

Control público de la incapacidad temporal por contingencias comunes y propuestas de reforma en las bajas médicas

Jesús Lahera Forteza

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad Complutense de Madrid

Public control of temporary incapacity due to common contingencies and proposals for reform in medical leave

SUMARIO:

1. OBJETO DE ESTUDIO. 2. EL MODELO DUAL DE RECONOCIMIENTO, GESTIÓN Y CONTROL DE LA IT POR CONTINGENCIAS COMUNES 2.1. Escisión entre asistencia sanitaria y gestión de la prestación social de incapacidad temporal. 2.2. Tipologías de bajas médicas y autocontrol médico del Servicio Público de Salud. 2.3. El control de la Inspección Médica del INSS. 2.4. El control de las Mutuas que gestionan contingencias comunes. 2.5. La competencia exclusiva del INSS tras los 365 días de baja médica. 3. VALORACIÓN DEL SISTEMA DE BAJAS MÉDICAS POR CONTINGENCIAS COMUNES. 3.1. Complejidad de la dualidad con actores diversos, desincentivos al control e inefficiencias. 3.2. Desconexión con la capacidad del trabajador, rigidez de las bajas médicas y disfunciones con la regulación de la incapacidad permanente. 3.3. Escasos desincentivos al fraude en las bajas médicas. 4. PROPUESTAS DE REFORMA DE BAJAS MÉDICAS POR CONTINGENCIAS COMUNES. 4.1. El crecimiento de las bajas médicas y sus costes económicos públicos y empresariales: la necesidad de una reforma normativa. 4.2. Mejora del control de bajas médicas. 4.3. Bajas médicas flexibles compatibles con el trabajo y procedimientos de retorno al trabajo. 4.4. Desincentivos al fraude de bajas médicas. 4.5. Anexo de 21 propuesta de reformas. BIBLIOGRAFÍA CITADA.

RESUMEN: Es una evidencia empírica el aumento significativo del absentismo laboral por razones de salud con un alto impacto económico público y empresarial.

En este contexto, tras analizar el sistema normativo de control público de la incapacidad temporal por contingencias comunes, detecto tres grandes problemas: a) un control ineficiente de las bajas médicas; b) la rigidez de las bajas médicas que impiden procesos de retorno al trabajo y cauces de compatibilidad laboral; c) escasos desincentivos al posible fraude en las bajas médicas. Desde este diagnóstico aporto 21 propuestas concretas de reforma, con una síntesis en un apartado final, en la idea de reducir el alto impacto económico público y empresarial del absentismo laboral por razones de salud, bajo siempre mecanismos de supervisión médica y plenas garantías de una buena asistencia sanitaria.

Palabras clave: Incapacidad temporal, bajas médicas, altas médicas, servicio público de salud, mutuas, instituto nacional de seguridad social, servicios de prevención de riesgos laborales

ABSTRACT: The significant increase in absenteeism due to health reasons, with its high public and business economic impact, is empirically evident. In this context, after analyzing the regulatory system for public control of temporary incapacity due to common contingencies, I identify three major problems: a) inefficient control of sick leave; b) the rigidity of sick leave policies, which hinders return-to-work processes and pathways for work-life balance; and c) insufficient disincentives to potential fraud in sick leave claims. Based on this diagnosis, I offer 21 specific reform proposals, summarized in a final section, with the aim of reducing the high public and business economic impact of absenteeism due to health reasons, always under mechanisms of medical supervision and with full guarantees of quality healthcare.

Keywords: Temporary disability, flexible sick leave, medical discharge, return to work, public health service, mutual insurance companies, national social security institute, occupational risk prevention services

1. OBJETO DE ESTUDIO

La incapacidad temporal (IT), definida en el art.169 del Real Decreto Legislativo 8/2015 general de Seguridad Social (LGSS), es la situación de imposibilidad temporal de trabajar *“debida a enfermedad común o profesional y accidente común o profesional, mientras se recibe asistencia sanitaria, con una duración máxima de 365 días, prorrogables por otros 180 días cuando se presume que el trabajador puede ser dado de alta por curación”*. El impedimento temporal para el trabajo, debido a situaciones relacionadas con la salud del trabajador, determina la prestación social de IT, que sustituye los salarios durante este tiempo, conforme a lo previsto en los arts.171-175 LGSS. Ya sea en contingencias comunes o profesionales, con reglas distintas, las personas trabajadoras tienen asegurados ingresos durante los períodos de IT a través de esta prestación social. El contrato de trabajo queda suspendido por esta causa conforme al art. 45.c y 48.1 y 2 del Real Decreto Legislativo 2/2015 Estatuto de los Trabajadores (ET), con reserva del puesto de trabajo y mantenimiento de la obligación de cotización empresarial, mientras

se accede a la prestación social de IT, incompatible con el trabajo conforme al art.175.1.b ET¹.

En este estudio voy a analizar la gestión y control público de la IT², que es el elemento esencial de este sistema de protección social, porque a través de sus reglas de funcionamiento se detectan y controlan las enfermedades o accidentes, comunes o profesionales, que impiden transitoriamente trabajar con acceso a esta prestación social. Centro el análisis exclusivamente en las contingencias comunes, dejando de lado las profesionales, porque es donde estadísticamente se concentran de manera masiva el número de bajas médicas y porque es donde están localizados los problemas de funcionamiento que deben ser solucionados. En las IT por contingencias comunes existe un sistema dual de reconocimiento, gestión y control marcado por el desglosamiento, o escisión, entre quien detecta y hace seguimiento de la situación médica de la persona trabajadora, con prestación de la asistencia sanitaria, el Servicio Público de Salud (SPS) y quien gestiona, controla y paga la prestación social, el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y la Tesorería General de Seguridad Social (TGSS), las entidades privadas colaboradoras de las Mutuas y con fórmulas de colaboración con las empresas. Este desglosamiento ocasiona problemas y una enorme complejidad en la gestión de la prestación social de IT, al contrario que el subsistema único de reconocimiento, gestión y control de la prestación social de IT en *contingencias profesionales*, asumido íntegramente por las Mutuas (art. 82.2 LGSS). Me centraré, por tanto, exclusivamente, en la problemática de este modelo dual de la IT por contingencias comunes.

Una vez realizado el análisis de la normativa vigente, efectuaré una valoración del sistema de control público de la IT por contingencias comunes, preliminar a la aportación de una serie de propuestas de reforma en las bajas médicas, con medidas específicas, que es la principal motivación de este estudio, en el oportuno contexto de una iniciativa gubernativa y de una mesa de diálogo social para articular cambios normativos en este ámbito. Estas propuestas de reformas de bajas médicas están resumidas en el apartado final del artículo.

Agradezco el intercambio de ideas de este estudio con la profesora de Derecho del Trabajo Mar Crespí Ferriol, de la Universidad Baleares, especialista en la regulación de la IT, y con mi hermano Guillermo Lahera Forteza, autoridad académica y médica en España de la Psiquiatría, que me ha ofrecido la perspectiva del funcionamiento del sistema de IT desde la asistencia sanitaria, especialmente de salud mental.

1 Me remito al análisis de la prestación social de IT del capítulo de este monográfico dedicado al absentismo, que realiza la profesora Yolanda Sánchez-Urán.

2 No trataré el control empresarial de los trabajadores en situación de IT, tratado en el capítulo de este monográfico dedicado al absentismo por la profesora Mar Crespi.

2. EL MODELO DUAL DE RECONOCIMIENTO, GESTIÓN Y CONTROL DE LA IT POR CONTINGENCIAS COMUNES

2.1. Escisión entre asistencia sanitaria y gestión de la prestación social de incapacidad temporal

El modelo dual de gestión y control de la IT por contingencias comunes, con la cobertura legal de los arts.169-175 LGSS, está regulado en el Real Decreto 625/2014 (RDIT), modificado por el Real Decreto 1060/2022, junto al Decreto-Ley 2/2023, y en la OM ESS/1187/2015, modificada por la OM ISM/2/2023.

Como ha sido anticipado, el rasgo principal de la gestión y control de la IT por contingencias comunes es la escisión entre la asistencia sanitaria y la gestión de la prestación social. En las IT por contingencias comunes existe un sistema dual de reconocimiento, gestión y control marcado por el desglosamiento, o escisión, entre quien detecta y hace seguimiento de la situación médica de la persona trabajadora, con prestación de la asistencia sanitaria, el SPS, y quien gestiona, controla y paga la prestación social, la Seguridad Social, a través INSS/ TGSS, las entidades privadas colaboradoras de las Mutuas, y con fórmulas de colaboración con las empresas, mediante pagos directos y delegados. Participan así en el sistema actores distintos que pertenecen a ámbitos diferenciados, el SPS de las CC.AA, el INSS y TSGSS del Estado, las Mutuas que son entidades colaboradoras de la SS de naturaleza privada y las propias empresas. Apunto de inicio que este desglosamiento y complejidad convierte el sistema de la gestión de la prestación social IT por contingencias comunes en un problema estructural porque el SPS de la CC.AA, que tiene toda la estructura sanitaria y emite las bajas médicas, carece de incentivos de implicación económica en la prestación social de IT, gestionada por la Seguridad Social del Estado, que sí tiene estos incentivos económicos, pero carece de estructura de sanidad, con una participación activa de Mutuas privadas, dotada de asistencia sanitaria, pero con competencias normativas muy limitadas. Este desacuerdo de incentivos y complejidad desemboca en las empresas, que pagan del 4º al 15º día de prestación social, y luego de manera delegada, sin herramientas efectivas de control de la baja médica. Desarrollo en este estudio este problema estructural de partida con propuestas de reforma para su salida y mejor eficiencia. Pero antes de la valoración y la presentación de cambios normativos, es conveniente describir brevemente el régimen jurídico vigente del reconocimiento, gestión y control de la prestación social de IT en contingencias comunes

2.2. Tipologías de bajas médicas y autocontrol médico del Servicio Público de Salud

La emisión de parte médico de baja “es el acto que origina la iniciación de actuaciones conducentes al reconocimiento del derecho al subsidio por IT” (art.2.1 RDIT). El parte médico de baja, el punto de partida para el reconocimiento de la prestación

social de IT y eje relevante de todo el procedimiento de gestión de la misma, pues acredita el impedimento del trabajo debido a un diagnóstico médico, es expedido por profesionales del SPS, de atención primaria, previo reconocimiento del trabajador afectado (art.2.1 RDIT). El reconocimiento médico dentro del SPS permite una *"determinación objetiva de la IT para el trabajo habitual"* (art. 2.2 RDIT). Por tanto, y de ahí la dualidad del sistema, el SPS emite el acto médico esencial de acceso a la prestación social de IT que gestiona y paga la entidad gestora de SS –INSS y TSGSS– sin, en un inicio, capacidad de verificación del hecho causante. De igual modo, el acto médico activa la asistencia sanitaria del SPS dirigida a la curación sobre el diagnóstico realizado, pudiendo el médico de atención primaria derivar a especialistas, pero sin perder la competencia de emitir alta o baja médica a lo largo del procedimiento de gestión de la IT en sus primeros 365 días.

Tras la reforma del art. 7 RDIT del Real Decreto 1060/2022³, el nivel de atención primaria del SPS remite el parte de baja médica del afectado directamente por vía telemática al INSS y este lo comunica a la empresa, sin ya pasar por la intermediación del trabajador que antes recibía copias en papel con esta finalidad. Es efectivamente el INSS quien, en el primer día siguiente hábil a la comunicación del SPS, ahora comunica directamente a las empresas *"los datos identificativos de carácter meramente administrativo (de sus trabajadores) relativos a los partes médicos de baja emitidos por los facultativos del SPS"* y corresponde a éstas transmitir al INSS, a través del sistema de remisión electrónica de datos desde la recepción de la baja médica, en un plazo máximo de 3 días hábiles, los datos económicos/profesionales precisos para la gestión de la prestación de IT. Opera así una correa telemática de transmisión de la baja médica del SPS al INSS y, con doble dirección, del INSS a las empresas y viceversa, sin participación directa del trabajador. Sobre esta base ya el INSS traslada a TSGSS los datos recibidos de personas trabajadoras en baja médica para tramitar el pago y liquidación de cuotas de su prestación social de IT con las fórmulas legales de colaboración de las empresas (art.173 LGSS y art.2.3 RDIT). Este cambio de procedimiento es favorable a los trabajadores porque, estando enfermos, ven descargada su anterior deber de entrega de partes de bajas del SPS a sus empresas, que generaba inconvenientes y disfunciones. También es una mejora que facilita el control del fraude al impedir la manipulación de los antiguos partes de baja en papel entregados a las empresas por los trabajadores. A su vez, si el sistema telemático en red funciona correctamente se ganan tiempos de transmisión de datos de bajas y altas médicas a las empresas, en plazos máximos de dos días hábiles desde su emisión (art.7.1 y 7.3 RDIT).

3 En una reforma importante del procedimiento de gestión de la IT vinculada a su digitalización como detallan TRILLO GARCIA,A, "Configuración y desfiguración de la incapacidad temporal" y GORRELLI HERNÁNDEZ,J "El control de la incapacidad temporal" en AA.VV, *Cuestiones actuales en materia de Seguridad Social. Homenaje al profesor José Luis Tortero Plaza*, Laborum, 2024, p.419 y ss y p.459 y ss; CRESPI FERRIOL,M, "Absentismo burocrático: consideraciones críticas al hilo de la reforma de la incapacidad temporal", *Trabajo y Empresa*, 2023, Vol 2, nº1, p.131 y ss.

Es, por tanto, el SPS quien, a través de sus profesionales médicos de atención primaria, mediante estos partes de baja, reconoce la situación de IT que precede a la gestión de la prestación social a través del INSS, que recibe la correspondiente información en colaboración con las empresas. Calificada la IT como la imposibilidad transitoria de trabajar *“debida a enfermedad común o profesional y accidente común o profesional, mientras se recibe asistencia sanitaria”*, lo cierto es que los profesionales del SPS, realizando un reconocimiento médico, certifican la presencia de una enfermedad, en este ámbito dentro de las contingencias comunes, que, de suyo, *impide trabajar*, aunque difícilmente van a valorar que esta causa de salud conlleva este impedimento. En el sistema vigente, la enfermedad o accidente común, diagnosticada por el SPS, conlleva de suyo la imposibilidad de trabajar, sin un análisis específico de la causa y este efecto. De hecho, el SPS, como prestador de la asistencia sanitaria, desconoce datos laborales o empresariales del paciente, que sí maneja el INSS, como entidad gestora de la prestación social, y no tiene comunicación alguna con los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas.

