

El debate sobre el absentismo laboral a través del prisma de la incapacidad temporal. Realidad estadística, gestión institucional y complejidad normativa

The debate on workplace absenteeism through the prism of temporary disability. Statistical reality, institutional management and regulatory complexity

Miguel Arenas Gómez

Profesor de los Estudios de Derecho y Ciencia Política

Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

Abogado laboralista

ORCID ID: 0000-0001-7655-8906

doi: 10.20318/labos.2026.10648

Resumen: El absentismo laboral se ha instalado en el centro del debate político y económico, y se aborda frecuentemente desde una perspectiva puramente macroeconómica que tiende a estigmatizar la Incapacidad Temporal, calificando a la misma como gasto, y olvidando cualquier otra consideración de la prestación. Este artículo de opinión cuestiona el relato institucional de la AIReF, que propugna el endurecimiento del acceso a la prestación y la reducción del subsidio económico, como vía de control del gasto. Frente a ello, y a partir del análisis de la realidad estadística y de las reformas legislativas de la IT de los últimos años, se defiende la necesidad de centrar el debate en otras cuestiones ajenas al debate económico. Este enfoque prioriza la tutela preventiva de la salud, la optimización de la gestión administrativa y sanitaria, superando la actual y principal visión economicista.

Palabras clave: Absentismo laboral; Incapacidad Temporal; AIReF; Salud laboral; Mutuas Colaboradoras.

Abstract: Workplace absenteeism has taken center stage in the political and economic debate. It is frequently approached from a purely macroeconomic perspective that tends to stigmatize temporary disability leave, labeling it as an expense and ignoring any other considerations regarding the benefit. This opinion piece questions the institutional narrative of the AIReF, which advocates for tightening access to the benefit and reducing financial subsidies as a way to control spending. In contrast and based on an analysis of statistical reality and recent legislative reforms concerning temporary disability leave, this article argues for the need to shift the focus to issues outside the economic debate. This approach prioritizes preventive health protection and the optimization of administrative and healthcare management, moving beyond the current, predominantly economic vision.

Keywords: Workplace absenteeism; Temporary Disability; AIReF; Occupational health; Mutual Insurance Societies.

1. Introducción. El absentismo en el centro del debate político y económico

El “ruido de fondo” es muy intenso. En los últimos tiempos, el fenómeno del denominado “absentismo laboral” está colonizando el epicentro del debate académico, mediático y económico en nuestro país. Así, cada vez con más frecuencia, empresas de trabajo temporal¹, entidades del sector financiero² e instituciones supervisoras –sí, me estoy refiriendo a la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (en adelante, AIReF) lanzan proclamas que asocian de forma unívoca el incremento de las tasas de absentismo con una pérdida directa de competitividad empresarial, un lastre para la productividad nacional y un presunto fraude generalizado en el uso de los recursos públicos. Y el guante es recogido oportunamente por medios de comunicación que amplifican de forma desmesurada aquel “ruido de fondo”. Bajo este relato, el absentismo es tratado como un concepto “cajón de sastre” donde se diluyen causas de muy diversa naturaleza, pero donde casi siempre se sitúa en el punto de mira a la institución nuclear de una de las prestaciones más importantes, por su relevancia, de nuestro sistema público de Seguridad Social, la incapacidad temporal (IT).

Sin embargo, como operador jurídico y abogado laboralista con décadas de experiencia a pie de obra, resulta imperativo denunciar que este enfoque adolece de un sesgo de origen, ya que su mirada es exclusivamente macroeconómica, cuantitativa y apunta en una sola dirección, en tanto en cuanto hacen referencia a la disminución del gasto, ya sea reduciendo la duración de los periodos de baja médica o rebajando la cuantía diaria que pueden percibir las personas beneficiarias. O quizás las dos. Es innegable el incremento del gasto en incapacidad temporal, pero no tiene las dimensiones de dramatismo que unos y otros apuntan constantemente. La salud de las personas trabajadoras no puede ser reducida a una ecuación de costes, ni la justificada ausencia por enfermedad puede seguir siendo criminalizada bajo el estigma del fraude.

El propósito de este artículo es confrontar ese relato oficial e institucionalizado que solo aporta como “remedio” el recorte de derechos y, a través del análisis crítico de las recientes propuestas supervisoras –como las planteadas por la AIReF–, contrastando dichos postulados con el pulso real que nos ofrecen las estadísticas oficiales de la IT de los últimos años, propondremos una enmienda a la totalidad de este enfoque economicista.

Sostendré la tesis de que el incremento de los procesos de incapacidad temporal no responde a una súbita laxitud moral de la población activa, sino a factores estructurales inevitables, el evidente envejecimiento de la fuerza laboral, el colapso y las listas de espera crónicas de la atención primaria y de la especializada del sistema público de salud,

¹ “El absentismo laboral cierra 2025 con un repunte de 5 décimas hasta el 7,1%, afectando a casi 1,6 millones de empleados cada día”. RANDSTAD, 2026. *Absentismo laboral cuarto trimestre 2025*. En: *Randstad Research* [en línea]. Disponible en: <https://www.randstadresearch.es/absentismo-laboral-cuarto-trimestre-2025/> [consulta: 5 de junio de 2026].

² “El gasto en prestaciones económicas derivadas de situaciones de incapacidad temporal motivadas por enfermedad común ha crecido un 91,61%, mientras la población atendida por el régimen prestacional ha crecido alrededor de un 10%”. FEDEA, 2024. *El gasto en incapacidad temporal*. En: *FEDEA* [en línea]. Disponible en: <https://fedea.net/el-gasto-en-incapacidad-temporal/> [consulta: 5 de junio de 2026].

y la eclosión de nuevos riesgos emergentes (señaladamente de salud mental) derivados de entornos de trabajo cada vez más tensionados y digitalizados. También señalaremos la influencia de las reformas legislativas y la doctrina judicial. Por ello, la gobernanza del absentismo en el siglo XXI no puede articularse desde el endurecimiento del control o la delegación ciega de competencias en las Mutuas Colaboradoras, sino desde una verdadera política proactiva que sitúe en el centro el objetivo de la tutela de la salud de las personas trabajadoras. No olvidemos que el mejor indicador de la “buena salud” de nuestro sistema de Seguridad Social no es ni de lejos la reducción de las prestaciones, sino el incremento de los ingresos, lo que se consigue con mejores salarios y un mayor número de cotizantes³.

2. Desmontando el relato macroeconómico. Un análisis crítico de las propuestas de la AIReF sobre la incapacidad temporal

Para comprender la deriva que ha tomado el debate público sobre el absentismo, es indispensable analizar el principal artefacto argumental en el que se escudan los defensores de la tesis, si no exclusiva, sí al menos principalmente, de carácter economicista, que se refleja especialmente en las evaluaciones y estudios emitidos por la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, AIReF. Este organismo, en sus recientes informes sobre el gasto público, ha puesto un foco obsesivo en la evolución que entiende negativa de la incapacidad temporal, dibujando un escenario de alarma por el incremento del gasto prestacional y sugiriendo de manera directa, la necesidad de endurecer los mecanismos de control, recortar la supuesta laxitud del sistema y acelerar las altas médicas como principales vías de corrección del sistema.

El último informe al respecto es el “Estudio de la Incapacidad Temporal” de 4 de febrero de 2026⁴, y en datos macroeconómicos señala que el gasto es de 16.500 millones de euros en 2024, que dice solo es superado, dentro del gasto de la Seguridad Social, por las pensiones. Indica además que el crecimiento es de más del 200% desde 2014. Ahora bien, nada se dice del incremento espectacular en los últimos años de la población trabajadora y por tanto afiliada, así como tampoco del correlativo aumento del ingreso en cotizaciones, que además es superior cada ejercicio por tres cuestiones. A saber:

- El incremento del SMI tiene un efecto positivo en cuanto a la base mínima de cotización, quedando fijada para el RGSS en 2026 en 1.424,40 € mensuales.

³ Parece que vamos por el buen camino, ya que a 2 de junio de 2026 las fuentes oficiales del Ministerio de Inclusión y Seguridad Social informan de 22.337.805 personas afiliadas entre todos los regímenes del sistema de Seguridad Social. MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES, 2026. *Estadísticas de Afiliación*. En: *Seguridad Social* [en línea]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST8/EST10/EST290/EST291> [consulta: 5 de junio de 2026].

⁴ AUTORIDAD INDEPENDIENTE DE RESPONSABILIDAD FISCAL (AIReF), 2026. *Estudio de la Incapacidad Temporal*. En: *AIReF* [en línea]. Disponible en: <https://www.AIReF.es/es/estudios/incapacidad-temporal/> [consulta: 5 de junio de 2026].

- La base máxima de cotización para todos los regímenes es de 5.101,20 € mensuales⁵.
- Incluso existiendo exenciones para las personas jubiladas que compatibilicen su pensión con el trabajo, siguen cotizando, tanto la persona trabajadora como la empresa por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes⁶.

Por tanto, ante el mayor número de cotizantes de nuestra historia, con bases de cotización mínimas y máximas incrementadas sustancialmente en la última década, la evidencia es que el ingreso en cotizaciones se ha aumentado de forma excepcional.

Lo cierto es que el tipo de cotización por contingencias comunes engloba jubilación, incapacidad permanente, incapacidad temporal y otras prestaciones de origen común, sin que se haga referencia expresa a qué parte va destinada a sufragar la IT, pero tampoco hace ningún esfuerzo al respecto la Autoridad Independiente, con lo que, en la balanza de ingresos y gastos nos quedamos sin saber cuál es el resultado final.

