



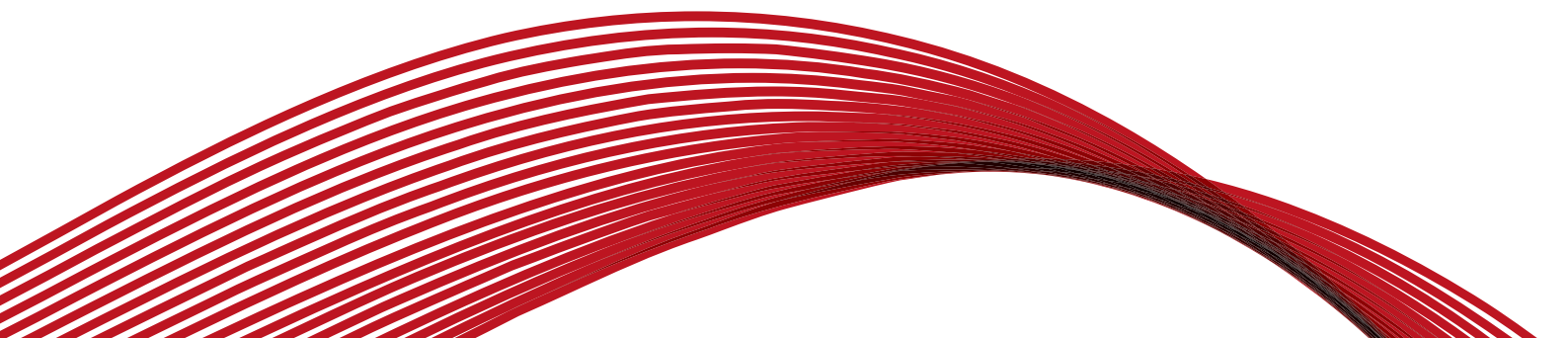
EVALUACIÓN DEL GASTO PÚBLICO

ESTUDIO

INCAPACIDAD TEMPORAL



Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal





Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal

La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, AAI (AIReF) nace con la misión de velar por el estricto cumplimiento de los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera recogidos en el artículo 135 de la Constitución Española.

Contacto AIReF:

José Abascal, 2-4, 2.ª planta
28003 Madrid
+34 910 100 599
info@airef.es
www.airef.es

Esta documentación puede ser utilizada y reproducida en parte o en su integridad citando necesariamente que proviene de la AIReF.

Fecha de publicación: febrero de 2026.

Índice

Resumen ejecutivo	5
Hallazgos y propuestas	10
1. Introducción: contexto, objetivos, ejes y metodologías de la evaluación	17
1.1. Antecedentes	17
1.2. Contexto y situación	17
1.3. Objetivo y ejes de la evaluación	19
1.4. Bases de datos y otras fuentes de información	21
1.5. Metodologías utilizadas en la evaluación	23
1.6. Gobernanza y agentes participantes	25
1.7. Presupuesto y calendario	25
1.8. Panorámica del estudio	25
2. Evaluación	26
2.1. Diseño de la prestación y evolución normativa	26
2.1.1. Atención sanitaria y rehabilitación del trabajador	29
2.1.2. Control y seguimiento de la prestación	30
2.1.3. Gestión económica de la prestación	33
2.1.4. Herramientas del INSS para el control y seguimiento de la IT	34
2.1.5. Evolución normativa de la prestación de IT	41
Recuadro 1. Los complementos retributivos e incentivos relativos a la IT en los convenios colectivos	46
2.2. Caracterización cuantitativa de los factores determinantes de la incapacidad temporal	53
2.2.1. Situación y evolución de los principales indicadores de la prestación	53
Recuadro 2. El fenómeno de la reiteración en la incapacidad temporal	65
2.2.2. Factores relacionados con la probabilidad de iniciar un episodio de IT	67
2.2.3. Factores relacionados con el incremento en la probabilidad de iniciar un episodio de IT	75