La *baja médica* es incompatible, por regla general, con el trabajo, como dispone el art.175.1.b LGSS, y es el *alta médica* el hecho que exclusivamente permite la reincorporación a la actividad laboral conforme al art.170 y 174 LGSS. La ausencia de este análisis específico inicial causal entre enfermedad y capacidad de trabajar y la rigidez vinculada a una generalizada incompatibilidad con la actividad laboral, hasta el alta, configura el sistema vigente de bajas médicas y prestaciones sociales de IT.

A partir de ello, los art.2.3 y 2.4, 4 y 5 RDIT diferencian entre *partes de baja*, en función del cálculo médico de duración, con cauces de autocontrol a través del propio SPS, mediante *partes de confirmación de baja o partes de alta*, expedidos por la atención primaria. Los médicos especialistas, en el desarrollo de la asistencia sanitaria, transmiten información médica, a estos efectos, al nivel de atención primaria, con recomendaciones de baja o alta médica.

- 1º *Baja estimada inferior a 5 días naturales*: el médico del SPS emite, en el mismo acto médico, parte de baja y alta, que podrá ser, en previsión de la recuperación de la capacidad laboral, la misma que la de la baja o cualquiera de los 3 días naturales siguientes a esta. El trabajador puede solicitar nuevo reconocimiento médico el día que se haya fijado como alta y el médico del SPS puede emitir confirmación de baja si no ha recuperado la capacidad laboral.
- 2º *Baja estimada entre 5 y 30 días naturales*: el médico del SPS emite parte de baja consignando fecha de revisión médica prevista que en ningún caso exceda en más de 7 días naturales a la fecha de la baja inicial. Esta primera revisión médica puede conllevar parte de alta, con vuelta al trabajo, o parte de confirmación de baja. Las posteriores revisiones médicas, también dentro del SPS, con esta finalidad, no pueden emitirse con una diferencia de más de 14 días naturales entre sí, originando partes de alta o de confirmación de baja.

- 3º *Baja estimada entre 31 y 60 días naturales*: el médico del SPS emite parte de baja consignando igualmente fecha de revisión médica prevista que en ningún caso exceda en más de 7 días naturales a la fecha de baja inicial, con resultado de alta o confirmación de baja. Las posteriores revisiones médicas, también dentro del SPS, con esta finalidad, no pueden emitirse con una diferencia de más de 28 días naturales entre sí, originando partes de alta o de confirmación de baja. El segundo parte de confirmación de baja debe ir acompañado de informe médico complementario con dolencias del trabajador, tratamiento médico prescrito, pruebas realizadas, evolución y su incidencia en la capacidad funcional del interesado.
- 4º *Baja estimada de más de 61 días naturales*: el médico del SPS emite parte de baja consignando fecha de revisión médica prevista que en ningún caso exceda en más de 14 días naturales a la fecha de baja inicial. Las posteriores revisiones médicas, también dentro del SPS, no pueden emitirse con una diferencia de más de 35 días naturales entre sí, originando partes de alta o de confirmación de baja. El segundo parte de confirmación de baja debe ir igualmente acompañado de informe médico complementario con dolencias del trabajador, tratamiento médico prescrito, pruebas realizadas, evolución y su incidencia en la capacidad funcional del interesado. Estos informes médicos complementarios, realizados dentro del SPS, se actualizan con cada dos partes de confirmación de baja posteriores.

Con esta tipología de bajas, en los primeros 365 días, que conllevan revisiones médicas, corresponde al nivel de atención primaria del SPS ir emitiendo partes de *alta*, cuando se considere que el trabajador ha recuperado la plena capacidad laboral, *por curación o mejoría*, quedando extinguida la prestación social de IT (art.174 LGSS), o de confirmación de *baja*, que mantienen viva la prestación social de IT. Tanto en partes de *alta* como de confirmación de *baja* opera el mismo procedimiento del art.7 RDIT, antes descrito, con información inmediata telemática al INSS, para la gestión de la prestación social de IT, en colaboración con las empresas. Las empresas, en todo este procedimiento, recibirá información exclusivamente de *"los datos identificativos de carácter meramente administrativo"*, no de naturaleza médica, por lo que si quieren indagar sobre la situación de su trabajador tendrán que utilizar los reconocimientos médicos propios, internos o vía servicios de prevención ajenos, del art.20.4 ET.

Es el SPS, en consecuencia, quien hace el seguimiento del mantenimiento del hecho causante durante los primeros 365 días de baja, *impedimento del trabajo por razones médicas*, gestionado por el INSS y la TGSS, dentro de la expuesta lógica dual del sistema vigente en contingencias comunes. Esta dualidad implica asumir consecuencias previsibles. Los plazos de revisión médica, dentro del SPS, a estos efectos, son *máximos*, por lo que pueden ser inferiores, pero es probable que el facultativo, en la práctica, los agote, lo que alarga el pago de las prestaciones sociales de IT. Si de inicio la enfermedad diagnosticada conlleva automáticamente la pérdida de capacidad de trabajo, la tendencia de las revisiones médicas, ejercidas por el SPS, será

la misma, con un diagnóstico estrictamente sanitario, sin un examen específico de causa y efecto en la pérdida de capacidad funcional, que conlleve confirmaciones de baja o altas. Al fin y al cabo, es misión esencial del SPS, en su nivel primario y especializado, prestar la asistencia sanitaria necesaria para la curación de la enfermedad diagnosticada, con estos fines, y no tanto analizar con precisión sus efectos concretos en la capacidad laboral, aunque en un plano teórico se identifiquen ambos planes. Resulta lógico que el SPS tenga esta finalidad principal estrictamente sanitaria, de inicio y en sus revisiones médicas posteriores, porque no gestiona la prestación social de IT, que es espacio del INSS y la TSGSS. Siendo Administraciones públicas además diferentes, una autonómica y otra central, como luego precisaré, no existen incentivos de control por los profesionales del SPS, dentro de una lógica económica de racionalización de gasto social, porque quien paga, en colaboración de pago directo o delegado con las empresas, es la SS o la Mutua.

El art. 4.2 RDIT se esfuerza en incorporar, en períodos trimestrales desde la fecha de inicio de la baja médica, posibles *informes de control* de la IT, a través del servicio de inspección médica del SPS, valorando la necesidad de mantener o no la IT. Estos autocontroles trimestrales son ejecutados desde el propio SPS, teniendo estos servicios inspectores internos pocos medios y la misma ausencia de incentivos económicos porque no es quien gestiona la prestación social de IT, en el configurado modelo dual vigente. Las inspecciones médicas internas del SPS tienen escasa capacidad de desactivar estas consecuencias previsibles derivadas de la dualidad del modelo, aunque tienen la posibilidad, conforme al art. 5.1 RDIT, de emitir parte de alta con efectos extintivos de la prestación social de IT.

2.3. El control de la Inspección Médica del INSS

Las disfunciones de este modelo dual han motivado cambios normativos dirigidos a otorgar un mayor papel, en estos 365 días, de control médico a través del INSS que es quien gestiona la prestación social de IT⁴. El art.170.1 LGSS declara que, en estos 365 días, el INSS ejerce, a través de su Inspección Médica, *las mismas competencias que la Inspección Médica del SPS* para emitir, en su caso, una alta médica con efectos extintivos de la prestación social de IT o considerar existe recaída en el mismo proceso.

Bajo esta clara cobertura legal, el art. 4.3 RDIT otorga acceso directo de la inspección médica del INSS a los citados informes médicos complementarios y de control, elaborados por el SPS, para poder desarrollar funciones de control del mantenimiento del hecho causante de la IT. De igual modo, los arts. 4.3 y 8.1 RDIT asumen un ac-

4 La tendencia de las reformas de la gestión y control de la prestación social de IT ha sido intensificar los controles del INSS, con cierta desconfianza en el SPS. Desde esta perspectiva histórica de cambios normativos, ver RODRIGUEZ INIESTA, G, "El control y la gestión de la Incapacidad Temporal", *Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de Seguridad Social*, nº6, 2023, p.146-180.

ceso directo y telemático de los inspectores médicos del INSS a la documentación clínica de la atención primaria y especializada con esta finalidad. Con toda esta información, el art. 8 RDIT atribuye al INSS, mediante su servicio de inspección médica, facultades de control y seguimiento de la prestación social de IT, pudiendo realizar reconocimientos médicos obligatorios a los trabajadores con baja, conforme al art. 9.1 RDIT, sin perjuicio de las competencias del SPS. Efectivamente, y es un dato relevante del sistema, como declara el art. 9.1 y 2 RDIT, los inspectores médicos del INSS tienen capacidad para *“disponer que los trabajadores en IT sean reconocidos”*, con garantías de protección de datos personales, con una comunicación previa de 4 días hábiles. Como dictaminan, en el marco del art. 174 LGSS, los arts. 9.3 y 4 RDIT, la *“incomparecencia del trabajador”* conlleva la suspensión de la prestación social de IT y, en 10 días hábiles, su falta de justificación determina la extinción de la misma; las causas justificadas pueden conllevar un cambio de fecha del reconocimiento médico. Las comunicaciones de estos reconocimientos médicos a los beneficiarios de prestaciones sociales de IT, se realiza sin garantías formales claras (art. 9.3 RDIT), lo que ha motivado una jurisprudencia que aplica de manera estricta normativa administrativa de difícil encaje en estos procedimientos de control⁵. Existen por ello a veces demoras inexplicables en su tramitación.

Estas, sobre el papel, contundentes inspecciones médicas del INSS pueden conllevar partes de *alta*, como reconoce el art. 5.1 RDIT, al igual que hacen los médicos del SPS, con el efecto de la extinción de la prestación social de IT y la reincorporación al trabajo. El art. 170.1 LGSS declara, además, que tras el alta emitida por el INSS, este es el único competente para emitir nueva baja médica en la *misma o similar patología en 180 días*. El gestor de la prestación social, el INSS, tiene así un importante papel de supervisión médica, que puede hacer valer frente al SPS.

La dualidad confluye, de este modo, por la vía del servicio de inspección médica del INSS, en un control médico del hecho causante por personal médico de la entidad gestora, teniendo como herramienta el alta médica sin participación del SPS. El incentivo a este control es así mayor que en el SPS porque ya corresponde a quien gestiona la prestación social. La regulación vigente, en un esquema dual, parece adecuada en un plano teórico, porque el acceso telemático de la inspección médica del INSS a toda la información médica del beneficiario de una prestación social IT, junto a esta facultad de reconocimiento obligatorio con posible parte de alta si se verifica la recuperación de la capacidad de trabajar, permiten a la entidad gestora un seguimiento y control del hecho causante. La utilización de estas herramientas va a depender de los recursos y medios de la inspección médica del INSS, así como del ejercicio efectivo de estas facultades atribuidas en la regulación. En el plano práctico, como iré valorando, es donde comienzan los problemas: el SPS es quien tiene todo el personal médico y numerosos medios para llevar este seguimiento y control, pero

5 CRESPI FERRIOL, M, *“Absentismo burocrático: consideraciones críticas al hilo de la reforma de la incapacidad temporal”*, *Trabajo y Empresa*, 2023, Vol 2, nº1, p. 146-147.

carece de incentivos para llevarlo a cabo, mientras que el INSS tiene estos incentivos económicos, pero carece de recursos y medios efectivos sanitarios.

2.4. El control de las Mutuas que gestionan contingencias comunes

Las modulaciones de la dualidad en la gestión de las prestaciones sociales de IT en las contingencias comunes se reflejan también en cambios normativos que van atribuyendo un papel mayor a las Mutuas que asumen esta gestión como entidad colaborada de la SS y por voluntad de las empresas, en el marco del art.80.2.b y 82.4 LGSS⁶. Los partes de *baja médica*, como se ha expresado, corresponden, en estas contingencias comunes, exclusivamente a los médicos del SPS. Pero, en estos escenarios de colaboración privada, adquiere un papel primordial de control y seguimiento médico la Mutua, que comparte el papel de supervisión junto al INSS, como, dentro de la cobertura legal del art.82.4 LGSS, admiten los arts. 8 y 9 RDIT.

Efectivamente, cuando, por voluntad de la empresa, la gestión de contingencias comunes corresponda a las Mutuas, éstas pueden requerir al beneficiario de la prestación social de IT realizar un reconocimiento médico, con idéntica regulación que la inspección médica del INSS antes expuesta. La sustancial diferencia es que la inspección médica del INSS puede emitir el *alta*, con la extinción de la prestación social de IT, mientras que los médicos de las Mutuas tan sólo una *propuesta de alta* como declara el art.82.4.b y el art. 6 RDIT. Cuando los médicos de las Mutuas, que manejan toda la información clínica y pueden obligar a reconocimientos, consideren que el trabajador puede “*no estar ya impedido para trabajar*”, puede formular “*propuestas motivadas de altas médicas*” a la inspección médica del SPS que, en el plazo máximo de 5 días, se dirigirá a los profesionales médicos del SPS que han emitido los partes durante la IT; corresponde exclusivamente a los facultativos del SPS o confirmar la *baja* o admitir la propuesta a través del correspondiente parte de *alta médica*, que conlleva la extinción de la prestación social de IT y la vuelta al trabajo. La confirmación de *baja médica* debe ir acompañada de un razonamiento de la discrepancia con la Mutua e, incluso, la inspección médica del SPS puede revocarla, y emitir alta, si no está de acuerdo. Si, conforme al art.82.4.b LGSS, la *propuesta de alta* de la Mutua no es resuelta y notificada en plazo, ésta puede solicitar el alta directamente al INSS, competente también para emitir *alta definitiva* una vez realizadas las comprobaciones médicas pertinentes. Pero esta solicitud de la Mutua al INSS es excepcional, tan sólo en situaciones de incumplimiento del procedimiento por parte de la inspección médica del SPS, que es el eje de este sistema de propuesta y verificación con confirmación o eliminación de la *baja médica*. La supresión de propuesta de alta de Mutua

6 La tendencia de las reformas de gestión y control de la prestación social de IT ha sido también esta apertura a las Mutuas en las contingencias comunes, al margen de su tradicional papel en las profesionales, desde la reforma de 1994 en adelante. Desde esta perspectiva histórica de cambios normativos, ver RODRIGUEZ INIESTA,G, “El control y la gestión de la Incapacidad Temporal”, Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de Seguridad Social, nº6, 2023, p.146-180.

al INSS, fruto de la reforma de 2022 del art.82.4.b LGSS, va en dirección contraria a la tendencia de intensificar el control de la IT y tiene difícil explicación, salvo descargar trabajo a la inspección médica del INSS.