El planteamiento del informe adolece de una alarmante ceguera sociológica y laboral. La AIReF comete un error metodológico al analizar la IT bajo el dogma del mero control presupuestario, obviando las variables demográficas y sanitarias que condicionan la realidad. En primer lugar, es un hecho incontestable que nos enfrentamos a un progresivo y acelerado envejecimiento de la población activa. Pretender que una fuerza laboral con una edad media cada vez más elevada mantenga los mismos índices de siniestralidad y morbilidad que hace dos décadas es una quimera matemática. Los cuerpos envejecen y las patologías crónicas aumentan; por tanto, el incremento de la IT no es un síntoma de fraude, sino el reflejo fiel de una realidad demográfica que el mercado de trabajo debe asumir. No podemos obviar que el incremento de la edad ordinaria de jubilación para un número muy importante de personas trabajadoras hasta los 66 años y 10 meses actuales -que además también incrementa la edad de acceso a modalidades anticipadas de jubilación- contribuye al envejecimiento del mercado laboral, con más incidencia en la población femenina, que tiene carreras de cotización inferiores a los 38 años y 3 meses que se exigen en 2026 para poder jubilarse con 65 años.

En segundo lugar, el relato macroeconómico minimiza de forma deliberada uno de los factores determinantes de la duración de las bajas en contingencia común, que es el colapso estructural de la atención primaria y las listas de espera de las especialidades médicas en el Sistema Nacional de Salud. Una persona trabajadora que padece una patología musculoesquelética o un trastorno de ansiedad no permanece de baja por deseo propio; a menudo, se ve atrapado durante meses en un limbo sanitario, esperando una prueba diagnóstica o una intervención quirúrgica que el sistema público demora en exceso. Y sin embargo la Autoridad Independiente llega a afirmar que "... los resultados deben tomarse como una mera constatación de correlación, sin poder inferirse que los

⁵ Artículo 3 Orden PJC/297/2026, de 30 de marzo, por la que se desarrollan las normas legales de cotización a la Seguridad Social, desempleo, protección por cese de actividad, Fondo de Garantía Salarial y formación profesional para el ejercicio 2026.

⁶ En el RGSS, así se contempla en el artículo 152.1 LGSS.

incrementos de las listas de espera sean la causa de una mayor duración de los episodios de IT”. Inaceptable y sin ninguna base científica.

Por último, la AIReF e instituciones similares ignoran la profunda mutación cualitativa que ha sufrido la IT. En el actual contexto productivo, fuertemente digitalizado y obsesionado con la optimización del rendimiento a través de algoritmos, los riesgos tradicionales de carácter físico han dado paso a una eclosión de riesgos psicosociales y enfermedades neurológicas. El “tecnoestrés”, la “tecno invasión”, la “fatiga digital” por falta de desconexión eficaz y el síndrome del *burnout* se han convertido en algunos de los verdaderos motores invisibles de las bajas médicas. Pretender solucionar una epidemia de salud mental y desgaste cognitivo mediante el mero endurecimiento de la disciplina y la fiscalización del alta no solo es ineficaz, sino que resulta profundamente patógeno para las organizaciones. El relato macroeconómico, en definitiva, confunde las causas con los síntomas.

Sin embargo, no son las únicas críticas que cabe realizar frente al informe de la AIReF, ya que existen dos evidencias más que, a mi juicio, desacreditan el informe oficial. Las abordaré de forma separada, y ya avanzo que la crítica es dura, en tanto en cuanto afectan a cuestiones de especial sensibilidad, en las que la AIReF, aunque sea una Autoridad Administrativa Independiente que actúa de forma objetiva, transparente e imparcial, también ha de respetar el marco de derechos y libertades fundamentales.

La (ausente) perspectiva de género. La AIReF mira hacia otro lado, como si no fuese con ella el artículo 14 de la Constitución española que proclama el derecho a la igualdad y a la no discriminación por razón de sexo. Importante despiste. Pero es que también ignora los mandatos de los artículos 19 y 20 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, por lo que actúa de espaldas a esta normativa. Desconoce así que, en cuanto a los planes de especial relevancia económica, social, “[...] que se sometan a la aprobación del Consejo de Ministros deberán incorporar un informe sobre su impacto por razón de género”, pero especialmente que los poderes públicos, en la elaboración de sus estudios y estadísticas, deberán incluir sistemáticamente la variable de sexo en las estadísticas, encuestas y recogida de datos que lleven a cabo, y en definitiva adecuar la estadística para evitar la estereotipación negativa de determinados colectivos de mujeres. No se realiza ni una sola referencia en su informe de 146 páginas a la cuestión de género en cuanto a la necesaria interpretación de los datos con aquella perspectiva. Antes al contrario, sin ningún rubor se afirma que uno de los factores relacionados con una mayor probabilidad de iniciar un episodio de IT es ser mujer. Incluso en un temerario cuadro confeccionado por los estudiosos de la AIReF señalan que, en cualquier tipo de enfermedad, ser mujer, especialmente con niños, configura uno de los perfiles con mayor probabilidad de causar una IT⁷. En fin, sin decirlo directamente, se está haciendo referencia a la condición de

⁷ Cuadro 13. Desglose de los perfiles con mayor probabilidad de IT. Por grupo CIE. Pág. 70. AUTORIDAD INDEPENDIENTE DE RESPONSABILIDAD FISCAL (AIReF), 2026. *Estudio de la Incapacidad Temporal (Resumen Ejecutivo)*. En: AIReF [en línea]. Disponible en: https://www.AIReF.es/wp-content/uploads/2026/02/SpendingReview-2022-2026-fase-2/SR2226F2_IT_ResumenEjecutivo.pdf [consulta: 5 de junio de 2026].

madre afirmando que “...ser mujer se asocia con una mayor contribución a la probabilidad estimada de encontrarse en situación de IT...”. Espero que quien escribió esa conclusión al menos se ruborice cuando vuelva a releer la misma. O quizás no le haga palidecer lo más mínimo.

Mejoras voluntarias. La miopía constitucional llega más allá, y también desconoce la Autoridad Independiente el artículo 28 CE, y el contenido del artículo 37.1, es decir, el derecho a la libertad sindical, así como el derecho a la negociación colectiva entre los representantes de los trabajadores y empresarios, y por supuesto, la fuerza vinculante de los convenios. Me atrevo a realizar esta aseveración ya que en el informe ejecutivo de la AIReF se dice expresamente: “La evaluación pone de relieve el papel relevante de los convenios colectivos en esta mayor generosidad. El análisis de los convenios, mediante técnicas de inteligencia artificial, muestra que aproximadamente la mitad de los convenios sectoriales y casi dos tercios de los convenios de empresa incorporan complementos retributivos que elevan sustancialmente la cobertura económica durante la IT, llegando en muchos casos a equiparar la prestación con el salario habitual”. Está haciendo referencia a los complementos retributivos respecto a la IT, es decir, a las mejoras voluntarias, indicando sin ningún rubor que la probabilidad de iniciar una baja es mayor cuando existen esas mejoras, “lo que pone de manifiesto la relevancia que el grado de generosidad de la prestación ejerce sobre la incidencia de los procesos de IT”. Curioso, que la plasmación de una mejora de seguridad social en un convenio colectivo, objeto de negociación entre los bancos social y empresarial, con las renuncias, peleas y discusiones que comportan, sea calificada como “generosa”. La liberalización de la economía comporta en ocasiones, como ésta, una ceguera democrática, social y constitucional muy intensa.

Para empezar, resulta cuestionable que el estudio se haya realizado a través de métodos de inteligencia artificial, sin más especificación que la de haberse utilizado los modelos gpt-4.1, gpt-4.1-mini y gpt-5-nano. Para los dos primeros modelos el parámetro “temperatura” se ha configurado a valores muy bajos (0,2-0,4) con el fin de obtener resultados más deterministas y menos creativos. O sea, han pretendido que la utilización de IA no alucine ni invente conclusiones. Pero ¿bajo qué parámetros se ha realizado el análisis?, ¿ha equiparado mejoras voluntarias en contingencias profesionales y comunes?, ¿o las ha confundido? Es absolutamente inadmisibile que se realicen afirmaciones como esta: “El análisis de los convenios, mediante técnicas de inteligencia artificial, muestra que aproximadamente la mitad de los convenios sectoriales y casi dos tercios de los convenios de empresa incorporan complementos retributivos que elevan sustancialmente la cobertura económica durante la IT, llegando en muchos casos a equiparar la prestación con el salario habitual”. Ahora pregunto yo, ¿la mitad de los convenios sectoriales se corresponde con la mitad de la población en activo?, ¿los dos tercios de los convenios de empresa dan cobertura a la misma fracción de personas trabajadoras de nuestro país? Está claro que no. Así, la AIReF, dejando de lado su imparcialidad y objetividad hace suya la propuesta de la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (en adelante, AMAT) que no es otra que la “revisión de las cláusulas de complementos y mejoras de

la prestación de incapacidad temporal por contingencias comunes (en adelante, ITCC) en la Negociación Colectiva, para su supresión o modulación”⁸. Ni puede ni debe entrar la Autoridad Independiente a valorar las consecuencias del derecho a la negociación colectiva y a la libertad sindical, tengan el efecto que tengan respecto a las prestaciones de incapacidad temporal.