Recuadro 3. Evolución de la incidencia de la incapacidad temporal y la demanda de atención primaria . .	80
2.2.4. Las duraciones de la IT y sus factores relacionados . . .	83
Recuadro 4. La incidencia de las listas de espera en las duraciones de los episodios de incapacidad temporal	91
2.2.5. La incapacidad temporal en el régimen especial de funcionarios civiles del Estado	97
2.3. El impacto causal de las políticas públicas sobre la incapacidad temporal	120
2.3.1. La importancia de la cuantía de la prestación en la incidencia de la incapacidad temporal. Efectos del Real Decreto 956/2018	120
2.3.2. Análisis del impacto del contrato indefinido en la incapacidad temporal a partir de la reforma laboral .	130
2.3.3. Análisis del impacto del nivel salarial en la incapacidad temporal a partir de la subida del SMI en 2019	135
3. Propuestas	138

RESUMEN EJECUTIVO

La incapacidad temporal (IT) constituye una de las principales prestaciones del sistema de bienestar español y representa el segundo mayor componente del gasto de la Seguridad Social, con un desembolso de 16.500 millones de euros en 2024, solo superado por las pensiones. Esta prestación garantiza la protección económica de los trabajadores cuando una enfermedad o accidente les impide, de manera transitoria, el desempeño de su actividad laboral.

La Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF), en cumplimiento del mandato del Consejo de Ministros y en el marco del Spending Review 2022-2026, ha llevado a cabo una evaluación del gasto público en incapacidad temporal. El análisis se apoya en la explotación de los microdatos del universo de episodios de IT del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), enlazados con las vidas laborales, los registros de mutualistas de Muface, la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Ministerio de Sanidad, los convenios colectivos del registro REGCON y un amplio trabajo cualitativo basado en entrevistas con todos los agentes implicados en la gestión de la prestación. La evaluación proporciona evidencia empírica sobre los factores determinantes de la IT, proporciona una herramienta interactiva que permite el seguimiento de la incapacidad temporal para 9.500 tipologías distintas de individuos, y se articula en torno al análisis de su diseño institucional y gobernanza, la caracterización cuantitativa de sus determinantes y la estimación del impacto causal de diversas reformas normativas recientes.

La gestión de la incapacidad temporal presenta una deficiencia estructural derivada de un esquema principal-agente que opera entre los organismos involucrados y que requiere de la interconexión de la información y de una supervisión reforzada. En concreto, el INSS, responsable de la financiación (principal), delega la decisión clínica sobre su concesión en los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (agente). Esta configuración dificulta la correcta internalización del coste económico, ya que la decisión de reconocer la incapacidad temporal recae en los facultativos de atención

primaria, mientras que el coste es asumido por el INSS. Además, la separación entre autoridad clínica y responsabilidad financiera, agravada por la organización autonómica del sistema sanitario español en 17 servicios de salud, genera riesgos de sobreutilización y prolongación innecesaria de los procesos en ausencia de una supervisión y coordinación reforzadas. En este contexto, la evaluación identifica como principal debilidad del sistema la falta de mecanismos robustos e integrados de información, supervisión y seguimiento entre los distintos agentes que permitan mitigar las disfunciones propias del esquema principal-agente, y propone su construcción como eje central para mejorar la eficacia y la eficiencia de la prestación sin que se vea afectada la protección del trabajador.

Este diagnóstico estructural se produce, además, en un contexto de deterioro de los principales indicadores de la IT. La incidencia de las bajas por contingencias comunes ha aumentado cerca de un 60 % entre 2017 y 2024, y la duración media de los procesos se ha incrementado de forma significativa en las patologías de mayor gasto público —en particular los trastornos mentales y las enfermedades musculoesqueléticas—, en un contexto de deterioro de las listas de espera del Sistema Nacional de Salud (SNS). A estos factores se suma el carácter procíclico de la IT, el aumento de la demanda asistencial y la evolución del marco normativo hacia un enfoque progresivamente más garantista desde 2018, que ha revertido restricciones previas y ampliado la protección económica durante los episodios de incapacidad temporal.

La evaluación pone de relieve el papel relevante de los convenios colectivos en esta mayor generosidad. El análisis de los convenios, mediante técnicas de inteligencia artificial, muestra que aproximadamente la mitad de los convenios sectoriales y casi dos tercios de los convenios de empresa incorporan complementos retributivos que elevan sustancialmente la cobertura económica durante la IT, llegando en muchos casos a equiparar la prestación con el salario habitual.