Por tanto, en estos escenarios, la Mutua, que gestiona la contingencia común, puede sólo *proponer alta*, que puede terminar siendo confirmada por el SPS o incluso en estos casos excepcionales por el propio INSS, pero no puede emitir el alta directa con efectos extintivos de la prestación social de IT. No es extraño que esta cuestión sea controvertida. Una posible reforma, que modularía con mayor firmeza la dualidad entre quien diagnostica y quien gestiona la prestación social podría ser otorgar directamente la capacidad de *alta directa* a los médicos de las Mutuas colaboradoras en estas contingencias comunes, en estos procedimientos de revisión y control del hecho causante, al igual que la inspección médica del INSS, que sí tiene atribuida esta facultad.

Por otra parte, la Mutua que gestiona contingencias comunes, como declara el art.82.4.d LGSS, puede realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos “*con la finalidad de evitar una prolongación innecesaria de estos procesos previa autorización del médico del SPS y consentimiento informado del paciente*”. La Mutua puede, con cautelas, ser prestadora de asistencia sanitaria en las contingencias comunes, pero siempre bajo la autorización del SPS y con consentimiento del paciente, a diferencia de los obligados reconocimientos de control y seguimiento. Los resultados de estas pruebas se incorporan al historial clínico del beneficiario de la prestación social de IT en el SPS. En este marco, las Mutuas pueden, conforme al art.82.4.e LGSS, suscribir convenios con el SPS para la realización en sus centros sanitarios de reconocimientos médicos, pruebas diagnósticas, informes, y tratamientos con compensaciones económicas. Estos convenios entre Mutuas y SPS, como luego desarrollaré, pueden ser especialmente útiles en la gestión de las prestaciones de IT, al lograr disminuir su duración a través de una más rápida asistencia sanitaria.

2.5. La competencia exclusiva del INSS tras los 365 días de baja médica

El art. 169.1 LGSS configura legalmente la situación de IT con una “*duración máxima de 365 días, prorrogables por otros 180 días*”. De este modo, el art.170.2 LGSS dispone, que, agotada la duración máxima de 365 días, la Inspección Médica del INSS pasa a ser la “*única competente para emitir el alta médica por curación o mejoría que permita la reincorporación al trabajo*” y para emitir “*una nueva baja médica en la situación de IT producida, por misma o similar patología, en los 180 días posteriores al alta médica*”. Por tanto, la superación de 365 días de baja médica, o estas situaciones de recaídas en 180 días, tras alta, conduce ya un modelo único y simplificado donde se aparta el SPS y adquiere protagonismo exclusivo el INSS a través de su inspección médica. Esta competencia la ejerce la inspección médica del INSS sin la necesidad ya del acompañamiento de informes de los órganos colegiados EVI, donde participaba un médico del SPS. La gestión está, así, en la esfera exclusiva del INSS.

Con esta cobertura legal, el art. 4.4 OM ESS/1187/2015 articula un procedimiento donde el médico del SPS, una vez que emite el último parte de confirmación de baja anterior al agotamiento de estos 365 días, informa al trabajador que la competencia a partir de ese momento de la IT corresponde ya al INSS, sin perjuicio de continuidad en la asistencia sanitaria. El médico del SPS comunica al INSS esta situación, especificando la fecha de agotamiento de los 365 días desde la fecha inicial de la baja, lo que conlleva la atribución exclusiva del control médico al INSS. La prórroga legal de 180 días más, con partes de confirmación de baja médica, corresponde así exclusivamente al INSS, y ya no al SPS. El mantenimiento del hecho causante, tras los reconocimientos médicos del INSS, puede determinar esta prórroga de la situación de IT, que alarga el pago de la prestación social al beneficiario. De hecho, conforme al art.170.2 LGSS, la prórroga de la IT es automática salvo que exista *alta médica*, que expide el propio INSS. Ello es fruto también de la reforma de 2022 en sentido contracorriente a intensificar el control de la IT. No es explicable que la prórroga de 180 días sea tácita y no sujeta a un reconocimiento médico específico del INSS.

El INSS puede así, en el ejercicio de sus competencias exclusivas, y conforme al art.174.1 LGSS, emitir *alta por curación o mejoría que permite la compatibilidad con el trabajo*, o, si no da el alta, dejar que se active la *prórroga automática* de IT con el tope temporal de 180 días. Dentro de sus posibilidades puede emitir también *alta con propuesta de incapacidad permanente*, comenzando a ser aplicable el régimen jurídico distinto al de una IT, con vistas a un posible reconocimiento de una pensión vitalicia por esta razón. La incomparecencia injustificada del beneficiario de la IT a un reconocimiento instado por el INSS puede conllevar también el alta médica y la extinción de la prestación social como reconoce el art.174.1 LGSS.

Estas decisiones de *alta médica* del INSS pueden originar un procedimiento de disconformidad del interesado, previsto en el art. 170.3 LGSS, una vez agotados los 365 días de baja, ante la inspección médica del SPS, con capacidad para instar al INSS la reconsideración de su decisión con fundamentos médicos, quedando la prestación social de IT prorrogada. La confirmación del SPS, o su falta de respuesta en 11 días naturales, conlleva que el alta médica adquiera plenos efectos, quedando definitivamente extinguida la prestación social de IT. Pero el SPS puede aceptar la disconformidad del interesado, quedando prolongada la prestación social de IT.

En cualquier caso, como dictamina el art. 174.1 LGSS, el transcurso de 545 días (365 + 180) extingue la prestación social de IT. La apertura de un expediente de incapacidad permanente, como declara el art. 174.2 y 3 LGSS, puede prolongar los efectos de la IT, si existe expectativa de mejoría con reincorporación al trabajo, con el tope temporal de 731 días desde la baja inicial sumando todos los tiempos, correspondiendo en exclusiva al INSS estas decisiones médicas. Es lo que se denomina expediente de incapacidad permanente con demora, habitual en la práctica en situaciones médicas todavía inciertas, y que prolonga los efectos económicos de la prestación social de IT con este tope máximo de 731 días. Estas transiciones entre IT y la incapacidad permanente están gestionadas exclusivamente por el INSS, con

un papel relevante, en este escenario ya sí, de los EVI, donde participan médicos del SPS. De nuevo, la dotación de recursos y medios médicos del INSS, con sus EVI, determinará la eficiencia, en la práctica, de esta competencia exclusiva. Y es en este aspecto donde se pueden detectar problemas que alargan en exceso la duración de las prestaciones sociales de IT.

3. VALORACIÓN DEL SISTEMA DE BAJAS MÉDICAS POR CONTINGENCIAS COMUNES

3.1. Complejidad de la dualidad con actores diversos, desincentivos al control e ineficiencias

El constatado sistema de bajas médicas por contingencias comunes responde a un modelo dual, como he expresado desde el inicio de este análisis. Existe un desglosamiento, o escisión, entre quien emite los actos médicos de acreditación de la situación de IT, el SPS, que presta con sus profesionales médicos la asistencia sanitaria ante la enfermedad, y la entidad gestora de la prestación social de IT, el INSS/TGSS, o las Mutuas, responsables de su pago en colaboración con las empresas. Las decisiones médicas que originan el nacimiento, mantenimiento y extinción de la prestación social de IT pertenecen al espacio del SPS, que a su vez presta asistencia sanitaria a la persona trabajadora, mientras que la gestión, control y pago de la propia prestación social corresponde al INSS/TGSS, o a las Mutuas, con fórmulas de participación y colaboración empresarial articuladas en el art. 173 LGSS. La entidad gestora de la asistencia sanitaria es el SPS, de competencia autonómica, y de la protección social es el INSS/TGSS, de competencia estatal, lo que escinde también las competencias administrativas territoriales, en marcos donde participan también las entidades privadas de las Mutuas y las propias empresas.

En este complejo sistema dual en las contingencias comunes, ya analizado conforme a la normativa vigente, participan actores diversos con distintos intereses y lógicas de actuación sin que exista una visión sistemática de todas las piezas del conjunto⁷.

1º *El SPS*. Es el eje del sistema de reconocimiento, gestión y control de la IT, a través de su nivel de atención primaria, pero su objetivo principal no es ese, sino, con sus profesionales médicos, diagnosticar adecuadamente la situación médica del trabajador, con fines dirigidos a su curación y rehabilitación, con derivaciones a médicos especialistas. El SPS gestiona la asistencia sanitaria, emancipada de la SS desde firmes fundamentos constitucionales y legales, con una lógica estrictamente de sa-

7 De especial interés las reflexiones al respecto de RODRIGUEZ INIESTA,G, "El control y la gestión de la Incapacidad Temporal", *Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de Seguridad Social*, nº6, 2023, p.180-184.

lud⁸. El reconocimiento, gestión y control de las prestaciones sociales de IT es una carga burocrática de trabajo añadida, con los expuestos deberes de comunicación telemática con el INSS y documentación, sin que los profesionales médicos del SPS entren a valorar exactamente que la causa de la enfermedad produce el efecto del impedimento al trabajo ni estén diseñados legalmente, por ahora, procedimientos de retorno al trabajo. La conexión funcional y causal es automática porque la baja médica opera, lógicamente, desde un diagnóstico de salud, sin especial valoración del hecho causante protegido por la protección social, que es el impedimento del trabajo por una IT. Resulta especialmente significativa la desconexión absoluta entre el SPS y los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas, que son los que conocen las capacidades de la plantilla, en toda la gestión de la IT.

El SPS decide, mediante actos médicos, con una lógica estrictamente sanitaria, el reconocimiento del hecho causante que debe gestionar el INSS. La propia Administración Autonómica Sanitaria es ajena a la SS y no tiene implicación presupuestaria en el voluminoso gasto público de prestaciones sociales por IT, siendo su prioridad, lógicamente, dotar al SPS de medios y recursos para una eficiente asistencia sanitaria en sus distintos niveles de atención. Esta gestión separada entre el responsable económico de las prestaciones sociales y el prestador de la asistencia sanitaria puede conllevar cierto desinterés del SPS en la problemática de la IT o que sean consideradas cargas burocráticas. Los médicos de atención primaria difícilmente entraran en conflicto con pacientes que solicitan bajas médicas, o sus confirmaciones, si se parte de un diagnóstico médico que es completamente ajeno al trabajo. El funcionamiento del SPS, que puede tener problemas de falta de medios o recursos para cubrir en debido plazo todas las situaciones médicas, inevitablemente repercute sobre la gestión y control de la SS en esta contingencia sin una intervención directa de esta entidad gestora. Por ejemplo, una lista de espera en una operación médica, dentro del SPS, repercute sobre los tiempos de la prestación social de IT, sin margen de gestión de la SS.

2º *La Inspección sanitaria del SPS.* Como se ha analizado, la Inspección sanitaria del SPS tiene atribuidas, en las contingencias comunes, importantes facultades de control de las bajas médicas, con capacidad de emitir el alta extintiva de la prestación social de IT. El sistema incorpora, a través de esta Inspección sanitaria interna, mecanismos de revisión de las decisiones médicas dada su proyección en las prestaciones sociales de IT. Pero el problema de este autocontrol interno, dentro del SPS, es el mismo que el antes expuesto. La Administración Autonómica Sanitaria es ajena a la SS y no será su prioridad potenciar este autocontrol con efectos económicos en el gasto de prestaciones sociales de IT que no es suyo. La Inspección sanitaria del SPS tiene pocos medios y recursos para llevar a cabo sus funciones de control médico, de

8 Desde esta perspectiva de análisis me remito a mi aportación LAHERA FORTEZA, J, "Rasgos y reflexiones sobre el Sistema Nacional de Salud" en AA.VV, *Cuestiones actuales en materia de Seguridad Social. Homenaje al profesor José Luis Tortuero Plaza, volumen 2*, Laborum, 2024, p.843 y ss.

tal modo que los procedimientos antes descritos, presentes en la normativa vigente, pueden ser ineficientes y no cumplir objetivos. Se constata idéntica desconexión entre la Inspección Sanitaria del SPS y los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas, lo que es significativo en la ausencia de un control causa y efecto de la enfermedad con la merma de capacidades laborales.

3º *El INSS a través de su Inspección Médica.* El INSS es realmente la entidad gestora de la prestación social de IT, condicionada por los actos médicos del SPS, con quien, como se ha observado, se está en continua comunicación respecto a las bajas médicas y su evolución. Pero el INSS no es responsable directo de la atención de la salud del beneficiario de prestaciones sociales de IT ni presta asistencia sanitaria. Las facultades atribuidas de gestión y control de los requisitos del hecho causante de la IT, enfermedad que impide el trabajo de manera transitoria, difícilmente van a tener eficiencia cuando el INSS es completamente ajeno a la asistencia sanitaria. El sistema, como he expuesto, atribuye, a través de la Inspección médica del INSS, importantes facultades de revisión de los actos médicos del SPS durante los primeros 365 días de baja, con acceso directo a información clínica. En el ejercicio de estas revisiones ya operan incentivos al control, porque la Administración Estatal de SS es la responsable del pago de prestaciones sociales de IT en colaboración con las empresas, pero el problema es la ausencia de recursos y medios médicos para ejercer esta función, en contraste con el SPS, que los tiene, pero carece de estos incentivos.

Los admitidos (art.10 RDIT), y presentes en la realidad, convenios entre el INSS y los SPS autonómicos son una vía para mejorar esta eficiencia porque la Inspección médica del INSS puede aprovechar ciertos recursos del SPS con esta finalidad. Curiosamente se terminan aprovechando medios de quien se está controlando, lo que es también disfuncional. Pero esta vía, además, no soluciona el problema estructural de la revisión médica a través del INSS, en especial en estos primeros 365 días, que es la ausencia de una auténtica estructura sanitaria para llevar a cabo esta función. La facultad de emisión de alta de la Inspección Médica del INSS está reconocida, como he expuesto, con revisiones y controles de las decisiones del SPS, que se han ido reforzando, pero el problema de fondo es esta falta de estructura sanitaria y recursos. A partir de los 365 días ya el INSS asume en exclusiva todos los actos médicos y es probable que estos escasos recursos sanitarios se vuelquen más en estas situaciones, o, a través de los EVI, en la propia gestión de las incapacidades permanentes, que en las revisiones de bajas médicas de menor duración. Las prórrogas tácitas de IT de 180 días o que se hayan suprimido propuestas de alta de Mutuas directas al INSS son muestras de estas prioridades con los escasos recursos existentes.