Añadir a esta breve crítica al informe -con el que lo único que comparto es la preocupación por las listas de espera, por decir algo positivo- señalando que no solo es que haya resbalado en la aproximación a cuestiones que le son ajenas, es que también se realizan afirmaciones respecto a la reforma laboral del año 2021 en cuanto elimina el contrato por obra y servicio, y, cito literalmente, “... obliga a las empresas a convertir los contratos temporales en indefinidos. Este cambio normativo permite identificar el efecto causal del tipo de contrato sobre la IT. El cambio de un contrato temporal a uno indefinido incrementa en torno a un 30 % la probabilidad de iniciar una IT”. Me quedo sin palabras y sin argumentos ante este tipo de reflexiones, ya que parece que ser persona trabajadora con contrato indefinido es un factor de riesgo para causar prestaciones de IT. ¿No será al revés, y que antes de la reforma laboral la temporalidad en la contratación provocaba mayor presentismo?

Por último, en este informe se valora el incremento del SMI del año 2019, aunque finaliza señalando que “El aumento salarial derivado del incremento del SMI de 2019 no provoca efectos estadísticamente significativos en la probabilidad de iniciar un episodio de IT”. Ya veremos en informes futuros qué opinará la AIREF sobre los incrementos posteriores del SMI, desde aquellos 900 € mensuales de aquel lejano 2019 hasta los 1.221 € al mes de este 2026. Barrunto que se convertirá en otro factor de riesgo para los técnicos de aquella entidad en próximos informes.

3. El pulso de la incapacidad temporal en la práctica laboral. Más allá del sesgo estadístico

Frente a las proyecciones teóricas y macroeconómicas, la única vía rigurosa para desenrañar la realidad del absentismo, y en concreto de la incapacidad temporal, es descender a la arena del dato empírico. El análisis pormenorizado de los registros estadísticos oficiales que he coordinado a través de los paneles integrales de la IT de 2025 en mi blog desmiente, de forma categórica, el sesgo de la sospecha generalizada sobre la población trabajadora. Las cifras globales a nivel nacional nos muestran un volumen total de 5.840.210 procedimientos iniciados en 2025 que, lejos de responder a un patrón homogéneo, revelan realidades estructurales y de género profundamente diferenciadas⁹.

⁸ Pág. 10. AMAT, 2025. *Informe sobre el Absentismo Laboral derivado de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC) para el periodo comprendido entre 2015 y 2024 y avance del primer semestre de 2025*. En: AMAT [en línea]. Disponible en: <https://www.amat.es/wp-content/uploads/2025/09/2025-09-16-Informe-de-Absentismo-Laboral-derivado-de-la-ITCC-Ano-2024-y-avance-1S2025.pdf> [consulta: 5 de junio de 2026].

⁹ Para explorar de forma interactiva la desagregación de datos por ámbito provincial, entidad gestora y la perspectiva

Al analizar los datos desde una perspectiva de género, compruebo que las mujeres soportan una carga de morbilidad laboral significativamente superior en volumen. Durante el año 2025, el colectivo femenino registró un total de 3.153.713 procedimientos iniciados, frente a los 2.686.497 procesos de los hombres. Esta mayor incidencia no se traduce en bajas más prolongadas, sino en una dinámica de mayor frecuencia y procesos más cortos, la duración media de las bajas de las mujeres se situó en 37,0 días, mientras que la de los hombres se alargó hasta los 40,3 días. Estos datos reflejan un mapa epidemiológico laboral específico, enferman más –y de forma más recurrente– quienes prestan servicios en entornos caracterizados por la precariedad o la intensa presión psicofísica, sectores que coinciden de manera abrumadora con los empleos más feminizados (como ocurre con la sanidad, educación, servicios asistenciales y de cuidados, o en concretas profesiones como las gerocultoras, limpiadoras o camareras de pisos). No estamos, por tanto, ante un problema de “absentismo voluntario”, sino ante la somatización de condiciones de trabajo extenuantes.

Asimismo, constato un fenómeno cualitativo que el análisis economicista ignora. El impacto diferenciado de los costes y la polarización de los procesos según quién los gestione. La duración media general del sistema –de 38,5 días a nivel nacional– esconde una notable discrepancia según la entidad de protección, siendo el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) quien retiene los procesos de mayor duración media en comparación con las Mutuas Colaboradoras (MCSS). En el caso de los hombres, el INSS registra una duración media que ronda los 45 días frente a los 38 de las mutuas, y en las mujeres la relación es de aproximadamente 41 días frente a 35.

Por otra parte, si cruzamos los datos de duración con los tiempos medios de respuesta de la sanidad pública, se evidencia de forma palmaria que el retraso en la recuperación no es atribuible a la desidia de la persona enferma, sino al colapso de las agendas de pruebas diagnósticas y quirúrgicas. La persona beneficiaria de la prestación de IT no alarga intencionadamente su baja; el sistema público perpetúa su espera debido a su continuo deterioro, afectando de manera directa a la cronicidad de los procesos.

Finalmente, el impacto económico consolidado hasta finales de 2025 resulta abrumador, alcanzando un coste económico total de 10.522.890.378,00 €¹⁰. Al desagregar esta cuantía por género, observo que el coste total de los procesos masculinos ascendió a 5.321.436.201,90 € con un coste medio diario de 49,14 €, mientras que el de los procesos femeninos se situó en 5.127.762.378,02 € con un coste medio diario sensiblemente inferior, de 43,99 €. Esta diferencia en el coste diario es el reflejo directo de la brecha salarial estructural, ya que la base reguladora media de los hombres fue de 65,52 € frente a los escasos 58,66 € de las mujeres.

de género con datos consolidados, consúltase el cuadro de mando automatizado en: Arenas, M. (2026). *Análisis datos Incapacidad Temporal 2025, especial incidencia en Catalunya*. En *otrobloqmás, pero este es el mío!!!* <https://miguelonarenas.blogspot.com/2026/03/panel-integral-it-2025.html> [consulta: 5 de junio de 2026].

¹⁰ Para consultar el análisis metodológico y la evolución estadística de los costes y variables de gestión de la prestación económica, véase: Arenas, M. (2025). *IT y estadística hasta agosto de 2025, breve y aséptico resumen*. En *otrobloqmás, pero este es el mío!!!* <https://miguelonarenas.blogspot.com/2025/11/it-y-estadistica-hasta-agosto-de-2025.html> [consulta: 5 de junio de 2026].

Por último, el análisis de las cifras nos muestra una alarmante brecha en la somatización del sufrimiento laboral. Una parte sustancial de los trastornos de salud mental –como la ansiedad, la depresión o el síndrome de *burnout*– que traen su causa directa de entornos laborales hostiles o hiperconectados, terminan siendo canalizados y registrados estadísticamente bajo la rúbrica de “enfermedad común”. Este infradiagnóstico de la contingencia profesional sesga la estadística de absentismo, ocultando que lo que la macroeconomía computa como un “gasto evitable” es, en realidad, el coste de una deficiente y descuidada gestión de los riesgos psicosociales en las empresas¹¹. El pulso de la IT, en definitiva, nos demuestra que el absentismo no es la enfermedad del sistema, sino el termómetro de su precariedad.

4. Otras causas del incremento de los procesos de incapacidad temporal y de su duración

Ya hemos dicho que el constante incremento de la incidencia y duración de los procesos de incapacidad temporal constituye en la actualidad uno de los mayores desafíos para el sistema de la Seguridad Social y una gran preocupación empresarial. Si bien, ya lo hemos comentado, el debate suele centrarse en factores como por ejemplo la prestación de asistencia sanitaria tardía, un análisis jurídico riguroso exige poner el foco en “otras causas” que han podido pasar desapercibidas, como son aquellos factores normativos y jurisprudenciales que, de facto, están actuando como incentivos o elementos que facilitan la prolongación de las bajas médicas.

A continuación, analizo al menos cuatro hitos jurídicos fundamentales que explican, al menos en parte, este fenómeno.

4.1. El descontrol normativo tras los 365 días. El impacto del Real Decreto-ley 2/2023

El legislador ha introducido reformas que, paradójicamente, han dificultado el control de los procesos de larga duración. El Real Decreto-ley 2/2023, de 16 de marzo, modificó el artículo 170 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) alterando el régimen de prórrogas. Históricamente, al alcanzarse los 365 días de baja, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) tenía la prerrogativa exclusiva de dictar una resolución expresa para prorrogar la situación de IT, emitir el alta o iniciar un expediente de incapacidad permanente.

Con la nueva regulación, la falta de alta médica al agotar el año de duración supone automáticamente que la persona trabajadora entra en situación de prórroga hasta 180 días adicionales. Esta medida, que pretendía simplificar trámites, ha resultado ser

¹¹ Es ilustrativa la STSJ de Catalunya, de 9 de diciembre de 2024 (Rº. 2031/2024, Sala de lo Social) declarando como accidente de trabajo el visionado de situaciones extremas -violaciones, mutilaciones, suicidios, etc.- de un trabajador moderador de contenidos audiovisuales en una plataforma digital.

contraproducente para el control de los procesos de IT. En la práctica, el Servicio Público de Salud pierde el control del proceso al llegar al año y el INSS, desbordado, retrasa la revisión de estos expedientes hasta situaciones que incluso superan los 545 días. Este automatismo desincentiva la evaluación médica tempestiva y facilita una perpetuación incontrolada y acrítica de las situaciones de baja.

