending review 2022–2026, fase ii, Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, Madrid, 2026.

Kenneth J. Arrow. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53(5):941–973, 1963.

Banco de España. Un primer análisis del aumento de las bajas por incapacidad temporal en España. Recuadro 5, *Informe Anual 2024*, Banco de España, May 2025. URL `https://www.bde.es/f/webbe/SES/Secciones/Publicaciones/PublicacionesAnuales/InformesAnuales/24/Fich/InfAnual_2024_Recuadros.pdf`. pp. 171–175.

CCOO. Ni un día menos: El derecho a la salud y recuperación de las personas trabajadoras. Informe, Confederación Sindical de Comisiones Obreras, March 2026.

M. Crespi Ferriol. *Incapacidad temporal y absentismo laboral: prevención, control y retorno al trabajo*. Cinca, Madrid, 2022.

Bengt Holmström. Moral hazard and observability. *Bell Journal of Economics*, 10 (1):74–91, 1979.

Jesús Lahera Forteza. Control público de la incapacidad temporal y propuesta de reforma de bajas médicas. *Trabajo y Empresa*, 1:55–94, 2026.

José Luis Monereo and Guillermo Rodríguez Iniesta. Propuesta de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formulada por la asociación de mutuas. *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, (38), 2024.

Guillermo Rodríguez Iniesta. El control y la gestión de la incapacidad temporal. *Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de Seguridad Social*, (6), 2023.

Stephen A. Ross. The economic theory of agency: The principal's problem. *American Economic Review*, 63(2):134–139, 1973.

Adrián Todolí Signes. *La huida del trabajo: sobrecarga de trabajo, salud mental y derechos fundamentales*. La Ley–Wolters Kluwer, 2026.