4º *Mutuas.* Son las entidades privadas colaboradoras de SS que, en contingencias comunes, pueden asumir la gestión de la prestación social de IT, pero con capacidades de control limitadas y con una muy condicionada posibilidad de prestar asistencia sanitaria. Como ha sido expuesto, la normativa vigente les atribuye competencias similares de control médico a la Inspección Médica del INSS, pero sin capacidad de emitir alta médica con efectos extintivos en la prestación social. Tienen competen-

cias de propuesta motivada de alta médica que, en su caso, debe confirmar el SPS, con posible rechazo y confirmación de la baja. La Mutua no puede ni dirigir la propuesta de alta al INSS, que sólo aparece ante retrasos de contestación del SPS. Por tanto, si la gestión y control la asume el INSS sí existe un contrapeso de control al SPS con altas médicas directas que extinguen la prestación de IT, pero si la asumen las Mutuas no porque la propuesta de alta queda en manos del propio SPS. Existen así diferencias entre el control público y la colaboración privada de la entidad gestora, dependiendo de quien asume la competencia en contingencias comunes. La diferencia puede residir en esta variable pública o público/privada o en la idea de la ausencia de medios y recursos de las Mutuas para un control directo de las altas médicas en las contingencias comunes. Esta opción ofrece un marco de discusión porque el INSS tiene el mismo problema, agravado frente a la entidad privada que sí tiene estructura sanitaria, y en contingencias profesionales ya se ha entregado sin problema todo el procedimiento de bajas médicas a las cuestionadas Mutuas. Como he expuesto, la posibilidad de que la Mutua sea prestadora de asistencia sanitaria queda también condicionada a la autorización del SPS y al consentimiento del paciente, cuando ello puede acortar los tiempos de duración de la prestación social de IT. Rige así desconfianza respecto a las Mutuas cuando, a la vez, se les atribuye la capacidad de gestión de la IT en contingencias comunes.

Los convenios de colaboración entre el SPS y las Mutuas, reconocidos en el art.84.2.e LGSS y art. 10 RDIT, pueden ser la herramienta para lograr desbloquear esta desconfianza y ganar eficiencia en la gestión de la IT a través de esta colaboración público/privada. Así, con acierto, el Decreto-Ley 11/2024 incorpora una DA sexagésima LGSS, desarrollando el acuerdo social de negociación colectiva 2023-2025, que intenta, en este contexto, incentivar estos convenios de colaboración entre el SPS y las Mutuas, reconocidos en el art.84.2.e LGSS, de esta manera: *"en el plazo de 3 meses, se creará una comisión estatal para la vigilancia y el control de la ejecución de los convenios de los servicios públicos de salud con las mutuas, así como para evaluar el funcionamiento operativo de los mismos, estudiar y proponer la adopción de medidas necesarias para mejorar su efectividad e impulsar su aplicación. Además, dicha comisión procederá al análisis de la incapacidad temporal por contingencias comunes, incluyendo el seguimiento de las causas, la incidencia y duración de los procesos; procediéndose a estudiar el impacto que la respuesta del Sistema Nacional de Salud, en cada uno de los ámbitos, tiene en los procesos de incapacidad temporal; y establecer líneas de actuación dirigidas a proteger la salud de las personas trabajadoras y así reducir el número de procesos y su duración, incluido el seguimiento y evaluación de dichas actuaciones. Dicha comisión estará integrada por el Gobierno, por medio de representantes de la Secretaría de Estado de Seguridad Social y pensiones, y por representantes de las organizaciones empresariales y sindicales más representativas a nivel estatal. Igualmente, en cada Comunidad Autónoma se constituirá una comisión de seguimiento de los convenios para la mejora en la gestión de la incapacidad temporal y de asistencia sanitaria entre la respectiva Consejería competente en materia de Sanidad, las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad So-*

cial y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, de la que formarán parte cada uno de los agentes sociales que tengan representación en las comisiones ejecutivas del Instituto Nacional de Seguridad Social en ese territorio". De esta forma, se reconoce en parte el problema de esta diferencia entre control público y público/privado en las bajas médicas comunes, no del todo justificada, y se abren puertas a análisis comparativos y al impulso de convenios del SPS, de competencia autonómica, con las Mutuas para una mejora de la gestión de las prestaciones sociales IT. Pero, hasta ahora, sin atribuir capacidad de alta directa a las Mutuas en contingencias comunes ni abrir una posible asistencia sanitaria emancipada del SPS.

Participan, en consecuencia, en el complejo modelo dual de las contingencias comunes, hasta cuatro actores distintos con incentivos diversos, originando una obra que se podría encuadrar en el teatro barroco. El SPS y su Inspección Médica es el eje porque presta asistencia sanitaria, con todos los recursos y medios, y es el protagonista principal, sin duda, del procedimiento de desarrollo de las bajas médicas, con confirmaciones de bajas y altas, pero con competencias instrumentales porque quien gestiona y controla es el INSS o las Mutuas que lo asumen. Cierta desconfianza en el debido funcionamiento del SPS en la tramitación de los actos médicos, con consecuencias económicas en la SS, fundamenta que el INSS o las Mutuas haya entrado cada vez más con mecanismos de acceso a información clínica y control directo de los beneficiarios de prestaciones sociales de IT⁹. Pero con resultado desigual porque el INSS carece de estructura sanitaria, con una Inspección Médica, que da prioridad seguramente a la gestión exclusiva de bajas de larga duración que superan los 365 días y a los prolongados tránsitos hacia la incapacidad permanente, y las Mutuas, que sí tienen estructura sanitaria, carecen de competencias normativas de altas que extinguen la prestación social de IT controlada y de asistencia sanitaria propia emancipada del SPS. Los convenios entre el SPS y el INSS intentan mejorar la eficiencia, aprovechando recursos de quien se controla, y los convenios entre el SPS y las Mutuas también, pero sin competencias directas de altas médicas, confirmadas por quien se controla. Estos convenios de colaboración administrativa, con la complejidad de combinar el nivel estatal y autonómico en cada territorio, son positivos, aunque no dejen de confirmar la presencia de un problema estructural no bien resuelto y que parte de la segregación entre asistencia sanitaria y gestión de las prestaciones sociales de bajas médicas.

Como ya he expresado, los incentivos del SPS en el control, desde una lógica de racionalización de gasto económico social son inexistentes, y los medios del INSS y las Mutuas, que sí tienen estos incentivos, son escasos, careciendo además éstas de la facultad de emitir altas con efectos extintivos de la prestación social o de la prestación directa de asistencia sanitaria. El papel de las empresas, que tienen altos costes durante las situaciones de IT de sus trabajadores, en forma de pago directo al inicio y delegado después y de cotizaciones sociales en toda su duración, es, por su parte, inexistente. Resulta algo, al menos sorprendente, como un fantasma en la batalla, el

9 GORELLI HERNANDEZ, J, "El control de la incapacidad temporal", cit, p. 460-462.

papel de este personaje en la sombra. No me corresponde en este estudio analizar las facultades de control médico de las empresas, canalizadas a través de reconocimientos del art.20.4 ET a sus trabajadores, pero sí afirmar que carecen de cualquier competencia instrumental que pueda repercutir en la gestión de la baja médica y en la prestación social, salvo en las mejoras voluntarias pactadas en convenio colectivo a su cargo¹⁰. Las deficiencias del modelo de control público dual de contingencias comunes no son contrarrestadas con un mayor papel directo de las empresas en el control médico de sus trabajadores, ni siquiera en las bajas de corta duración asumidas íntegramente con sus costes. Tampoco existen, como he constatado con énfasis, canales entre los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas y el sistema de gestión de la prestación social de IT. No existe, por lo expuesto, un planteamiento normativo holístico ni coherente en el tratamiento del absentismo laboral, que integre a todas las estructuras del sistema en ello –SPS, INSS, Mutuas, empresas y servicios de prevención de riesgos laborales–.

En este contexto, la comunicación entre el funcionamiento del SPS y el gasto social de prestaciones sociales de IT es estrecha. Cualquier ineficiencia o anomalía del SPS, dotados de recursos y medios en ámbito autonómico bajo coordinación estatal, afecta a la gestión de las prestaciones sociales de IT y a su gasto público. El problema no es a veces tanto el adecuado diagnóstico de los médicos del SPS sino las demoras en la atención sanitaria, tanto básica como especializada, con tiempos largos de espera, que repercuten en la duración de la baja médica en el plazo de 365 días y luego en sus prolongaciones. Las tensiones del SPS terminan impactando en la gestión de la prestación social del INSS o las Mutuas, o en los propios costes económicos de la IT asumidos por las empresas. Los márgenes de control por ambas vías se ven condicionados y limitados por estos problemas del SPS, el auténtico nudo gordiano del sistema.

Existen, además, problemas de ineficiencia, no bien resueltos, en la comunicación a trabajadores y empresas del procedimiento de gestión y control de las prestaciones sociales de IT. La reforma del RDIT en 2022 fue positiva, aprovechando la digitalización del sistema, pero, como ya he señalado, en las notificaciones de bajas y altas todavía se generan problemas y demoras que alargan inexplicablemente los procedimientos¹¹. Y además la propia reforma de 2022 incorporó medidas difíciles de explicar, como la prórroga táctica de IT tras 365 días o la supresión de propuesta de alta de Mutuas a INSS, a contracorriente del control del absentismo laboral¹².

10 No existe, como tal, ningún procedimiento siquiera de comunicación al SPS de la localización de fraude en una baja médica por parte de la empresa ni de consecuencias en los efectos de la prestación social IT. Aún así SALA, T;SALAS, A, *La incapacidad temporal; aspectos laborales, sanitarios y de Seguridad Social*, Tirant lo blanch, 2007, p.220-223, apelan a una OM de 1974 para que la empresa pueda al menos informar de ello al SPS.

11 CRESPI FERRIOL,M, "Absentismo burocrático: consideraciones críticas al hilo de la reforma de la incapacidad temporal", *Trabajo y Empresa*, 2023, Vol 2, nº1, p.146 y ss.

12 Como bien apunta VIVERO SERRANO,J, "El absentismo laboral por motivos de salud: modelo para armar. Recensión al libro de Mar Crespi, Incapacidad temporal y absentismo laboral", *Trabajo y De-*

3.2. Desconexión con la capacidad del trabajador, rigidez de las bajas médicas y disfunciones con la regulación de la incapacidad permanente

El otro gran rasgo del sistema de bajas médicas, en este caso común en contingencias comunes y profesionales, es que se vincula estrechamente, y con enorme rigidez, la enfermedad, detectada en el SPS con vistas a la curación, con el *impedimento al trabajo*, sin que la entidad gestora de SS, el INSS o las Mutuas, encargadas de la prestación social de IT, puedan de inicio intervenir en la verificación efectiva del hecho causante ni sus mecanismos de control de actos médicos tengan especialidades en esta dirección que conecta causa y efecto. La *baja médica* es un diagnóstico de salud, del SPS, que conduce siempre al *impedimento del trabajo*, con unas tablas de duración estimada, sin un análisis médico de esta correlación causa y efecto ni al inicio ni en la tramitación de todo el desarrollo de la prestación social de IT. Es un dato evidente que no existan cauces entre los servicios de prevención de riesgos de las empresas, que evalúan y articulan planes de seguridad en todos los puestos de trabajo, y el sistema de gestión de la prestación social de IT, sin información laboral apenas para decidir sobre la capacidad del trabajador y sus opciones para trabajar con posibles ajustes de su puesto de trabajo. En realidad, es que el sistema está ideado para dar y mantener bajas médicas durante las enfermedades, que automatizan la incapacidad laboral, sin valoraciones específicas funcionales, lo que explica esta marginación de los servicios de prevención de las empresas o que éstas carezcan de herramientas de control integradas en el sistema.

Las bajas médicas son excesivamente rígidas¹³. O se está de baja, y no se puede trabajar, o se está de alta, y trabajando. No existen, a diferencia de otros países, situaciones intermedias donde, bajo supervisión médica, se pueda compatibilizar la baja médica con el trabajo retribuido o existan cauces de retorno a la actividad laboral durante su duración. La baja médica es concebida como una inactividad laboral que se abre y cierra sobre un mismo punto. No se valora en el sistema de gestión y control de la IT, antes examinado, si existen situaciones de posible compatibilidad de la baja médica con el trabajo habitual u otras ocupaciones, ni se establecen cauces de posible retorno a la empresa durante la misma con ajustes razonables del puesto de trabajo. La suspensión del contrato de trabajo, que reserva el puesto de trabajo, es coincidente con la baja médica rígida, sin matices, ni posibilidad de graduación. Es un modelo binario de *baja* y *alta*, donde la realización de trabajos está prohibida

recho, 2024, nº114, tienen difícil explicación algunas reformas recientes en dirección contraria a la disminución del gran problema del absentismo laboral como estas dos apuntadas, la derogación total del despido por absentismo, las consecuencias del reconocimiento legal de la discriminación por enfermedad en la Ley 15/2022, con consecuencias jurisprudenciales en los pluses salariales anti absentismo, o la inacción ante mejoras voluntarias de IT.

13 De referencia en este certero diagnóstico, las aportaciones de CRESPI FERRIOL,M, *Incapacidad temporal y absentismo laboral: prevención, control y retorno al trabajo*, Cinca, Madrid, 2022; "Incapacidad temporal y programas de retorno al trabajo: una reforma necesaria", *Trabajo y Derecho*, nº73, 2021;"Incapacidad temporal parcial o flexible: apuntes para el diálogo social sobre el retorno al trabajo", *Trabajo y Derecho* nº122, 2025.