Y es que durante este periodo de prórroga automática posterior a los 365 días, ya no se emiten más partes médicos de confirmación, por lo que la persona trabajadora permanece en situación de baja médica de manera continua hasta que se produzca alguna causa legal de extinción. Este automatismo normativo ha generado un importante vacío de control en la práctica, del cual podemos identificar al menos los siguientes impactos directos:

- Pérdida de control por los servicios de salud. Los médicos de atención primaria del servicio público de salud dejan de controlar y hacer seguimiento administrativo de la situación de incapacidad temporal una vez que el proceso alcanza el año de duración.
- Colapso y falta de revisión efectiva por el INSS. Aunque legalmente la inspección médica del INSS pasa a ser la única competente para emitir el alta o iniciar un expediente de incapacidad permanente, en la práctica el Instituto no está revisando estos expedientes hasta que los procesos alcanzan la duración máxima de 545 días¹².
- Inoperancia de las Mutuas. En este escenario, las mutuas colaboradoras carecen de cualquier tipo de competencia ejecutiva para extinguir la incapacidad temporal si ésta deriva de contingencias comunes. Aunque es cierto que podrían seguir emitiendo propuestas de alta médica ante la Inspección de servicios sanitarios, al trasladar a los inspectores del INSS la emisión del alta médica, queda vacía de contenido aquella potestad.
- Aumento incontrolado de la duración y los costes. La consecuencia final es que los procesos sin revisión se acumulan, además con una duración cada vez mayor, lo que aquí sí, incrementa de manera importante el coste económico que debe soportar el sistema público. De hecho, ni el servicio médico de atención primaria ni la propia persona en situación de baja médica, por criterio clínico el primero, o por voluntad propia el segundo, pueden causar alta médica directamente, antes al contrario, en estos casos se obliga a la persona beneficiaria a incoar un procedimiento administrativo, muy poco conocido y de difícil acceso telemático, denominado “solicitud de revisión de tu prórroga de incapacidad temporal en caso de una recuperación o mejoría que te permita regresar al

¹² Competencia ratificada en el Criterio de Gestión nº 12/2023: “... la competencia para el control de las situaciones de la incapacidad temporal (IT) a partir del día trescientos sesenta y cinco del proceso sigue correspondiendo en exclusiva al Instituto Nacional de la Seguridad Social, si bien lo hará a través de su inspección médica, que podrá emitir una alta médica por curación, por mejoría, con propuesta de incapacidad permanente o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos”. INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 2023. *Criterio de Gestión nº 12/2023*. En: *Seguridad Social* [en línea]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/descarga/100136> [consulta: 5 de junio de 2026].

trabajo antes de la fecha prevista”, que obliga a la persona en situación de IT a tramitar esta “kafkiana” petición, cuando anteriormente le bastaba con solicitar a su médico del servicio público de salud la emisión del alta médica¹³.

En definitiva, la prórroga automática ha eliminado el filtro de evaluación necesario al llegar al año de baja, facilitando la perpetuación de los procesos de incapacidad temporal al quedar a la espera, durante meses, de la actuación de un INSS desbordado¹⁴.

4.2. La neutralización de la pérdida del periodo vacacional. La doctrina del TJUE sobre vacaciones e IT y posterior reforma del Estatuto de los Trabajadores

Otra causa jurídica subyacente en el incremento del tiempo efectivo de ausencia del puesto de trabajo es la consolidación de la doctrina del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) respecto al solapamiento de la IT con el descanso anual. Las sentencias de la Gran Sala del TJUE de 20 de enero de 2009 (asuntos acumulados C-350/06 y C-520/06)¹⁵ y de 21 de junio de 2012 (asunto C-78/11)¹⁶, trazaron una clara línea divisoria, determinando que la finalidad de las vacaciones, o sea el descanso y el ocio o esparcimiento personal, difiere radicalmente de la finalidad de la IT, que es la recuperación de una enfermedad.

Por ello, el TJUE dictaminó que un permiso garantizado por el derecho comunitario no puede menoscabar otro, prohibiendo que una persona trabajadora pierda sus vacaciones si estas coinciden con una baja médica. Esta doctrina obligó al Tribunal Supremo a cambiar su criterio histórico¹⁷ y cristalizó en el actual artículo 38 del Estatuto de los Trabajadores (ET). Jurídicamente, garantiza que las vacaciones coincidentes con la IT no se pierden y pueden disfrutarse tras el alta médica, incluso en el año natural posterior.

¹³ Aquí se puede acceder al trámite on-line, en la web de la Seguridad Social: <https://prestaciones.seg-social.es/servicio/revision-medica-por-prorroga-incapacidad-temporal-por-mejoria.html>

¹⁴ No es una opinión de quien suscribe estas líneas, es la manifestación de los propios inspectores médicos del INSS: “La situación, lejos de estabilizarse o mejorar, no deja de empeorar, la gestión de la incapacidad temporal y permanente ha sido cada día peor desde la entrada en vigor del RD-L 2/2023 del 16 de marzo y actualmente el sistema está absolutamente colapsado”. SALINAS, Nieves, 2026. *Los médicos inspectores de la Seguridad Social, sobre los retrasos de las bajas laborales: “El sistema está colapsado y la situación no deja de empeorar”*. En: *El Periódico* [en línea]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20260422/medicos-inspectores-seguridad-social-retrasos-bajas-sistema-colapsado-empeorar-129383050> [consulta: 5 de junio de 2026].

¹⁵ Esta primera sentencia se dictó, no obstante, frente a peticiones de decisión prejudicial planteadas, con arreglo al artículo 234 CE, por el Landesarbeitsgericht Düsseldorf (Alemania) (C-350/06) y por la House of Lords (Reino Unido).

¹⁶ Esta sí, dictada con respecto a nuestro país: “El artículo 7, apartado 1, de la Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003, relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo, debe interpretarse en el sentido de que se opone a disposiciones nacionales que establezcan que un trabajador que se encuentre en situación de incapacidad laboral sobrevenida durante el período de vacaciones anuales retribuidas no tiene derecho a disfrutar posteriormente de las vacaciones anuales coincidentes con el período de incapacidad laboral”.

¹⁷ Precisamente fue la actual Magistrada del TJUE, M^a Lourdes Arastey, entonces en el Tribunal Supremo, la ponente de la STS de 3 de octubre de 2012 (R^o. 249/2009, Sala de lo Social) rectificando doctrina y declarando que el solapamiento de la incapacidad temporal y las vacaciones no produce la pérdida de las mismas, y que el tratamiento es igual si la incapacidad es anterior a las vacaciones o se produce durante el disfrute de estas.

Es innegable que fue una conquista muy importante de un derecho social, pero que tiene un impacto directo en la gestión de recursos humanos, y es que eliminó el antiguo “freno” que disuadía de causar baja antes o durante el periodo vacacional programado por miedo a perder las vacaciones. Como resultado, la suma del periodo de IT más el posterior disfrute acumulado de las vacaciones aplazadas alarga sustancialmente el tiempo de desconexión efectiva del trabajador. De hecho, el criterio de los operadores jurídicos ha cambiado radicalmente. Si antes recomendábamos a los trabajadores solicitar el alta voluntaria para no perder sus vacaciones, desde hace más de una década el consejo es el opuesto, ya que lo correcto es mantener la baja médica y, una vez extinguido el proceso de IT, solicitar el disfrute de todos los días pendientes.

4.3. El abono del subsidio se prolonga hasta la efectiva notificación de la extinción de IT

Un factor adicional que contribuye de forma decisiva a la prolongación de las situaciones de baja médica y a elevar su coste económico es la doctrina consolidada del Tribunal Supremo respecto a los efectos temporales de las altas médicas, muy especialmente en aquellos procesos de larga duración o que conllevan la denegación de una incapacidad permanente.

La jurisprudencia del Tribunal Supremo, cristalizada en sentencias como la STS de 28 de noviembre de 2023 (Rº. 2316/2020, Sala de lo Social) ha establecido de forma reiterada que el derecho de la persona trabajadora a percibir el subsidio de incapacidad temporal no finaliza en la fecha en la que el Instituto Nacional de la Seguridad Social firma o emite la resolución de alta médica, sino que subsiste hasta el momento exacto en el que dicha resolución le es efectivamente notificada al interesado.

La fundamentación jurídica, que claramente comparto, es la protección de la seguridad jurídica y del derecho al subsidio de la persona trabajadora, ya que mientras no recibe la notificación formal, ignora que su proceso de baja ha terminado y que debe reincorporarse a su puesto de trabajo para volver a percibir su salario. Por tanto, la doctrina entiende que la mayor o menor demora de la Administración en notificar sus resoluciones no puede perjudicar al beneficiario, otorgándole derecho a permanecer en una “prórroga de efectos económicos” en espera de la actuación de la entidad gestora.

Ahora bien, el impacto directo en la prolongación de la duración de los procesos de IT es innegable, ya que esta garantía de protección, al chocar con la realidad de los tiempos de tramitación de las entidades gestoras, se convierte en un mecanismo que alarga *de facto* los procesos. El impacto se materializa en dos vertientes:

- El “limbo” administrativo se convierte en más días de prestación que han de ser abonados. Si el INSS se demora días o incluso semanas en notificar un alta médica por curación o una resolución denegatoria de incapacidad permanente con efecto de alta médica, todo ese tiempo de retraso burocrático se traduce obligatoriamente en días adicionales de abono del subsidio de IT.