(art.175.1.b LGSS), sin situaciones intermedias ni cauces de retorno con ajuste del puesto de trabajo. La jurisprudencia matiza este modelo binario, construido sobre el eje del puesto de trabajo habitual, con alguna apertura en situaciones de pluriactividad o pluriempleo, donde la baja médica incapacita para un trabajo, pero no para otras ocupaciones, pero la configuración legal es claramente rígida. El trabajador sólo se reincorpora a la empresa tras el alta médica, por *mejoría o curación definitiva* (art.174.1 LGSS) y nunca con anterioridad. La empresa no puede activar procedimientos de ajustes razonables del puesto que faciliten el retorno durante la baja médica ni el propio trabajador puede solicitarlos si su voluntad es trabajar con distintas condiciones que sean compatibles con su salud. A diferencia de otros países¹⁴, en España brillan por su ausencia los programas de retorno al trabajo durante las bajas médicas, al no estar reguladas en ninguna de sus formulaciones, reincorporaciones progresivas, cambios provisionales de puestos de trabajo, ajustes razonables del puesto acordes con la salud, la habilitación temporal de teletrabajo o ayudas al desplazamiento ante problemas de movilidad. No existe regulación alguna, ni cauce alguno de retorno al trabajo en bajas médicas. Se asume el modelo binario en sus consecuencias de bajas médicas que pueden dejar inactivo al trabajador durante largos tiempos hasta el alta definitiva. El alta puede ser por *mejoría* que permita ya el trabajo, no siendo imprescindible una *curación definitiva*, y ello queda en manos de los diagnósticos médicos dentro del procedimiento de gestión y control de la IT¹⁵, pero ello no suple la deficiencia de carecer de estos cauces de reincorporación al trabajo durante la duración de la propia baja médica. Lo cierto es que ni siquiera existen procedimientos de reincorporación al trabajo al trabajo tras alta definitiva, salvo escasas experiencias convencionales, o las derivadas de buenas prácticas de los servicios de prevención de riesgos laborales¹⁶. La regulación permanece ajena a esta realidad, durante la baja y tras el alta, cuando retornar a la empresa durante o tras una enfermedad tiene singularidades que deben ser atendidas. Otros países de nuestro entorno desarrollado han avanzado en esta dirección, que protege simultáneamente la salud y el trabajo, pero la legislación española no.

Como luego desarrollaré, es, por tanto, necesaria una reforma que otorgue flexibilidad a las bajas médicas. Hay situaciones de incapacidad temporal de larga duración donde la reincorporación al trabajo puede ser gradual, con compatibilidad entre prestación y salario parcial, y otras, en particular derivadas de la enfermedad mental, donde el criterio médico puede recomendar una reincorporación al trabajo retribui-

14 Analiza algunas experiencias internacionales CRESPI FERRIOL,M, *Incapacidad temporal y absentismo laboral: prevención, control y retorno al trabajo*, Cinca, Madrid, 2022; "Incapacidad temporal y programas de retorno al trabajo: una reforma necesaria", *Trabajo y Derecho*, nº73, 2021.

15 SALAT;SALAS, A, *La incapacidad temporal; aspectos laborales, sanitarios y de Seguridad Social*, Tírant lo blanch, 2007, p. 23.

16 Las escasas experiencias de convenios colectivos que establecen planes de retorno en bajas médicas de larga duración los articulan lógicamente tras el alta en este marco normativo rígido, ver FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ, J.J, "La incapacidad laboral de larga duración y la reincorporación al trabajo", *Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de Seguridad Social*, 2025, nº11, p.49 y ss.

do que forma parte del tratamiento de curación. Hay dolencias traumatólogicas que impiden el desplazamiento a la empresa, pero no el teletrabajo bajo supervisión médica. Con criterios científicos es posible contemplar en la Ley bajas médicas flexibles que respeten siempre la salud de las personas trabajadoras. En la normativa vigente, expuesta, no existen cauces para este análisis médico/laboral, ni dentro del SPS, ni en sus controles externos a través del INSS o las Mutuas. Resulta inviable una baja o una confirmación de baja médica donde el diagnóstico científico concluya en una compatibilidad con el trabajo, ya sea total o parcial, o con ajustes de puestos de trabajo. Con criterios científicos, existen dolencias que permiten esta flexibilidad, y que incluso son recomendables dentro de la asistencia sanitaria y los tratamientos médicos recibidos.

Este problema se agrava tras la reciente reforma de la extinción del contrato de trabajo de personas trabajadoras con una *incapacidad permanente* (Ley 2/2025 que incorpora un nuevo art.49.1.n en el Estatuto Trabajadores), que supera la anterior automatización extintiva derivada de esta resolución de la Seguridad Social¹⁷. Sin entrar en detalles de la nueva regulación sí quiero mostrar que es disfuncional con el diseño actual de la IT. El nuevo sistema da 10 días a la persona trabajadora tras la resolución de Seguridad Social de incapacidad permanente para solicitar los ajustes razonables de su puesto de trabajo y abre un plazo de 3 meses para que la empresa, previo informe de los servicios de prevención, ofrezca cambios adecuados laborales o una vacante en un puesto de trabajo compatible conforme a esta nueva situación. La persona trabajadora puede no solicitar el ajuste o rechazar el cambio laboral propuesto, procediendo entonces la empresa a extinguir el contrato de trabajo sin indemnización. En este procedimiento se articulan causas objetivas extintivas que puede acredecir la empresa como la carga económica excesiva del ajuste laboral y la ausencia de vacante de un puesto de trabajo compatible con la incapacidad permanente tras el imposible ajuste bajo criterios preventivos. Estas causas objetivas empresariales pueden motivar una extinción contractual igualmente no indemnizada. Si existe acuerdo en el ajuste o cambio laboral entre empresa y trabajador, sin que concurran estas causas objetivas extintivas, la reforma articula la suspensión de la pensión pública de incapacidad permanente si es incompatible con el trabajo asalariado

La modificación laboral de la *incapacidad permanente* sin cambios en la normativa de Seguridad Social muestra una incoherencia difícil de explicar¹⁸. La regulación social de la incapacidad permanente total determina una incapacidad definitiva para desarrollar la profesión habitual constatada por la Seguridad Social, mientras que la norma laboral parece admitir ajustes razonables en el mismo puesto desarrollado por esta profesión habitual. Es previsible que los informes preventivos de las empresas

17 Esta cuestión se aborda de manera específica en el capítulo de los profesores Francisco Pérez de los Cobos y Javier Thibault de este monográfico dedicado al absentismo.

18 Ver LAHERA FORTEZA, J, "Incoherencias de la nueva regulación de la extinción del contrato de trabajo por incapacidad permanente", BRIEF AEDTSS 2025 nº60.

sean contrarios al ajuste, para no contradecir al equipo evaluador público, y que la solución sea encontrar vacantes en profesiones distintas, existentes probablemente en contadas ocasiones. Aún resuena más la incoherencia en la incapacidad permanente absoluta o gran invalidez donde la Seguridad Social declara la incapacidad definitiva para desarrollar cualquier actividad profesional mientras que la norma laboral parece aceptar ajustes razonables o cambios de puestos de trabajo bajo el criterio de los servicios de prevención de las empresas. Es probable que ninguna de estas situaciones supere informes preventivos positivos. El margen de mantenimiento de empleo, en consecuencia, es muy limitado en estas situaciones, y lo más frecuente será la extinción no indemnizada del contrato de trabajo por parte de la empresa. Resulta también contradictorio que la norma haya mantenido la suspensión contractual en incapacidades permanentes con expectativa de mejoría durante dos años, sin acceso a los ajustes laborales, frente a quien está en peor situación médica.

El problema de esta nueva regulación laboral no es sólo la descoordinación normativa, con estas disfunciones, sino, en lo que aquí más interesa, su desconexión con la *incapacidad temporal*. Las bajas médicas temporales continúan siendo rígidas, sin posibilidad alguna de una posible compatibilidad con el trabajo o procedimientos de reincorporación progresiva adaptada a la empresa, ni siquiera tras un alta, y los ajustes razonables laborales son articulados al final del trayecto, cuando ya declara la Seguridad Social una incapacidad permanente. Se desaprovecha así el largo tiempo que puede transcurrir entre una *incapacidad temporal* y *permanente*, en ocasiones hasta 731 días sumando todas las prórrogas y prolongación de efectos, para intentar luego mantener el empleo de manera tan desafortunada, cuando los equipos públicos evaluadores diagnostican una incapacidad para trabajar en la profesión habitual o en cualquier actividad laboral.

El procedimiento de ajuste razonable de puestos de trabajos, bajo criterios preventivos, se debería de haber articulado antes de la incapacidad permanente, precisamente en estos largos trayectos de largas bajas médicas temporales con posibilidad de reincorporación adaptada, como luego precisaré en una propuesta de reforma, sin perjuicio de un intento al final del camino para dar cauce a la extinción del contrato de trabajo no indemnizada. La reforma de la *incapacidad permanente* debería haber acomodado el doble plano laboral y social, pero, especialmente, debería haber sido aprovechada para reformar la *incapacidad temporal* con un sistema de bajas médicas flexibles, compatibles con el trabajo bajo supervisión científica, y procedimientos de reincorporación ajustada a la empresa en las de más larga duración.

Los ajustes razonables de puestos de trabajo son exigencias de la normativa de prevención de riesgos en personas con discapacidades sobrevenidas que no determinan una incapacidad temporal ni permanente. Existe suficiente práctica profesional de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas que logra su buena integración en los planes de seguridad y salud en el trabajo. La reforma pendiente debería extenderlos, de manera sistemática y coherente, no cómo se ha realizado, a situaciones de *incapacidad temporal* de larga duración con posibilidades

médicas de reincorporación adaptada y, en su caso, tras la ya *incapacidad permanente*, con una revisión de la compatibilidad entre la pensión pública vitalicia y salario.

3.3. Escasos desincentivos al fraude en las bajas médicas

Cabe introducir, una vez valorado el sistema desde sus actores diversos y el rasgo de su rigidez, el factor de un posible uso fraudulento de las bajas médicas de IT, que conlleva para el beneficiario la pérdida de la prestación social (art.175 LGSS). El fundamento del sistema de IT es un acto médico del SPS, dentro del procedimiento de las bajas y confirmaciones de bajas o altas, con estos controles del INSS o las Mutuas, pero no directamente de las empresas. Sólo cabe confiar en la profesionalidad de los médicos del SPS y en la eficiencia de estos controles externos para averiguar este tipo de fraude, que se presupone no es generalizado. Quizás una mayor intervención directa de los reconocimientos médicos de las empresas, con vías de comunicación al SPS o INSS y Mutuas, y determinación de consecuencias directas, podría intensificar el control de este riesgo, pero el punto de partida es la confianza de profesionalidad de este conjunto de actos médicos. La constatada desconexión entre los servicios de preventión de riesgos de las empresas y el sistema de gestión de la prestación social de IT, en sí misma, no desincentiva precisamente el fraude en bajas médicas.

Dicho esto, la Ley debería contemplar mayores desincentivos al fraude en las bajas médicas. Así ocurre ya con la ausencia de salario o prestación social los primeros tres días de baja, ideada en esta dirección, y ello es la razón principal de desplazar el coste a la empresa del día 4 al 15 en las contingencias comunes (art.173 LGSS), aunque ello no conlleva que el control empresarial de reconocimientos médicos (art.20.4 ET) tenga efectos en la prestación social de IT. Son medidas antifraude que pueden estar ocasionando sobrecostes empresariales a valorar, al no ir acompañadas de un control médico directo de la empresa. Pero el principal problema de fondo en esta cuestión es que el sistema otorga a la negociación colectiva una gran capacidad de implantar mejoras de la prestación social, obligando al pago salarial estos tres días o complementando hasta el 100 por 100 el salario durante las bajas, que pueden cooperar al fraude¹⁹. No es lógico que exista la misma renta trabajando que en baja médica y por ello las prestaciones sociales se diseñan con este criterio bajo siempre una cobertura alta, aquí entre 75 y 60 por 100. Como luego reiteraré, se debería limitar la capacidad de los convenios colectivos de destruir esta arquitectura equilibrada, estableciendo por ejemplo la imposibilidad de pago salarial los tres primeros días, el no acceso a la mejora en 15 días que paga la empresa, y el tope de 85 por 100 de renta en estas mejoras sociales. El desincentivo al posible fraude, con impacto en gasto público, lo justifica.

19 GARCÍA VIÑA, J, *El absentismo laboral y su gestión por la negociación colectiva*, Aranzadi, 2025, p. 94-106.

4. PROPUESTAS DE REFORMA DE BAJAS MÉDICAS POR CONTINGENCIAS COMUNES

4.1. El aumento de las bajas médicas y sus costes económicos públicos y privados: la necesidad de una reforma normativa

Esta aportación parte de una premisa sustentada en un sólido consenso social y político: la protección laboral y social frente a enfermedad de las personas trabajadoras es uno de los fundamentos esenciales de nuestros Estados del Bienestar. La enfermedad, ya sea una dolencia física o mental, o consecuencia de un accidente, es un hecho que puede sufrir cualquier persona, y merece de manera incuestionable esta doble protección laboral y social, en el marco además de avanzados sistemas públicos de sanidad que procuran el buen diagnóstico, los tratamientos adecuados y la curación final. Es indudable que, en el marco del contrato de trabajo, la enfermedad debe ser catalogada como un supuesto de suspensión contractual con reserva del puesto de trabajo como reconoce nuestra legislación laboral. Es igual de indudable que, en el marco de la Seguridad Social, la enfermedad debe ser contemplada como una contingencia protegida de baja médica con prestación social sustitutiva del salario, como reconoce nuestra legislación social.

Sobre estas premisas, de gran consenso, cabe reflexionar siempre sobre la eficiencia de la regulación laboral y social frente a la enfermedad sin sacrificar en ningún caso la protección de la salud de las personas trabajadoras bajo la indispensable supervisión médica. Este estudio es una reflexión crítica en esta línea y desde la perspectiva de la gestión y control de las prestaciones sociales de IT, teniendo en cuenta el aumento de las bajas médicas de los últimos años.

Recientes y rigurosos informes, como el presentado por la Asociación de Mutuas de Accidente de trabajo (AMAT) y el exhaustivo trabajo del Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (IVIE) sobre absentismo laboral²⁰, muestran, efectivamente, en España incrementos sustanciales de población protegida por bajas médicas derivadas de contingencias comunes, ajenas al trabajo, en los últimos diez años (24,71 por 100) y de procesos iniciados de acceso a prestaciones sociales de incapacidad temporal transitoria (121,55 por 100) con aumentos de duraciones medias (7,90 por 100). Estos incrementos son especialmente detectados en los últimos cinco años, descontando la excepcionalidad de la pandemia. Los indicadores muestran que los aumentos de bajas médicas son generalizados en todos los sectores, con mayor impacto en unos que en otros, y en todas las CC.AA, aunque con datos des-

20 *Evolución de los indicadores de absentismo laboral*, AMAT, 2025. *Estudio Socioeconómico de la evolución de la incapacidad temporal y la siniestralidad en España*, (director J.M Peiró), IVIE, 2025. Accesibles ambos en digital desde sus webs. De especial interés, las conclusiones de informe IVIE, p.195-206 tras un exhaustivo análisis de datos de bajas médicas del período 2016-2023. Me remito a estas conclusiones con base empírica para partir de la presencia de un gran problema en España de absentismo laboral por razones de salud física y mental. Este hecho objetivo está ya muy presente en los medios y en la opinión pública y política.

iguales, afectando a todas las franja de edad de las personas trabajadoras, incluyendo jóvenes. No es un problema, en consecuencia, específico, sectorial, territorial o de envejecimiento de la población, sino ya estructural y general de España.

El impacto económico de esta realidad en costes para las empresas, que asumen los salarios de bajas médicas del 4º al 15º día, los complementos de mejora de IT presentes en numerosos convenios colectivos y las cotizaciones durante toda la suspensión contractual en nuestra legislación social es muy elevado, con aumentos sustanciales, al margen de los costes organizativos y productivos. El gasto social en prestaciones sociales públicas de incapacidad temporal refleja también una gran subida y se sitúa ya en 1,4 por 100 PIB. La repercusión en gasto empresarial es un lastre de nuestra Economía que impide avances en la productividad y, probablemente, en los necesarios incrementos salariales. El impacto financiero en la Seguridad Social, por su parte, tiene consecuencias en la sostenibilidad de toda la protección social. Los informes calculan un gasto anual de 33.000 millones de euros derivados de procesos de IT. El citado Informe IVIE sitúa en 80.000 millones de euros el coste total del absentismo laboral por razones de salud, entre el gasto público social y el impacto empresarial, lo que, sea o no cercana la estimación de esta cifra a la realidad, muestra la magnitud del problema.

El aumento de la tasa de ocupación laboral, gracias a la buena tendencia económica y de empleo de los últimos años, y las consecuencias negativas para la salud, física o mental, derivada de la pesadilla de la pandemia pueden explicar, en parte, estos datos. Pero se observa una evidente desproporción entre los aumentos de trabajadores ocupados y los incrementos de bajas médicas, y la superación de los efectos perniciosos de la pandemia lleva ya un tiempo considerable de consolidación. La incidencia del empleo, según análisis empíricos fiables, puede explicar el 40 por 100 de esta alza de bajas médicas, pero el 60 por 100 restante se debe a otros factores, que son los que deben ser analizados. Se detectan especiales picos de crecimiento de bajas médicas comunes de baja duración y las que superan los 365 días, por lo que el foco hay que ponerlo en ambas realidades con problemática propia. También se evidencian alzas en las algias y dolencias mentales, que fundamentan numerosas bajas médicas de ambos tipos, cortas recurrentes y de larga duración. El informe IVIE constata incrementos específicos significativos de repeticiones de bajas médicas en un mismo trabajador por ambas dolencias. Es un ámbito que hay que atender especialmente. En la comparativa con países de la Unión Europea, que comparten nuestros mismos fundamentos consensuados de protección laboral y social de la enfermedad, dentro de sistemas avanzados de sanidad pública, estos informes empíricos muestran que nuestros datos de bajas médicas son, en términos proporcionales a la población ocupada, también especialmente desproporcionados. Es un dato relevante y preocupante. España está en la zona más alta de absentismo laboral por razones de salud de la Unión Europea.

El contraste entre la regulación laboral y social de otros países europeos y España de la enfermedad es, por ello, una buena metodología porque permite, dentro del máximo respeto a la protección de la salud de las personas trabajadores, realizar aquí

reformas en una buena dirección. Y este tipo de contraste muestra que España tiene tres deficiencias en la regulación de las bajas médicas que deben corregirse, y que he apuntado en este estudio:

- 1º Un control ineficiente de las bajas médicas en las contingencias comunes.
- 2º La rigidez de las bajas médicas que impide procesos de retorno al trabajo y cauces de compatibilidad laboral.
- 3º Escasos desincentivos al posible fraude en las bajas médicas.

Existen otros elementos en el diseño de la prestación social IT (o de sus cotizaciones con un sobrecoste para las empresas) y en la gestión empresarial del absentismo laboral a corregir. No me corresponde identificarlos en este estudio, centrado en la gestión y control público de la situación de IT. Desde esta perspectiva, las reformas deben solucionar estos tres problemas identificados y aquí aporto algunas ideas para ello con medidas concretas. Esta reforma de la IT es necesaria y por ello está abierta una mesa de diálogo social, y en marcha un interesante proyecto del Ministerio de Seguridad Social en colaboración con la OCDE y la UE²¹, que ha tomado conciencia del problema. Mi aportación es constructiva con medidas concretas que puedan ser valoradas en este contexto de oportunidad²².

Estas propuestas son expuestas 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 paga 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 paga. De poco sirve afrontar las reformas aquí propuestas si no existe una apuesta clara que vincule la inversión pública en el SPS con la productividad y reducción de absentismo que la propicia. Creo es una idea que debería tener consenso político y social, y el liderazgo de su impulso corresponde al Gobierno central de España, pese a que los SPS son competencia autonómica, porque el gasto público en Seguridad Social es estatal y existe un interés general nacional en reducir estos altos costes para las empresas. Hay que aumentar el gasto público sanitario, en convergencia con la media europea, porque ello mejora la asistencia sanitaria de los ciudadanos, pero también

21 Con representantes de todos los ámbitos implicados en el sistema de bajas médicas de España y del que forma parte dentro del grupo de expertos del ámbito académico.

22 Desarrollo en esta aportación académica con detalle algunas ideas de cambios normativos ya expresadas y divulgadas en LAHERA FORTEZA, J, "La necesaria reforma de las bajas médicas", *Cinco Días*, 17 Abril 2025, y "La reforma pendiente de la incapacidad temporal y permanente", *Cinco Días*, 12 Agosto 2025.

porque ello es una inversión pública en nuestra productividad y tejido empresarial con una gran capacidad de retorno económico.

4.2. Mejora del control de bajas médicas

La analizada regulación y práctica de la gestión y control de las bajas médicas en las contingencias comunes tiene márgenes sustanciales de mejora a partir de la valoración realizada.

De inicio, se deben corregir las ineficiencias detectadas en el procedimiento respecto a la comunicación de reconocimientos médicos en los controles del INSS y de altas médicas a trabajadores. Los procedimientos de notificación deben ser ágiles, aprovechando medios telemáticos, para evitar demoras, tanto en los controles médicos como en la obligada reincorporación al trabajo tras el alta médica. Se debe completar la reforma del RDIT de 2022, que fue un acierto ligado a los medios telemáticos, con otra que solucione estos problemas burocráticos²³.

La participación de actores diversos en el explicado modelo dual de bajas médicas en contingencias comunes exige, de manera estructural, mejoras con nuevas herramientas de la cooperación, o cogobierno, entre los mismos (art.82.4 LGSS y art.10 RDIT). Una vez aceptada la dualidad entre la asistencia sanitaria del SPS y la gestión de la prestación social del INSS o en su caso las Mutuas, resulta imprescindible intensificar convenios de colaboración del SPS con el INSS y las Mutuas para mejorar la eficiencia del control de las bajas médicas. Se debe, por tanto, persistir en una línea ya puesta en práctica y potenciada con los cambios normativos, en especial el Decreto Ley 11/2024 en relación con las Mutuas.

De un lado, bajo el liderazgo y coordinación del Estado, todas las CC.AA deberían tener ya suscritos, presupuestados y puestos en funcionamiento convenios de colaboración entre su SPS y el INSS para garantizar el flujo de información clínica entre el prestador de asistencia sanitaria y la entidad gestora de la prestación social de IT, sobre la base ya de una normativa que facilita estos intercambios. La debida gestión telemática de los partes de baja y alta médica entre el SPS y el INSS, que ahora implica directamente también a las empresas, debe ser fluida. Se debe avanzar en la información compartida porque el SPS no recibe datos laborales del trabajador que solicita la baja médica, ni siquiera de la empresa a la que pertenece. Los facultativos del SPS, a través del INSS, que sí maneja datos laborales, deberían entrar a valorar la situación médica en conexión con el impedimento al trabajo, con conocimiento del puesto de trabajo y empresa del beneficiario de la prestación social de IT. El INSS debe potenciar la formación de médicos del SPS en esta dirección para que la emisión de bajas y altas médicas, con incidencia en la prestación social de IT, sea acorde

23 CRESPI FERRIOL, M, "Absentismo burocrático: consideraciones críticas al hilo de la reforma de la incapacidad temporal", *Trabajo y Empresa*, 2023, Vol 2, nº1, p.146 y ss.

con el hecho causante protegido, que es el impedimento del trabajo por enfermedad o accidente. Para ello sería incluso conveniente, dentro de la atención primaria, crear unidades específicas de salud laboral. Se debería superar el automatismo actual de las bajas médicas en el SPS, ajenas a cualquier información laboral. El INSS debe elaborar y actualizar guías de duración óptima de la duración de bajas médicas por profesiones y capacidades laborales para transmitirlas al SPS en el ejercicio de su competencia médica. Estas guías ya existen, pero tienen márgenes de mejora y no debería ser costumbre identificar la baja médica con su plazo máximo en las diferentes categorías analizadas. La Inspección médica del INSS, por su parte, debe ser potenciada, en recursos y medios, para cumplir sus competencias de revisión en los primeros 365 días y exclusiva después. Existe una gran desproporción entre la estructura sanitaria y medios de los SPS y el INSS, así que este refuerzo debe ir unido a planes para compartir recursos con la finalidad de gestión de la prestación social de IT, con compromisos de inversión médica. Sin revisión eficiente ni contrapesos entre el SPS y el INSS es inviable, en la práctica, el control de las prestaciones sociales de IT en el diseño de la normativa vigente.

De otro lado, bajo el liderazgo y coordinación del Estado, todas las CC.AA deberían tener ya suscritos, presupuestados y puestos en funcionamiento convenios de colaboración del SPS con las Mutuas, en la línea marcada por el Decreto-Ley 11/2024, de otorgar un mayor papel de éstas en la asistencia sanitaria de determinadas enfermedades, en contingencias comunes, como las traumatológicas²⁴. Se pueden así acelerar las pruebas diagnósticas y los tratamientos médicos dirigidos a la curación, por la vía de las Mutuas, reduciendo la duración de las prestaciones sociales de IT. Este aprovechamiento de la estructura sanitaria de las Mutuas, descargando al SPS, debe ir evaluándose y en lo posible extendiéndose a no sólo las enfermedades traumatológicas, sino también a otras dolencias. Las Mutuas deben implicarse más en la asistencia sanitaria de las contingencias comunes, conforme a sus recursos y medios, y no centrarse exclusivamente en las profesionales. Ello necesita de cambios normativos que supriman la actual dependencia con el SPS. Se debería suprimir la autorización del SPS para prestar esta asistencia sanitaria en las enfermedades identificadas en estos convenios. De igual modo, no es coherente mantener el consentimiento del paciente, cuando el objetivo es prestar de manera más eficiente la asistencia sanitaria y reducir los tiempos de tratamientos para acortar la prestación social de IT. Se pueden contemplar, además, fórmulas más genéricas donde la Mutua pueda prestar asistencia sanitaria si lo consiente el trabajador sin necesidad de autorización del SPS o mecanismos de comparecencia médica obligatoria con suspensores de la prestación IT en caso de incumplimiento. Estas medidas exigen una reforma profunda del art.82.4 LGSS y del art. 10 RDIT atribuyendo un papel mayor a las Mutuas en el sistema de gestión y control de la prestación social de IT²⁵.

24 Por ahora estos convenios sólo han sido suscritos en Cataluña, Baleares y Asturias.

25 CRESPI FERRIOL, M, "Incapacidad temporal parcial o flexible: apuntes para el diálogo social sobre el retorno al trabajo", *Trabajo y Derecho*, 2025, nº122; MONEREO,J.L;RODRIGUEZ INIESTA,G, "Propuesta

Esta intensificación de la dimensión sanitaria de las Mutuas debe ir unida a mayores competencias también en la gestión de la prestación social de IT. Se debería incorporar, en las enfermedades específicas (traumatológicas u otras) objeto de los convenios entre el SPS y las Mutuas la posibilidad de un alta directa con efectos extintivos en la prestación social de IT. En las contingencias profesionales este sistema que confía en las Mutuas funciona bien y se podría extender, de manera acotada a enfermedades específicas comunes donde se ha transferido la asistencia sanitaria bajo estos convenios. No se trata, por ahora, de generalizar el alta médica directa de las Mutuas, pues seguramente carecen de medios y recursos para ello, y puede ser una idea más a largo plazo, pero sí de intentar acotarla y efectuar una evaluación de impacto. La vigente y aceptada propuesta de alta médica al SPS tiene sentido si éste conserva en exclusiva la asistencia sanitaria del beneficiario de la prestación social de IT, pero no si la asume, vía transferencia, la Mutua. En estos casos se debería *aunar la asistencia sanitaria y la gestión de la prestación social de IT en las Mutuas*. La inversión pública en medios y recursos de las Mutuas, como en la dimensión médica del INSS, es una línea que debe potenciarse, dentro de las políticas de reducción del absentismo por baja médica y de disminución de sus tiempos de duración. Todos estos planteamientos exigirían también una reforma profunda del art.82.4 LGSS, para articular proyectos piloto, acotadas en determinadas enfermedades, con una evaluación de impacto²⁶. En las enfermedades o dolencias donde siguiera rigiendo propuesta de alta de la Mutua, y no alta directa, se debería recuperar la posibilidad de presentarla directamente al INSS, y no sólo al SPS, reformando en este sentido el art.82.4 LGSS.

Por su parte, como ha sido analizado, la empresa asume el pago directo de la prestación social de IT común del 4º al 15º día, con un traslado de coste de la SS a las empresas, pero carece de herramientas de control médico directo con efecto en la prestación social de estas bajas médicas de corta duración. Los reconocimientos médicos de las empresas del art.20.4 ET sólo tienen efectos en las mejoras voluntarias de los convenios colectivos, pero no en la prestación social que depende de un alta del SPS. Así se ha interpretado el alcance económico del art.20.4 ET y, en la práctica, las prestaciones IT no quedan afectadas ante fraudes detectados por reconocimientos médicos de empresas. Se debería articular algún sistema de control directo de las empresas en estos días de baja médica que conllevara el alta en el SPS. Lo lógico si se paga es que exista algún control médico a su cargo con incidencia en la prestación social. Es difícil asumir que el alta de un médico de empresa extinga la prestación social de IT, pero al menos se podría idear claramente una propuesta de alta, a semejanza de las Mutuas, ante el SPS para que decida con urgencia la con-

de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formulada por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo", *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, Laborum, 2024, nº38.

26 MONEREO, J.L.;RODRIGUEZ INIESTA, G, "Propuesta de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formulada por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo", *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, Laborum, 2024, nº38.

firmación o no del alta así propuesta. Se ha constatado un aumento considerable de las bajas médicas de corta duración, soportando un alto coste las empresas, lo que exige, en mayor medida, articular este tipo de propuesta explicada con pedagogía.