- Aumento de los costes y retraso en la reincorporación. Es el mismo problema que se manifiesta en la prórroga automática a los 365 días, ya que, durante este periodo, la persona puede estar ya médicamente recuperada y ser apta para trabajar según el dictamen facultativo, pero legalmente sigue cobrando la prestación de la Seguridad Social y su relación laboral sigue en suspenso, sin obligación de reincorporarse a su puesto de trabajo en la empresa. No tengo duda que se incrementan irremediabilmente la duración estadística y real de las bajas.

La reciente Orden ISM/541/2026, de 27 de mayo, por la que se modifica la Orden ISM/903/2020, de 24 de septiembre, por la que se regulan las notificaciones y comunicaciones electrónicas en el ámbito de la Administración de la Seguridad Social, ha sido dictada, ya veremos si lo consigue, para frenar la doctrina del Tribunal Supremo, cuando en la exposición de motivos señala, sin sonrojo alguno, que “Además, en determinados supuestos el cobro de la prestación de incapacidad temporal ha de mantenerse hasta la fecha de la notificación de la resolución de alta médica o de denegación de la incapacidad permanente, por lo que los retrasos que se derivan del uso de medios postales dan lugar, en ocasiones, a su percepción durante un período de días en que ya no concurren razones clínicas o de salud que lo justifiquen. De este modo, la medida incrementa la eficiencia en la actuación administrativa”. Se puede decir más alto, pero no más claro.

4.4. El blindaje frente al despido. La Ley 15/2022 y la discriminación por enfermedad

Finalmente, el factor más reciente y determinante en la prolongación de la situación de IT es el cambio radical en la protección extintiva de la persona trabajadora enferma. Hasta hace poco, salvo supuestos asimilables a la discapacidad por su larga duración, el despido sin causa de una persona trabajadora en IT solía calificarse meramente como improcedente, abonándose la indemnización legal correspondiente.

El escenario cambió con la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación. Esta norma incluyó expresamente la “enfermedad o condición de salud” como una causa de discriminación prohibida. La consecuencia jurídica es tajante, ya que si la empresa despide a una persona trabajadora y el móvil de dicho despido es la enfermedad que ha provocado la situación de baja médica, la extinción debe calificarse como nula de pleno derecho, implicando readmisión y salarios de tramitación, y probablemente indemnización adicional por el daño moral.

Si a lo expuesto se suma la inversión de la carga de la prueba (artículo 30.1 de la Ley 15/2022 en relación al artículo 96.1 LRJS), si la persona trabajadora aporta indicios racionales de que el despido obedece a su estado de salud, corresponde a la empresa demostrar cumplidamente que existen causas organizativas, productivas o disciplinarias ajenas a la IT, con lo que la protección jurídica de la persona trabajadora está servida.

Este nuevo y potente blindaje jurídico convierte a la IT en un escudo de protección para la persona trabajadora. En fin, aunque es cierto que el Tribunal Supremo aún

no se ha pronunciado expresamente sobre el alcance de la Ley 15/2022, de 12 de julio, con respecto a los despidos en situación de IT, que haya establecido expresamente la norma que la “enfermedad o condición de salud” es una causa de discriminación prohibida, en la práctica diaria de las empresas ha provocado que actúen con una enorme cautela y prevención antes de despedir a las personas trabajadoras con ausencias derivadas de sus periodos de incapacidad temporal, al existir un riesgo evidente de que se considere ahora un acto discriminatorio y, por ende, nulo.

5. El rol de las mutuas en la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes

5.1. ¿Eficiencia en la gestión o interés económico?

La respuesta política ante el relato del absentismo ha conducido al sistema de Seguridad Social a una peligrosa encrucijada institucional. Presionados por las demandas empresariales y de las mutuas colaboradoras, así como por los informes de la AIREF, que exigen un recorte urgente del gasto en prestaciones, los sucesivos ministros competentes han intensificado una estrategia tan vieja como errónea, que es plantear el incremento de las facultades de control y propuesta de alta médica de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, cuando tienen encomendada la gestión económica de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes. Esta deriva, lejos de solucionar el problema de raíz, desnaturaliza el modelo protector y sitúa a la persona trabajadora en una posición de manifiesta vulnerabilidad.

Desde un punto de vista estrictamente jurídico y de gestión, otorgar aún mayores competencias fiscalizadoras a entidades cuya gobernanza está vinculada de forma directa al asociacionismo empresarial genera un conflicto de intereses insostenible¹⁸. La misión constitucional de nuestro sistema público de Seguridad Social es garantizar la salud y la suficiencia económica del ciudadano ante la pérdida de salud, es decir, el derecho proclamado en el artículo 41 CE a “prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad”; por el contrario, la lógica que impera en la presión por el “control del absentismo” busca la reincorporación inmediata al puesto de trabajo para minimizar costes directos. Cuando esta última lógica entra en conflicto con la gestión médica, las Mutuas se transforman en gestores económicos, que aunque no tengan ánimo de lucro, sí tienen interés en obtener cada ejercicio resultados positivos¹⁹, donde la sospecha sobre la veracidad de

¹⁸ Recordemos la inalterada redacción del artículo 80.1 LGSS: “Son mutuas colaboradoras con la Seguridad Social las asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el registro especial dependiente de este, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada en los supuestos y con el alcance establecidos en esta ley”.

¹⁹ Así por ejemplo, no obtienen beneficios, pero sí “excedentes”, que pueden invertir, por ejemplo, en activos financieros (art. 30.2 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social). Es más, el artículo 66 del mismo Real Decreto menciona expresamente la obtención de “resultados económicos positivos”.

la patología de la persona en situación de IT sustituye al principio del diagnóstico clínico apreciado por los facultativos del servicio público de salud, convirtiendo al beneficiario en sospechoso de fraude. AMAT no tiene el menor reparo en denunciar “(e)l uso abusivo de la prestación por parte de algunos trabajadores protegidos, que deriva en un fraude al Sistema de la Seguridad Social, a las propias Empresas y al resto de trabajadores”²⁰. Pero claro, el silencio de todas las entidades que piden ampliar las competencias de las Mutuas Colaboradoras es muy significativo cuando salen a la luz gestiones económicas, que calificaré de forma suave como mínimo de dudosas, por parte de alguna entidad colaboradora. Y es que, cuando se está defendiendo por parte de AMAT que “... (el) objetivo de mejorar la eficacia y eficiencia del sistema, se ha de avanzar en una mejor utilización de los recursos y experiencia de las Mutuas, en especial en los servicios traumatológicos, logrando un punto óptimo que ofrezca mejores servicios a los afiliados y un nivel de gasto adecuado en prestaciones”, la pulcritud en las actuaciones de las mutuas debería ser máxima²¹.

Pero el reflejo más evidente de este desajuste institucional se observa en el tratamiento de las bajas de origen psíquico y mental. Como bien se ha denunciado en los foros de debate de la disciplina, el aparato asistencial e institucional de las Mutuas adolece de una alarmante falta de perfiles especializados para abordar la complejidad de los trastornos mentales o los síndromes de desgaste cognitivo. En un escenario donde el colapso de la atención primaria pública dilata los procesos, la respuesta de la Mutua no suele ser la de facilitar recursos terapéuticos o de rehabilitación, sino la de activar un arsenal burocrático de requerimientos -propuestas motivadas de alta- y citaciones -revisiones médicas- orientadas a forzar el alta médica de la persona trabajadora. El resultado es que se presiona a la persona trabajadora para volver a un entorno que, con frecuencia, es el causante directo de su dolencia.

Esta asimetría institucional desborda la fase de gestión y fractura el principio de tutela de la salud. Al forzar altas médicas prematuras por salud mental sin haber intervenido sobre las deficiencias organizativas o los factores de riesgo psicosocial en la empresa, el sistema genera un circuito crónico de recidivas y recaídas. El trabajador, desprotegido ante la Mutua y con una atención primaria colapsada que no puede actuar de contrapeso ágil, se ve abocado a la descompensación clínica o, en el peor de los casos, a acudir al tra-

²⁰ Pág. 10. AMAT, 2025. *Informe sobre el Absentismo Laboral derivado de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC) para el periodo comprendido entre 2015 y 2024 y avance del primer semestre de 2025*. En: AMAT [en línea]. Disponible en: <https://www.amat.es/wp-content/uploads/2025/09/2025-09-16-Informe-de-Absentismo-Laboral-derivado-de-la-ITCC-Ano-2024-y-avance-1S2025.pdf> [consulta: 5 de junio de 2026].

²¹ Algunas sentencias han puesto de manifiesto actuaciones poco decorosas de las actuales MCSS. La STS de 13 de marzo de 2024 (R°. 97/2022, Sala de lo Social) dice, con respecto a UMIVALE que “Queda claro, a juicio de la sentencia recurrida, en apreciación que la Sala comparte que se produjo un exceso de cobertura en beneficio del club Levante soportado en fondos públicos y que es consecuencia de un defecto de la diligencia debida a la mutua en la supervisión de la actividad sanitaria dispensada por la clínica contratada”. Y en la STS de 12 de julio de 2023 (R°. 2/2021, Sala de lo Social) constata que ASEPEYO “...abonó 9.580,75 euros por la instalación y el acondicionamiento de un local de 25 metros cuadrados en el que el lesionado, con esa afición, iba a montar una maqueta fija de scalextric, con su taller y herramientas precisas para el montaje y reparación de los vehículos scalextric, con manuales y publicaciones especializadas”. Pero en la base de datos CENDOJ se pueden encontrar más ejemplos.

bajo enfermo (*presentismo*), con el consiguiente riesgo para su integridad y la seguridad colectiva²². La encrucijada institucional, por tanto, se salda con un balance desolador, en que se maquilla temporalmente la estadística de absentismo a costa de cronificar la precariedad de la salud laboral.