De igual modo, se deben crear puentes entre los servicios de prevención de riesgos de las empresas y el sistema de gestión de la prestación social de IT. De nuevo las Mutuas, con conexión directa con sus empresas asociadas, pueden ser un cauce adecuado para ello. Los reconocimientos médicos deben ir encauzados a una verificación de la capacidad del trabajador durante la enfermedad y ello sólo es posible sobre datos laborales, que manejan las empresas y Mutuas, y con la participación de los servicios de prevención de riesgos laborales. El ámbito de la prevención de riesgos laborales, muy profesionalizado, debe integrarse en la gestión y control de prestaciones sociales de IT.

Los datos muestran picos ostensibles de crecimientos de bajas médicas en las enfermedades mentales, especialmente tras la pandemia, en ocasiones de breve duración o repetidas en una misma persona. Ello es una evidencia. Este hecho debería motivar una política específica de gestión y control de las bajas médicas por dolencias mentales contando con la colaboración del SPS, en cada CC.AA, y el INSS o las Mutuas que asumen esta gestión de contingencias comunes. Hay que dotar de mayores recursos y medios los tratamientos de la enfermedad mental, no ya por mejoras en la asistencia sanitaria, sino por racionalización del gasto social de IT. Cualquier inversión en este terreno repercutirá en una mayor productividad y menor absentismo por estas razones. Los servicios de prevención de las empresas deberían también tomar conciencia y realizar sus evaluaciones de riesgos y planes de salud con enfoques psicosociales contando con profesionales especializados.

Los datos muestran que están al alza las bajas médicas que superan los 365 días, aumentando sus tiempos de duración. Siendo el INSS el único competente en las mismas, parece claro que debe existir un plan de inversión de recursos y medios médicos en este nivel de la Administración Estatal, para mejorar el control eficiente de estas situaciones de IT. En numerosos casos es el SPS quien continúa realizando la asistencia sanitaria, aunque ya sin bajas/altas con repercusión en la prestación social, lo que, en línea con lo ya expuesto, debe motivar convenios con el INSS centrados en este tipo de bajas de larga duración. Se deben aprovechar recursos médicos mutuos y efectuar una gestión acorde con la situación médica del beneficiario de la prestación social de IT sin agotar los plazos máximos de la normativa vigente. Los plazos deben ser los óptimos, en una curación, y no como constante los máximos. A ello debe cooperar un mejor funcionamiento de la gestión de la incapacidad permanente a cargo exclusivo del INSS. La agilidad en los expedientes de incapacidad permanente puede recortar la duración de estas bajas médicas temporales de larga duración que soportan un alto gasto social. Carece de sentido la prórroga tácita de 180 días si el INSS no emite alta y que no exista la antigua verificación médica a través del EVI. Esta medida debe ser rectificada con una reforma del art.174 LGSS. Sería útil incorporar expresamente en los primeros 365 días propuestas de alta por

incapacidad permanente por parte del SPS o de las Mutuas al INSS para valorar la apertura de un expediente por esta contingencia. Es una vía implícita pero que debe constar expresamente para impulsar estas altas poco presentes en la práctica en los primeros 365 días de baja médica. Habría que reformar el RDIT en esta dirección y de nuevo el art.82.4 LGSS. Es necesario a su vez reforzar los equipos de valoración de incapacidades del INSS, para agilizar estos expedientes, reduciendo los tiempos de IT en este tipo de situaciones médicas graves.

4.3. Bajas médicas flexibles compatibles con el trabajo y programas de retorno al trabajo

He diagnosticado en esta aportación que nuestro sistema de bajas médicas, a diferencia de otros países, es rígido, se está de baja sin trabajar o de alta trabajando. No existe situaciones intermedias donde valorar la situación médica con una posible compatibilidad con el trabajo. Ello sucede además en un sistema, como he señalado, donde la baja médica del SPS automáticamente conlleva un impedimento del trabajo, sin ningún análisis de conexión funcional entre causa y efecto, que tampoco se da luego en los mecanismos de revisión médica de autocontrol del SPS ni a través del INSS o las Mutuas. De hecho, los facultativos del SPS desconocen datos laborales del paciente que pide la baja, ni siquiera saben cuál es su empresa. Este automatismo más la rigidez de la baja médica aumenta los tiempos de inactividad laboral e impide procesos de retorno al trabajo antes del alta definitiva. No parece el sistema más aconsejable ante el problema de aumento del gasto social de prestaciones sociales de IT.

Hay que cambiar el sistema e incorporar las bajas médicas flexibles en los procedimientos de gestión y control de las prestaciones sociales de IT. Ello exigiría un replanteamiento de la prohibición absoluta de trabajar durante IT del art. 175 LGSS y un encaje de estas bajas médicas flexibles en los procedimientos de gestión de la IT con reformas profundas del art. 169-174 LGSS y del RDIT²⁷. Cabría diferenciar al respecto cuatro situaciones distintas.

- 1º *En situaciones de pluriempleo o pluriactividad*, se deben admitir con claridad bajas médicas parciales que pueden incapacitar para una actividad laboral pero no para otras, como viene asumiendo ya la jurisprudencia en una interpretación flexible del art. 175 LGSS. Tanto el SPS, como el INSS o las Mutuas,

27 Ver CRESPI FERRIOL,M, *Incapacidad temporal y absentismo laboral: prevención, control y retorno al trabajo*, Cinca, Madrid, 2022; "Incapacidad temporal y programas de retorno al trabajo: una reforma necesaria", *Trabajo y Derecho*, nº73, 2021; "Incapacidad temporal parcial o flexible: apuntes para el diálogo social sobre el retorno al trabajo", *Trabajo y Derecho* nº122, 2025; LOSADA MORENO,N, "La incapacidad temporal a tiempo parcial", *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*, 2025, nº43; CRUZ VILLALÓN,J, "A favor de la incapacidad temporal parcial", *ON Economía*, 24 Octubre 2024. He defendido estas propuestas en LAHERA FORTEZA, J, "La necesaria reforma de las bajas médicas", *Cinco Días*, 17 Abril 2025, y "La reforma pendiente de la incapacidad temporal y permanente", *Cinco Días*, 12 Agosto 2025.

deben entrar en el análisis funcional de la conexión entre la enfermedad y la capacidad de trabajo, pudiendo determinar bajas médicas parciales que impiden trabajar en una actividad laboral pero no en otra en estas situaciones de pluriactividad o pluriempleo del trabajador. Durante la duración de la baja parcial habría un devengo proporcional de prestación social de IT y de salario en la actividad laboral compatible con la enfermedad

- 2º Se debería articular una *baja médica compatible con el trabajo, especialmente a través del trabajo a distancia o con planes que faciliten la movilidad del trabajador*. En lesiones traumatológicas, por ejemplo, el gran problema, desde el diagnóstico hasta las pruebas y terapias correspondientes en el SPS, es la dificultad de movilidad, a veces con largos tiempos que alargan en exceso la duración de la prestación social de IT. Los facultativos del SPS deberían tener la capacidad, sobre la base del conocimiento de los datos laborales del paciente, a través del INSS, de proponer una baja médica compatible con el trabajo a distancia con voluntariedad de trabajador y empresa. El trabajador recibiría la asistencia sanitaria necesaria para su curación y rehabilitación, estando de baja médica compatible, y mientras tanto, continuaría cobrando su salario al desempeñar su trabajo a distancia si así lo acuerda con su empresa. Esta vía reduciría bajas médicas con prestación social de IT con beneficio para todos los implicados, el trabajador que mantiene salario a la vez que recibe asistencia sanitaria, la empresa que continúa la actividad en ese puesto de trabajo adaptado a distancia, y la SS que ahora costes públicos en prestaciones sociales de IT.
- 3º Se deberían articular procesos de *retorno al trabajo en bajas médicas de corta, media y larga duración*, bajo supervisión médica y con respeto a la voluntariedad de los acuerdos entre empresa y trabajador, diferenciando situaciones. Las enfermedades de larga duración, como puede ser un cáncer, carecen de programas de retorno al trabajo, estando inactivo el trabajador hasta el alta definitiva. Estos escenarios alargan mucho las prestaciones sociales de IT, agotando a veces plazos máximos, y propician a veces una ausencia de retorno, que perjudica al trabajador cuando se recupera del todo. Los facultativos del SPS, como prestadores de asistencia sanitaria, deberían tener la capacidad de proponer bajas médicas con procesos de retorno al trabajo –o si se prefiere la terminología de altas provisionales con retorno al trabajo– y el INSS o las Mutuas debería canalizarlas propiciando acuerdos entre empresa y trabajador con adaptación del puesto de trabajo en una reincorporación progresiva y acorde con la situación médica. Esta fórmula puede formar parte del tratamiento médico pues en ocasiones puede convenir, bajo criterio científico, recuperar la actividad laboral como terapia para una curación definitiva. Puede ser el caso de determinadas enfermedades físicas, pero sobre todo mentales donde resulta aconsejable la socialización y el trabajo frente al aislamiento. En estos escenarios de salud mental los procesos de retorno al trabajo deben poder articularse, si es el caso, desde

un inicio bajo supervisión médica. Estos procesos de retorno al trabajo, en esta doble tipología baja corta/media y larga, también benefician a todos si son debidamente canalizados, al trabajador en su salud y profesionalidad, a la empresa que pacta condiciones de adaptación recuperando activos, y a la SS que ahorra costes públicos de prestaciones sociales de IT. España debe unirse sin duda con este tipo de reforma a la tendencia europea en esta dirección. Más aún cuando ha incorporado ajustes razonables del puesto de trabajo tras una declaración de incapacidad permanente que ya no extingue automáticamente el contrato de trabajo, como ha sido expuesto. Esta adaptación y ajustes razonables del puesto de trabajo, en colaboración con los servicios de prevención de las empresas, debe ser previa a la incapacidad permanente, precisamente en los procedimientos de gestión y control de la IT, sin necesidad de agotar plazos máximos de prórrogas y tránsitos a la pensión de incapacidad permanente. La baja médica con proceso de retorno al trabajo puede ser parcial, con reparto de costes entre prestación social y salario, o total, si es lo recomendable y acordado con la empresa. Este cauce, que aquí se propone, exige siempre la supervisión médica, del SPS, con confirmación del INSS o Mutua, como entidad gestora de la prestación social, y voluntariedad entre empresa y trabajador a través de acuerdos individuales. No se trata, por ahora, de imponer retornos durante esta singularidad de las bajas médicas sino de facilitar acuerdos en las empresas con retornos paulatinos y adaptados al trabajo de personas en situación de IT, en especial de larga duración o con dolencias mentales desde un inicio. Ello incentivaría nuevos enfoques de los servicios de prevención de las empresas dirigidos a esta finalidad.

- 4º Se podría articular una *baja médica parcial* donde el diagnóstico médico determine grados de capacidad de trabajo en unas franjas determinadas legalmente. Existen experiencias en otros países de este tipo de bajas médicas parciales. Ello permitiría un reparto entre la prestación social parcial y el salario en proporción a la jornada parcial durante la IT. El trabajador trabajaría a tiempo parcial durante la baja médica. Para ello se deberían incorporar herramientas en el SPS para un control de las capacidades del trabajador, hoy en día inexistentes. La incapacidad temporal parcial directa, al margen de un procedimiento de reincorporación al trabajo, es más compleja de instaurar y seguramente de implementar en las empresas por sus dificultades organizativas. Podría tener además un efecto no deseado de alargar en exceso bajas médicas parciales. Resultaría difícil su articulación, que, por ahora, no parece conveniente. La baja parcial debe asociarse, entiendo, exclusivamente en el retorno al trabajo, con acuerdos entre trabajador y empresa, conforme a lo anteriormente expuesto.

Estos cuatro cauces, *baja médica parcial en pluriempleo, baja médica compatible con trabajo a distancia, baja médica parcial o total con un plan de retorno al trabajo con ajustes de puesto de trabajo, y en su caso una incapacidad temporal*

parcial directa, mejorarían sustancialmente la gestión de las prestaciones sociales de IT. Como he expuesto, se podrían articular de inmediato las tres primeras, con las reformas normativas correspondientes ya apuntadas, y dejar para más adelante, cuando el sistema de bajas flexibles estuviera maduro, la IT parcial directa. También es necesario afrontar la regulación e impulso de planes de reincorporación al trabajo tras un alta, que quedarían, de suyo, incentivados si se realiza la reforma de la baja médica flexible, en los términos descritos. Todo ello propiciaría una conexión entre los servicios de prevención de riesgos de las empresas y el sistema de gestión de IT, hoy inexistente.

La propuesta del Ministerio de Seguridad Social en la mesa de diálogo social de reforma de las bajas médicas (manejo texto de Octubre 2025) con un procedimiento de reincorporación progresiva al trabajo tras una IT va en buena dirección y supone, por primera vez, romper el paradigma actual. Hay que darle ese mérito y valoración positiva, como al hecho de creación ya de un relato favorable a estas medidas, desde las experiencias europeas, en la opinión mediática y pública. Pero la propuesta, con un nuevo art. 169 bis LGSS y cambios en los arts. 170-173 LGSS, es tímida y poco ambiciosa. De inicio, no es, como tal, una baja médica flexible, sino un alta progresiva, en la que se prolongan efectos económicos de la prestación social IT, con un 50 por 100 de cuantía, durante el procedimiento de reincorporación al trabajo, lo que descarta otras posibles formulaciones, incluso con acuerdos de jornada completa con ajustes de puesto y participación del trabajo a distancia. Además, queda delimitada a IT de duraciones superiores a 180 días, dejando fuera las posibilidades de bajas de corta duración, y con enfermedades acotadas, físicas, pero no mentales, lo que frena su capacidad de extensión a cualquier supuesto de hecho. La medida no va acompañada de cambios necesarios en la gestión de la IT, con un papel esencial de Mutuas y servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas, que es el espacio de conexión funcional entre la salud y la capacidad laboral, por lo que en la práctica resultaría poco operativa. El alta progresiva, bajo supervisión médica, se topa temporalmente a 30 días, lo que resulta insuficiente. Sí que está mejor planteada la IT en supuestos de pluriactividad y pluriempleo, en un nuevo art. 169 ter LGSS, con baja parcial funcional, para un trabajo, pero para otro no, pero son situaciones muy marginales en la estadística. En cualquier caso, es una primera propuesta que puede avanzar, con las ideas expuestas, a un sistema futuro novedoso de bajas médicas flexibles, como existe en otros países de nuestro entorno europeo.

4.4. Desincentivo al fraude de bajas médicas

He advertido de la escasez de desincentivos al fraude de bajas médicas en nuestra normativa y de la incoherencia de incorporar alguno, como el desplazamiento del coste a la empresa del 4º al 15º día sin controles empresariales efectivos del posible fraude. Ya he propuesto, en este sentido, que si paga la empresa debe poder controlar con efectos en la prestación social mediante propuestas de alta de sus médicos con confirmación o no rápida del SPS. Así se controlarían mejor las bajas de corta duración.

Pero cabe añadir una reforma, que ya he anticipado. El principal problema de fondo en esta cuestión es que el sistema otorga a la negociación colectiva una gran capacidad de implantar mejoras de la prestación social, obligando al pago salarial estos tres días o complementando hasta el 100 por 100 el salario durante las bajas, que pueden cooperar al fraude. No es lógico que exista la misma renta trabajando que en baja médica y por ello las prestaciones sociales se diseñan con este criterio bajo siempre una cobertura alta, entre 75 y 60 por 100. Desde el planteamiento de desincentivo al fraude, se debería limitar la capacidad de los convenios colectivos de destruir esta arquitectura equilibrada, estableciendo por ejemplo el tope de 85 por 100 de renta en estas mejoras sociales y la prohibición de establecer salario los tres primeros días de baja. En esta misma dirección, cabe considerar que estas mejoras voluntarias de prestaciones sociales de IT sólo se puedan pactar en los convenios colectivos a partir de 15 días de baja. Están más justificadas en bajas que se alargan que en las cortas y este límite temporal puede cooperar a desincentivar fraudes en las bajas de corta duración. El desincentivo al posible fraude, con impacto en gasto público, justifica esta limitación, por renta y plazo temporal, de la negociación colectiva en las mejoras voluntarias de IT. Esta medida implicaría una intervención legal reformando el art.43 LGSS. No sólo hay que mejorar la gestión y control de la prestación social de IT, con las ideas aquí expuestas, sino que también hay que establecer estos desincentivos al fraude especialmente en bajas médicas cortas, valorando el riesgo moral, como se hace desde el análisis económico, sin presuponer por ello que sea generalizado.

Desde otro plano de análisis, se deberían revisar las consecuencias de la nueva discriminación por enfermedad, tras el art. 2.1 de la Ley 15/2022, en los pluses salariales anti absentismo prácticamente desactivados por la jurisprudencia (STS 40/2025 de 20 Enero) al excluir del cómputo de ausencias del trabajo, que determinan su devengo e importe económico variable, las bajas médicas²⁸. Sin entrar en detalles, cabe recordar que los arts. 2.2 y 4.2 de la Ley 15/2022 permiten *justificaciones objetivas, razonables y proporcionales para alcanzar el logro de un interés legítimo*, en este caso la reducción del absentismo laboral en una empresa o su aumento de productividad, o en el trasfondo la lucha contra el fraude, que pueden descartar una discriminación prohibida, en este caso por enfermedad. De hecho, tanto el art. 2.2 como el 4.2 de la Ley 15/2022 se refieren a posibles normas de rango legal que contemplen estas justificaciones objetivas por interés legítimo que fundamentan la ausencia de discriminación en un trato retributivo desigual. Propongo, con estas bases jurídicas, qué en una norma de rango legal, quizás el art. 26 ET, se permitan los pluses salariales anti absentismo, con un cómputo de las bajas médicas bajo las condiciones acordadas por la negociación colectiva, al responder al fin legítimo de reducción del absentismo laboral, aumento de la productividad en las empresas y lucha contra el fraude.

28 GOERLICH PESET, J.M, "Tratamiento retributivo del absentismo, a propósito de la STS 40/2025 de 20 Enero", *blog Foro de Labos*, 20 Febrero 2025.

4.5. Anexo de 21 propuestas de reforma

Resumo, finalmente, las 21 propuestas de reforma del sistema de gestión y control de la IT que aporto en este estudio, con referencia de las normas que deberían ser cambiadas en la dirección propuesta:

1. Los procedimientos de notificación de los reconocimientos médicos solicitados por el SPS, INSS o Mutuas deben ser ágiles, aprovechando medios telemáticos, sin aplicar normativa administrativa rígida, para evitar demoras, tanto en los controles médicos obligatorios como en la obligada reincorporación al trabajo tras el alta médica-art.9 RDIT.
2. Obligatoriedad de convenios de colaboración entre los SPS autonómicos y el INSS para garantizar la información clínica, por vías telemáticas, entre el prestador de asistencia sanitaria (SPS) y la entidad gestora de la prestación social (INSS) para mejorar la eficiencia de su control-art.10 RDIT.
3. Obligatoriedad por parte del INSS de la transmisión de datos laborales de los beneficiarios de prestaciones sociales de IT a los médicos del SPS en el procedimiento de gestión de cada IT para poder efectuar un análisis de capacidades funcionales-art.10 RDIT.
4. Integración de los datos laborales del beneficiario de prestaciones sociales de IT en los actos de baja y confirmación de baja médica emitidos por el SPS con análisis de la capacidad laboral en relación con el diagnóstico médico y posible solicitud de informes a los servicios de prevención de riesgos de las empresas para determinar el alcance de la baja-creación de unidades de salud laboral en la atención primaria del SPS a estos efectos-art.2 y 3 RDIT y art. 10 RDIT.
5. Obligatoriedad de traslado a médicos del SPS de guías de duración óptima de bajas médicas por profesiones y capacidades laborales elaboradas por el INSS y supresión de la práctica médica de automatizar los plazos máximos reglamentarios de cada situación de baja-art. 2 y 10 RDIT.
6. Refuerzo de la Inspección Médica del INSS, en recursos y medios, para cumplir sus competencias de revisión de los actos médicos del SPS durante los primeros 365 días de baja y con posterioridad –obligatoriedad de convenios para compartir medios y recursos médicos con SPS autonómicos con esta finalidad de control y gestión médica del INSS– art 10 RDIT.
7. Obligatoriedad de convenios de colaboración entre los SPS autonómicos y las Mutuas para ampliar sus capacidades de asistencia sanitaria directa en determinadas enfermedades como las traumatológicas y otras a valorar-projects piloto de evaluación de asistencia sanitaria de las Mutuas-art.82.4 LGSS y art. 10 RDIT.

- 8.** Supresión de la autorización del SPS para que las Mutuas presten asistencia sanitaria en determinadas enfermedades acotadas por estos convenios y suprimir el consentimiento del paciente. Con carácter general suprimir la autorización del SPS si existe consentimiento del paciente a la asistencia sanitaria de la Mutua-art.82.4 LGSS.
- 9.** Emisión de altas médicas, con supresión de la vigente propuesta de alta al SPS, con extinción de la prestación social IT, por las Mutuas en determinadas enfermedades acotadas por estos convenios, con proyectos pilotos evaluables, con vistas a su generalización a todas las bajas gestionadas por Mutuas con una dotación de mayores recursos y medios médicos. En los supuestos donde se mantenga propuesta de alta de la Mutua incorporar una vía directa de propuesta de alta al INSS, sin revisión del SPS-art.82.4 LGSS.
- 10.** Control a través de reconocimientos médicos obligatorios internos en empresas, directos o a través de sus servicios de prevención ajenos, los primeros 15 días de baja con propuestas de alta al SPS tramitadas con urgencia para su confirmación o no con efectos extintivos de la prestación social IT-art.20.4 ET.
- 11.** Participación de los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas, propios o ajenos, en el procedimiento de gestión y control de la prestación social IT, pudiendo realizar informes para el SPS, INSS o Mutuas a solicitud de parte o a instancia de empresas a los efectos de determinar el alcance de capacidades funcionales de la baja-art.10 RDIT.
- 12.** Inversiones específicas en salud mental del SPS, INSS y Mutuas, en colaboración con los servicios de prevención de riesgos de las empresas, conexas a la gestión y control de las prestaciones de IT por estos motivos médicos para evaluar el alcance de la baja-art. 10 RDIT. Las propuestas unidades de salud laboral del SPS deberían tener una especialidad en salud mental.
- 13.** Previsión expresa e impulso de prácticas de posible alta con propuesta de incapacidad permanente del SPS o, en los controles, del INSS, en los primeros 365 días de baja y propuestas de alta con propuesta de incapacidad permanente de Mutuas dirigida al SPS e INSS en los primeros 365 días de baja-art. 5 RDIT, art. 174 LGSS y art.84.2 LGSS.
- 14.** Supresión de la prórroga tácita de 180 días de IT si el INSS no emite alta, tras los primeros 365 días de baja, con reconocimiento médico obligatorio y motivación médica y funcional de la confirmación de baja-art.170 LGSS.
- 15.** Refuerzo, en recursos y medios, de los EVI en gestión de expedientes de incapacidad permanente del INSS con la finalidad de recortar los tiempos de IT sin agotar los plazos legales máximos de 731 días-art.193 y 194 LGSS.

16. Regulación de bajas médicas parciales funcionales compatibles con trabajo en situaciones de pluriempleo y pluriactividad-art.175 LGSS y arts.169-174 y RDIT.
17. Regulación de bajas médicas compatibles con el trabajo a distancia acordado entre trabajador y empresa-art.175 LGSS y arts.169-174 y RDIT.
18. Regulación de bajas médicas, en salud mental y física, cortas/medias y largas, en cualquier enfermedad, con procedimientos de retorno al trabajo con ajustes o cambio de puestos y acuerdos entre empresa y trabajador de trabajo a tiempo parcial o completo-art.175 LGSS y arts.169-174 y RDIT.
19. Regulación de procedimientos de retorno al trabajo con ajustes o cambio de puestos y acuerdos entre empresa y trabajador de trabajo a tiempo parcial o completo tras alta con propuesta de incapacidad permanente-art.175 LGSS y arts.169-174 y RDIT.
20. Topar las mejoras voluntarias de los convenios colectivos en prestaciones sociales de IT en un 85 por 100 de salario y que sean exclusivamente a partir de los 15 días de baja-art.43 LGSS.
21. Permitir expresamente los pluses salariales anti absentismo, con un cálculo de las bajas médicas bajo las condiciones acordadas por la negociación colectiva, al responder al fin legítimo de reducción del absentismo laboral, aumento de la productividad en las empresas y lucha contra el fraude-art.26 ET.

Y, por supuesto, una idea central que he subrayado en esta aportación: el aumento de inversión en el SPS tendrá siempre un impacto positivo en la gestión y control público de las prestaciones sociales de IT. Hay que aumentar el gasto público sanitario, en convergencia con la media europea, porque ello mejora la asistencia sanitaria de los ciudadanos, pero también porque ello es una inversión pública en nuestra productividad y tejido empresarial con una gran capacidad de retorno económico.

Estas 21 propuestas de reforma del sistema de gestión y control de la IT, con plenas garantías de supervisión médica y de asistencia sanitaria de los ciudadanos, podrían cooperar, junto con otras medidas, a reducir el alto crecimiento del absentismo laboral por razón de salud. Ha sido constatado que este problema tiene un impacto enorme en costes públicos y empresariales, que lastra nuestro gasto público, economía y productividad. El objetivo de reducción del absentismo laboral por razón de salud marca y marcará seguro las políticas en España del presente y futuro.

BIBLIOGRAFIA CITADA

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

- “Incapacidad temporal y programas de retorno al trabajo: una reforma necesaria”, *Trabajo y Derecho*, nº73, 2021.
- “Incapacidad temporal parcial o flexible: apuntes para el diálogo social sobre el retorno al trabajo”, *Trabajo y Derecho* nº122, 2025.
- “Absentismo burocrático: consideraciones críticas al hilo de la reforma de la incapacidad temporal”, *Trabajo y Empresa*, 2023, Vol 2, nº1

CRUZ VILLALÓN,J, “A favor de la incapacidad temporal parcial”, *ON Economía*, 24 Octubre 2024

FERNÁNDEZ DOMÍNGUEZ,J.J, “La incapacidad laboral de larga duración y la reincorporación al trabajo”, *Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de Seguridad Social*, 2025, nº11

GARCÍA VIÑA,J, *El absentismo laboral y su gestión por la negociación colectiva*, Aranzadi, 2025

GOERLICH PESET,J.M, “Tratamiento retributivo del absentismo, a propósito de la STS 40/2025 de 20 Enero”, *blog Foro de Labos*, 20 Febrero 2025

GORRELLI HERNÁNDEZ,J “El control de la incapacidad temporal” en AA.VV, *Cuestiones actuales en materia de Seguridad Social. Homenaje al profesor José Luis Tortuero Plaza, volumen 1*, Laborum, 2024

LAHERA FORTEZA,J, “Rasgos y reflexiones sobre el Sistema Nacional de Salud” en AA.VV, *Cuestiones actuales en materia de Seguridad Social. Homenaje al profesor José Luis Tortuero Plaza, volumen 2*, Laborum, 2024

- “La necesaria reforma de las bajas médicas”, *Cinco Días*, 17 Abril 2025.
- “La reforma pendiente de la incapacidad temporal y permanente”, *Cinco Días*, 12 Agosto 2025.
- “Incoherencias de la nueva regulación de la extinción del contrato de trabajo por incapacidad permanente”, *BRIEF AEDTSS* 2025 nº60.

LOSADA MORENO,N, “La incapacidad temporal a tiempo parcial”, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, Laborum, 2025, nº43

MONEREO,J.L;RODRIGUEZ INIESTA,G, “Propuesta de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formulada por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo”, *Revista de Derecho de la Seguridad Social*, Laborum, nº38, 2024

RODRIGUEZ INIESTA,G, “El control y la gestión de la Incapacidad Temporal”, *Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de Seguridad Social*, nº6, 2023.

SALA,T;SALAS,A, *La incapacidad temporal; aspectos laborales, sanitarios y de Seguridad Social*, Tirant lo blanch, 2007.

TRILLO GARCIA,A, "Configuración y desfiguración de la incapacidad temporal" en AA.
VV, *Cuestiones actuales en materia de Seguridad Social. Homenaje al profesor José Luis Tortuero Plaza*, volumen 1, Laborum, 2024.

VIVERO SERRANO,J, "El absentismo laboral por motivos de salud: modelo para armar. Recensión al libro de Mar Crespí, Incapacidad temporal y absentismo laboral", *Trabajo y Derecho*, 2024, nº114.

Informe Evolución de los indicadores de absentismo laboral, AMAT, 2025.

Estudio Socioeconómico de la evolución de la incapacidad temporal y la siniestralidad en España, (Dir.J.M Peiró) IVIE, 2025.