5.2. El control privado y la saturación del sistema de salud público

Ya he hecho referencia a que últimamente no es raro encontrar en los medios de comunicación noticias de marcado sesgo alarmista sobre el aumento del absentismo laboral, los “altos costes” de los procesos de incapacidad temporal y, en los casos más mediáticos, emerge la figura del detective privado encargado de investigar posibles fraudes. Es cierto que, más allá de la gestión individual de estos casos, la doctrina del Tribunal Supremo avala que las empresas realicen el seguimiento de sus trabajadores en situación de baja médica a través de detectives privados –siempre con un escrupuloso respeto a sus derechos fundamentales en general, y a su intimidad en particular–, pudiendo activarse en la mayoría de los escenarios el control médico por parte de la empresa previsto en el artículo 20.4 del Estatuto de los Trabajadores (ET) si concurre una mejora voluntaria respecto al subsidio legal de IT.

Sin embargo, el verdadero pulso de la incapacidad temporal nos demuestra que existen problemas estructurales de hondo calado que, a menudo, quedan relegados a un segundo plano por el ruido mediático. La precariedad laboral es, indudablemente, una de esas causas subyacentes, pero una de las más graves y que impacta directamente en la prolongación injustificada de las bajas médicas es la saturación crónica de los servicios de salud públicos. Nos encontramos ante un panorama de listas de espera interminables, no solo para acceder a una cirugía o a una prueba de alta diagnosis como una resonancia, sino –y esto es lo más preocupante e intolerable– para ser atendido por un médico especialista o, incluso, por el propio médico de atención primaria en algunas Comunidades Autónomas. Ante este déficit de gestión sanitaria, el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones ha impulsado una estrategia que incrementa la colaboración entre las entidades públicas y las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social; un mecanismo que se presenta como un potencial salvavidas asistencial, pero que el operador jurídico debe analizar bajo una estricta lupa crítica. Lo vemos a continuación.

²² No es una afirmación gratuita por mi parte. La STSJ de Catalunya, de 21 de enero de 2025 (Rº. 5493/2021, Sala de lo Social) hace referencia a una trabajadora, sujeta a una enorme presión y carga de trabajo en su actividad habitual, que al reincorporarse tras el descanso por maternidad, agredió con arma blanca a dos compañeras de trabajo y se intentó quitar la vida al precipitarse desde un sexto piso, quedando herida de gravedad. El tribunal declara que es un verdadero accidente de trabajo -no la agresión a las compañeras, que también lo es- sino el daño derivado del intento de autolisis ya que “... el evento dañoso aparece vinculado al trabajo desarrollado por la misma, de elevada exigencia profesional, atrasado y de difícil gestión, cuando en tiempo y lugar de trabajo, y siendo irrelevante la concreta hora en que se produce porque lo era durante el desarrollo de su jornada laboral, el 24/01/2018, presentó grave brote psicótico reactivo a problemática laboral, que se manifiesta en agresión con objeto punzante a dos de sus compañeras y auto precipitación desde un sexto piso en el propio centro de trabajo”.

5.3. El actual rol de las mutuas colaboradoras en la gestión de las contingencias comunes

Para desgranar el verdadero alcance de esta reordenación institucional, es necesario analizar los tres ejes normativos y prácticos que articulan la nueva participación de las Mutuas en las contingencias comunes, desprovistos de la retórica oficial:

A) Los Convenios de Colaboración en asistencia sanitaria con las comunidades autónomas

El Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), ha suscrito diversos convenios de colaboración orientados a maximizar el uso de los recursos asistenciales y evitar la prolongación de procesos de IT por causas puramente burocráticas o de demora sanitaria. En este marco, destacan los acuerdos firmados con la Generalitat de Catalunya y la Consejería de Salud de las Illes Balears durante el periodo estival de 2025:

- Resolución de 18 de junio de 2025, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Comunidad Autónoma de las Illes Balears, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, para la mejora en la gestión de la incapacidad temporal y de asistencia sanitaria. Focalizado en la gestión de la ITCC de exclusivo origen traumatológico que supere las duraciones óptimas establecidas en el manual de tiempos del INSS. El Servicio Público de Salud (SPS) podrá proponer a las mutuas la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos –incluidas cirugías–, supeditado siempre al consentimiento informado del paciente. Las mutuas asumirán íntegramente el gasto sin coste para la administración pública.
- Resolución de 31 de julio de 2025, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Generalitat de Catalunya, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, para la mejora en la gestión de la incapacidad temporal y de asistencia sanitaria. Replica el modelo balear para patologías traumatológicas en contingencia común²³, permitiendo el adelanto de pruebas y tratamientos bajo idéntico requisito de voluntariedad del trabajador.

²³ El Anexo I de la resolución limita la actuación de la MCSS a lesiones de hombro (CIE 10 de M75.0 a M75.92), de menisco de rodilla (todos los códigos CIE 10 de M23.00 a M23.35 incluidos), rodilla (M25.06 Hemartrosis, rodilla, M25.46 Derrame y M25.56 Dolor), y por último trastornos del disco intervertebral dorsal y lumbar (todos los trastornos del disco intervertebral dorsal, dorsolumbar y lumbosacro, CIE 10 de M51.0 a M51.9). No acabo de entender por qué se excluyen otras lesiones de carácter traumatológico.

- Resolución de 3 de julio de 2025, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y la Asociación de Mutuas de Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, para la mejora en la gestión de la incapacidad temporal y de asistencia sanitaria. De igual naturaleza, abarca el ámbito asistencial de las ciudades de Ceuta y Melilla a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Esta red de convenios, según las previsiones del Ministerio, pretende extenderse de forma idéntica al resto de las Comunidades Autónomas.

B) El incentivo económico. Coeficientes de financiación a las Mutuas

La contrapartida de esta asunción de competencias se encuentra en el artículo 26 de la Orden PJC/297/2026, de 30 de marzo, por la que se desarrollan las normas legales de cotización a la Seguridad Social, desempleo, protección por cese de actividad, Fondo de Garantía Salarial y formación profesional para el ejercicio 2026, la cual regula la aplicación de los coeficientes de financiación para suavizar el déficit estructural de las Mutuas en la gestión de la ITCC. Para 2026, el coeficiente general se fija en el 0,06% sobre las cuotas íntegras. No obstante, dicho coeficiente puede elevarse hasta el 0,07% –como ya se habilitó en los ejercicios 2024 y 2025– para aquellas entidades que acrediten una manifiesta insuficiencia financiera derivada de factores estructurales. Es la Resolución de 30 de mayo de 2025, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, la norma que objetiviza la insuficiencia cuando la duración media de los procesos de ITCC a su cargo en 2024 fue superior a 32 días, o cuando el índice de incidencia media mensual superó el 30 por mil en el mismo periodo. El dato clave es que, para acceder a esta sobrefinanciación, se impone como requisito acumulativo que las Mutuas hayan desarrollado activamente actuaciones de control y seguimiento durante 2025 y, obligatoriamente, hayan suscrito los convenios de colaboración con las Comunidades Autónomas. Existe, por tanto, un incentivo económico directo y condicionado, en que el sistema otorga mayor liquidez a las Mutuas a cambio de que asuman un rol activo en la contención de la duración de las bajas.

C) Convenios de colaboración entre el INSS y los servicios de inspección médica de las CC.AA.

Hace ya muchos años que el Ministerio, hoy de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, suscribe acuerdos con los departamentos o consejerías de salud de las respectivas comunidades autónomas, y en concreto para el estudio del comportamiento de la prestación de incapacidad temporal y el establecimiento de los controles oportunos sobre la misma, estableciendo acuerdos de colaboración, con el fin de mejorar la eficacia en la gestión y control de la IT, con los Servicios de Salud de las distintas Comunidades Autó-

nomas²⁴. Para no ser exhaustivo, destaco exclusivamente la Resolución de 2 de enero de 2025, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Generalitat de Catalunya, para el control de la incapacidad temporal durante el periodo 2025 a 2028. El presupuesto a nivel nacional es de 315.023.458,60 euros, y la distribución del crédito entre las CCAA se realiza en proporción al número de asegurados con derecho a la prestación de incapacidad temporal en el Sistema de la Seguridad Social. Se toma en cuenta el número medio de asegurados entre octubre del año anterior y septiembre del año en curso. La liquidación del crédito depende del grado de cumplimiento de las actuaciones de gestión y control de la IT, fijadas para cada ejercicio económico. En cuanto a la estimación del ingreso para la Generalitat de Catalunya, en función del número de afiliados, el crédito potencial es de, como mínimo, 52.635.425,74 euros. Siempre, desde hace ya muchos años, han sido objeto de crítica las actuaciones por parte de la Inspección Médica de Catalunya, conocida como SGAM (o ICAM), por mantener criterios economicistas en su actuación de control de las bajas médicas por contingencias comunes²⁵. De hecho, incluso asociaciones de médicos de familia²⁶ vienen denunciando la actuación irregular de la SGAM y las mutuas colaboradoras, saliendo a la luz campañas del Departament de Salut que incentivaba económicamente a los médicos de primaria para que emitieran altas médicas²⁷.

D) El papel de los agentes sociales ante un futuro por definir

Aunque estos convenios circunscriben la actuación médica de las Mutuas a su especialidad natural –los procesos traumatológicos–, su implantación práctica abre un escenario de incertidumbre. El V Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva (AENC) insta expresamente a desarrollar estos marcos de colaboración para mejorar los tiempos de respuesta sanitaria. Sin embargo, resulta imperativo que la participación de los agentes sociales firmantes del AENC sea decidida y fiscalizadora.

²⁴ Está facultado para ello a tal efecto, por el apartado f) del punto 4 del artículo 82 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (TRLGSS), y el punto uno del artículo 10 del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio.

²⁵ Como se hace eco esta noticia: MASREAL, Fidel, 2025. *Entidades y usuarios denuncian que el Govern fuerza altas laborales a personas con diagnóstico psiquiátrico*. En: *El Periódico* [en línea]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/ser-feliz/20250515/entidades-usuarios-denuncian-govern-fuerza-117361165> [consulta: 5 de junio de 2026].

²⁶ Por ejemplo: FÒRUM CATALÀ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (FOCAP), 2026. *Entre el dret a la salut i el control administratiu. Crònica de la jornada d'anàlisi crítica sobre les incapacitats temporals*.

En: FOCAP [en línea]. Disponible en: <https://focap.wordpress.com/2026/05/26/entre-el-dret-a-la-salut-i-el-control-administratiu-chronica-de-la-jornada-danalisi-critica-sobre-les-incapacitats-temporals/> [consulta: 5 de junio de 2026]; y CAPÇALERA (Organització de professionals sanitaris en defensa del dret a la salut i per un sistema sanitari 100% públic, universal, primarista i amb perspectiva comunitària). En: *Capçalera* [en línea]. Disponible en: <https://capcalera.org/> [consulta: 5 de junio de 2026].

²⁷ Un programa satírico de TV3, “Polònia”, realizó una parodia de un concurso al que llamaban “La baixa justa” en que dos médicos concursan para fijar los días de baja médica de diversos pacientes, “justa, pero sin pasarse”, si no querían perder el financiamiento de sus centros asistenciales. 3CAT, 2026. *La baixa justa*. En: *3Cat* [en línea]. Disponible en: <https://www.3cat.cat/3cat/la-baixa-justa/video/6397398/> [consulta: 5 de junio de 2026].

Si bien los convenios estipulan la creación de una Comisión de Seguimiento de reunión trimestral con la presencia de dos representantes de las organizaciones sindicales y empresariales, la influencia real que estos puedan ejercer para garantizar que los intereses y la salud de las personas trabajadoras primen sobre la eficiencia presupuestaria está aún por definir. La colaboración público-privada en materia de salud no puede convertirse en una herramienta de presión institucionalizada; el diagnóstico y tratamiento traumatológico por parte de las Mutuas debe valorarse positivamente como un avance asistencial, pero jamás a costa de la pérdida del control público o como una nueva excusa para dictar altas médicas prematuras. No obstante, seguramente ya en el pleno conocimiento del ataque a las personas trabajadoras poniendo el foco en el fraude como ya hemos comentado, Comisiones Obreras (CCOO) ha publicado un muy interesante y fundado informe sobre la IT en España, desmintiendo el discurso de fraude y el absentismo generalizado en las bajas laborales. Su análisis concluye que el aumento del gasto se debe a factores demográficos, estructurales y carencias del Sistema Nacional de Salud ²⁸.

6. Conclusiones. Hacia una reformulación del absentismo desde la óptica de la protección de la salud como eje principal

El recorrido efectuado a lo largo de este artículo de opinión me permite formular una enmienda casi a la totalidad del relato “oficial” que impera en el debate sobre el absentismo laboral. La insistencia de las instituciones macroeconómicas y los supervisores fiscales en enfocar la incapacidad temporal como un problema de gasto evitable o de picaresca moral no sólo yerra en el diagnóstico, sino que aboca al sistema de relaciones laborales a soluciones ineficaces y profundamente lesivas para los derechos de las personas trabajadoras. El absentismo por motivos de salud no es la causa de la pérdida de competitividad de nuestro tejido productivo, sino el síntoma de deficiencias estructurales que la disciplina del Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social debe abordar sin complejos la necesaria y urgente reforma de nuestra ya antigua Ley de Prevención de Riesgos Laborales, tal y como está exigiendo la comunidad científica del ámbito social, abogando por un sistema normativo de prevención de riesgos laborales más pragmático, progresivo, inclusivo y acorde a los tiempos y modelos productivos actuales²⁹.

Para transitar del actual discurso del gasto hacia una tutela real y efectiva de la salud, resulta imprescindible acometer varios giros copernicanos en las políticas públicas sobre IT. Me atrevo a sugerir los siguientes cambios:

²⁸ CONFEDERACIÓN SINDICAL DE CCOO, 2026. *Informe ejecutivo. Gaceta Sindical (Edición nº 548 - Marzo 2026)*. En: CCOO [en línea]. Disponible en: <https://www.ccoo.es/ab9989f1dff6cd07c5c76659006cbe78000001.pdf> [consulta: 5 de junio de 2026].

²⁹ ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL (AEDTSS), 2024. *Carta abierta de académicos sobre la futura reforma legislativa de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, en que constan los motivos y las adhesiones*. En: AEDTSS [en línea]. Disponible en: <https://www.aedtss.com/wp-content/uploads/2024/03/Comunicacion-carta-abierta-academicos-actualizacion-LPRL-final.pdf> [consulta: 5 de junio de 2026].

- Superar el enfoque economicista de la IT. Las propuestas orientadas a endurecer el acceso a las prestaciones o a acelerar las altas por vía administrativa –como las sugeridas en los informes de la AIREF y AMAT– deben ser descartadas. La gestión de la IT debe recuperar su naturaleza estrictamente clínica y protectora, asumiendo que la duración de los procesos está directamente vinculada al envejecimiento demográfico y al colapso de las listas de espera del Sistema Público de Salud, y no a un uso fraudulento por parte de las personas trabajadoras.
- Frenar la deriva privatizadora del control médico. El modelo institucional no puede seguir desplazando las competencias de control de las contingencias comunes hacia las Mutuas Colaboradoras. La experiencia demuestra que la presión por reducir la duración de las bajas médicas desprotege a la persona trabajadora, provoca reincorporaciones laborales precipitadas y cronifica las patologías al forzar altas médicas prematuras, generando un circuito vicioso de recaídas que perjudica tanto a la salud individual como a la estabilidad organizativa de la propia empresa.
- Situar la prevención psicosocial en el centro de la organización. El verdadero motor del absentismo contemporáneo se encuentra en la eclosión de los riesgos psicosociales, la intensificación del rendimiento y el tecnoestrés derivados de entornos de trabajo hiperconectados y cada vez más gestionados por algoritmos. Mientras las empresas sigan tratando la salud mental como un atributo o debilidad individual de la persona trabajadora y no como el resultado directo de patrones organizativos patógenos, cualquier intento de reducir las ausencias estará condenado al fracaso³⁰.
- Reducir las listas de espera. Es indudable que el daño que causa el retraso en la actuación especializada, en la realización de pruebas médicas diagnósticas y/o intervenciones quirúrgicas es muy grave, pero es que además tiene la traslación económica en prestaciones de IT, que podrían verse ampliamente reducidas. Aquí sí, es plausible que entre las diferentes administraciones públicas sanitarias se aceleren y potencien los convenios de colaboración con las MCSS para poner a disposición de su colectivo protegido las actuaciones en materia de traumatología que permitan una mayor y más rápida mejoría y/o curación de las personas trabajadoras.

³⁰ Es significativo que el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), garante de la salud laboral en nuestro país desde un punto de vista estrictamente técnico-preventivo, muestra cada vez más preocupación al respecto. En una reciente jornada de fecha 29 de octubre de 2025 recordaban: “Los problemas de salud mental constituyen una de las principales causas de ausencia laboral en nuestro país y, tras los trastornos musculoesqueléticos, es el grupo de enfermedades que más días de baja generan. Esto provoca que los gastos médicos y la atención social derivados de una mala salud mental superen el 4 % del PIB en los países de la OCDE. Pese a ello, 4 de cada 10 grandes empresas españolas no cuentan con ninguna iniciativa específica para cuidar la salud mental de su personal”. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (INSST), 2025. *Regreso al trabajo tras baja por salud mental: planificación y acompañamiento para reincorporación segura y sostenible*. En: INSST [en línea]. Disponible en: <https://www.insst.es/noticias-insst/regreso-al-trabajo-tras-baja-por-salud-mental-planificacion-y-acompa%C3%B1amiento-para-reincorporacion-segura-y-sostenible> [consulta: 5 de junio de 2026].

- Agilizar los trámites burocráticos de los médicos de atención primaria. En primer lugar, posibilitando que los procesos de baja médica inferiores a cuatro días queden exentos de justificación médica, toda vez que no existe cobertura económica en cuanto a prestación -los tres primeros días no se abona subsidio, salvo las mejoras voluntarias, claro-, sustituyendo el parte médico de baja por una declaración responsable de la persona trabajadora, y limitando su uso cada año natural a un máximo de tres ocasiones. Pero muy especialmente, recuperando la competencia de los facultativos de atención primaria sobre los procesos de IT desde el día 365 hasta el 545, pudiendo emitir en cualquier momento, por decisión clínica o a petición voluntaria de la persona trabajadora, el alta médica.
- Potenciar la reincorporación al trabajo mediante nuevos procesos de incapacidad temporal flexibles o parciales. Es evidente que la pérdida de capacidad laboral de una persona trabajadora enferma no es siempre absoluta, como tampoco la mejoría es total y rotunda. Acompañar a la persona trabajadora de forma progresiva, adaptando las circunstancias del trabajo concreto o reduciendo su jornada laboral, permitiendo compatibilizar parte de salario con parte de subsidio, podría ser una buena medida para todos los sujetos implicados en un proceso de incapacidad temporal. Ahora bien, todo el proceso debe pivotar respecto a la recuperación de la salud de la persona enferma³¹.

En definitiva, la gobernanza de la incapacidad temporal, que no puede ser incluida en el mal llamado absentismo en el siglo XXI, exige sustituir la cultura de la sospecha por la de la prevención y protección de la salud. No necesitamos más inspectores para controlar bajas médicas ni más burocracia fiscalizadora por parte de las Mutuas Colaboradoras; necesitamos un fortalecimiento decidido de la atención primaria de salud, un desarrollo normativo coherente de la regulación de los procedimientos de IT hasta los 545 días, y una implicación activa de la negociación colectiva para diseñar entornos de trabajo dignos, saludables y sostenibles, con especial incidencia en el retorno al trabajo, que incluso podría ser progresivo. Solo cuando la salud laboral deje de computarse como un coste y pase a entenderse como una inversión ética y productiva, podremos afirmar que estamos respondiendo al reto del absentismo a la altura de las exigencias de nuestra época. Mientras, seguimos discutiendo sobre los días de baja de los procesos de IT, amplificando el “ruido de fondo”.

³¹ Sin duda, hay que poner de relieve la Nota Técnica de Prevención (NTP) 1116 “Mantenimiento y vuelta al trabajo: procedimiento”, que regula un procedimiento de vuelta al trabajo de personas trabajadoras en situación de baja, en las mejores condiciones de salud y en el mejor entorno posible. Este procedimiento, que la propia institución reconoce que va más allá de lo estipulado en la normativa de prevención de riesgos laborales -desgraciadamente con una regulación muy escasa al respecto, por no decir casi inexistente-. De hecho, en estudios y proyectos actuales sobre bajas flexibles y/o progresivas se está utilizando como referente técnico. INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (INSST), 2018. *NTP 1116. Mantenimiento y vuelta al trabajo: procedimiento*. En: *INSST* [en línea]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/coleccion-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/32-serie-ntp-numeros-1101-a-1135-ano-2018/ntp-1.116-mantenimiento-y-vuelta-al-trabajo-procedimiento> [consulta: 5 de junio de 2026].

7. Referencias bibliográficas

Doctrina, informes y recursos web

- 3CAT, 2026. *La baixa justa*. En: 3Cat [en línea]. Disponible en: <https://www.3cat.cat/3cat/la-baixa-justa/video/6397398/> [consulta: 5 de junio de 2026].
- AMAT, 2025. *Informe sobre el Absentismo Laboral derivado de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC) para el periodo comprendido entre 2015 y 2024 y avance del primer semestre de 2025*. En: AMAT [en línea]. Disponible en: <https://www.amat.es/wp-content/uploads/2025/09/2025-09-16-Informe-de-Absentismo-Laboral-derivado-de-la-ITCC-Ano-2024-y-avance-1S2025.pdf> [consulta: 5 de junio de 2026].
- ARENAS, M., 2025. *IT y estadística hasta agosto de 2025, breve y aséptico resumen*. En: *otroblogmás, pero este es el mío!!!* [en línea]. Disponible en: <https://miguelonarenas.blogspot.com/2025/11/it-y-estadistica-hasta-agosto-de-2025.html> [consulta: 5 de junio de 2026].
- ARENAS, M., 2026. *Análisis datos Incapacidad Temporal 2025, especial incidencia en Catalunya*. En: *otroblogmás, pero este es el mío!!!* [en línea]. Disponible en: <https://miguelonarenas.blogspot.com/2026/03/panel-integral-it-2025.html> [consulta: 5 de junio de 2026].
- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL (AEDTSS), 2024. *Carta abierta de académicos sobre la futura reforma legislativa de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales, en que constan los motivos y las adhesiones*. En: AEDTSS [en línea]. Disponible en: <https://www.aedtss.com/wp-content/uploads/2024/03/Comunicacion-carta-abierta-academicos-actualizacion-LPRL-final.pdf> [consulta: 5 de junio de 2026].
- AUTORIDAD INDEPENDIENTE DE RESPONSABILIDAD FISCAL (AIReF), 2026. *Estudio de la Incapacidad Temporal*. En: AIReF [en línea]. Disponible en: <https://www.AIReF.es/es/estudios/incapacidad-temporal/> [consulta: 5 de junio de 2026].
- AUTORIDAD INDEPENDIENTE DE RESPONSABILIDAD FISCAL (AIReF), 2026. *Estudio de la Incapacidad Temporal (Resumen Ejecutivo)*. En: AIReF [en línea]. Disponible en: https://www.AIReF.es/wp-content/uploads/2026/02/SpendingReview-2022-2026-fase-2/SR2226F2_IT_ResumenEjecutivo.pdf [consulta: 5 de junio de 2026].
- CAPÇALERA (Organització de professionals sanitaris en defensa del dret a la salut i per un sistema sanitari 100% públic, universal, primarista i amb perspectiva comunitària). En: Capçalera [en línea]. Disponible en: <https://capcalera.org/> [consulta: 5 de junio de 2026].
- CONFEDERACIÓN SINDICAL DE CCOO, 2026. *Informe ejecutivo. Gaceta Sindical (Edición nº 548 - Marzo 2026)*. En: CCOO [en línea]. Disponible en: <https://www.ccoo.es/ab9989f1dff6cd07c5c76659006cbe78000001.pdf> [consulta: 5 de junio de 2026].

- FEDEA, 2024. *El gasto en incapacidad temporal*. En: FEDEA [en línea]. Disponible en: <https://fedea.net/el-gasto-en-incapacidad-temporal/> [consulta: 5 de junio de 2026].
- FÒRUM CATALÀ D'ATENCIÓ PRIMÀRIA (FOCAP), 2026. *Entre el dret a la salut i el control administratiu. Crònica de la jornada d'anàlisi crítica sobre les incapacitats temporals*. En: FOCAP [en línea]. Disponible en: <https://focap.wordpress.com/2026/05/26/entre-el-dret-a-la-salut-i-el-control-administratiu-cronica-de-la-jornada-danalisi-critica-sobre-les-incapacitats-temporals/> [consulta: 5 de junio de 2026].
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL, 2023. *Criterio de Gestión nº 12/2023*. En: Seguridad Social [en línea]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/descarga/100136> [consulta: 5 de junio de 2026].
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (INSST), 2018. *NTP 1116. Mantenimiento y vuelta al trabajo: procedimiento*. En: INSST [en línea]. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/colecciones-tecnicas/ntp-notas-tecnicas-de-prevencion/32-serie-ntp-numeros-1101-a-1135-ano-2018/ntp-1.116-mantenimiento-y-vuelta-al-trabajo-procedimiento> [consulta: 5 de junio de 2026].
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (INSST), 2025. *Regreso al trabajo tras baja por salud mental: planificación y acompañamiento para reincorporación segura y sostenible*. En: INSST [en línea]. Disponible en: <https://www.insst.es/noticias-insst/regreso-al-trabajo-tras-baja-por-salud-mental-planificacion-y-acompa%C3%B1amiento-para-reincorporacion-segura-y-sostenible> [consulta: 5 de junio de 2026].
- MASREAL, Fidel, 2025. *Entidades y usuarios denuncian que el Govern fuerza altas laborales a personas con diagnóstico psiquiátrico*. En: El Periódico [en línea]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/ser-feliz/20250515/entidades-usuarios-denuncian-govern-fuerza-117361165> [consulta: 5 de junio de 2026].
- MINISTERIO DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL Y MIGRACIONES, 2026. *Estadísticas de Afiliación*. En: Seguridad Social [en línea]. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST8/EST10/EST290/EST291> [consulta: 5 de junio de 2026].
- RANDSTAD, 2026. *Absentismo laboral cuarto trimestre 2025*. En: Randstad Research [en línea]. Disponible en: <https://www.randstadresearch.es/absentismo-laboral-cuarto-trimestre-2025/> [consulta: 5 de junio de 2026].
- SALINAS, Nieves, 2026. *Los médicos inspectores de la Seguridad Social, sobre los retrasos de las bajas laborales: "El sistema está colapsado y la situación no deja de empeorar"*. En: El Periódico [en línea]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20260422/medicos-inspectores-seguridad-social-retrasos-bajas-sistema-colapsado-empeorar-129383050> [consulta: 5 de junio de 2026].

Jurisprudencia

STJUE de 20 de enero de 2009 (asuntos acumulados C-350/06 y C-520/06).

STJUE de 21 de junio de 2012 (asunto C-78/11).

STS de 3 de octubre de 2012 (Rº. 249/2009, Sala de lo Social).

STS de 12 de julio de 2023 (Rº. 2/2021, Sala de lo Social).

STS de 28 de noviembre de 2023 (Rº. 2316/2020, Sala de lo Social).

STS de 13 de marzo de 2024 (Rº. 97/2022, Sala de lo Social).

STSJ de Cataluña, de 9 de diciembre de 2024 (Rº. 2031/2024, Sala de lo Social).

STSJ de Cataluña, de 21 de enero de 2025 (Rº. 5493/2021, Sala de lo Social).