Asimismo, la AIReF aporta evidencia causal sobre el impacto de reformas normativas recientes. En particular, la restauración del complemento retributivo del 100 % para los empleados públicos en situación de IT (Real Decreto 956/2018) incrementó en un 40 % la probabilidad de iniciar una baja, lo que pone de manifiesto la relevancia que el grado de generosidad de la prestación ejerce sobre la incidencia de los procesos de IT. Por su parte, el análisis de la reforma laboral de 2021, que eliminó la figura del contrato por obra y servicio, muestra que el tránsito desde contratos temporales hacia contratos indefinidos incrementó en torno a un 30 % la probabilidad de iniciar un episodio de IT, lo que sugiere que una mayor estabilidad en el empleo reduce el coste percibido de acogerse a la prestación.

El análisis cuantitativo revela, además, patrones relevantes para el diseño de políticas públicas: una elevada concentración de episodios en un grupo reducido de trabajadores con bajas reiteradas, junto con una progresiva concentración de los procesos de IT en duraciones muy cortas, que, si bien no generan gasto directo para la Administración pública, sí trasladan de forma creciente los costes económicos y organizativos a las empresas.

A partir de estas evidencias, y sin alterar el marco de derechos definido por el legislador y reforzado por la negociación colectiva, la AIReF formula un conjunto de propuestas orientadas a mejorar la eficacia y la eficiencia de la gestión de la IT. Entre ellas, destaca el desarrollo de un sistema de información integrado que permita la interoperabilidad plena entre el INSS, los servicios autonómicos de salud, las mutuas colaboradoras y las empresas, y que incorpore de forma sistemática información relevante sobre el trabajador, el puesto de trabajo, la empresa y cada episodio de IT. Este sistema debería apoyarse en herramientas analíticas avanzadas y algoritmos basados en técnicas estadísticas y de inteligencia artificial capaces de estimar de forma personalizada la duración esperada de los procesos, identificar desviaciones significativas respecto a los tiempos óptimos clínicamente establecidos, detectar patrones anómalos o excesos recurrentes y generar alertas automáticas para una actuación temprana de los agentes responsables. Igualmente, estas herramientas permitirían identificar riesgos de prolongación o cronificación, priorizar los diagnósticos y a los colectivos con mayores desviaciones sistemáticas, y actualizar de manera continua los criterios técnicos y los tiempos óptimos a partir de la evidencia empírica generada por el propio sistema.

Asimismo, se propone reforzar las capacidades del INSS mediante una intervención más temprana y especializada en los procesos de IT, priorizando los casos con mayores desviaciones y a los trabajadores con episodios reiterados, así como articular este refuerzo en un marco de colaboración más estrecha con los médicos de atención primaria. Para ello, se recomienda facilitar a los facultativos información sistemática sobre las condiciones laborales del trabajador, complementar la práctica clínica con formación específica y herramientas digitales de apoyo a la decisión, y fortalecer el respaldo técnico con las inspecciones médicas y la unidad especializada en IT, con el fin de mejorar la coordinación entre la autoridad clínica y la gestora de la prestación.

Además, a la vista de la elevada concentración de episodios de IT en las empresas de mayor tamaño, la AIReF propone que las instituciones gestoras de la IT promuevan activamente una mayor implicación de estas empresas en la gestión responsable de la prestación y en la mejora de la salud laboral. A tal fin, se recomienda impulsar, en colaboración con los agentes sociales, estrategias

empresariales articuladas en torno a tres ejes: el refuerzo de la prevención y promoción de la salud laboral; el desarrollo de una gestión proactiva y temprana de la IT, y la implantación de programas de reincorporación gradual y adaptación del puesto de trabajo, con el objetivo de reducir la incidencia, la reiteración y el riesgo de prolongación de las bajas.

Por último, la AIReF propone abordar la evaluación de las listas de espera del SNS, comenzando por la mejora de la calidad, cobertura y accesibilidad de la información disponible. La evaluación ha puesto de manifiesto la existencia de una correlación entre los tiempos de espera del SNS y la duración de los episodios de IT, si bien las limitaciones estructurales del sistema de información actual —en términos de homogeneidad territorial, cobertura asistencial y nivel de desagregación— restringen la posibilidad de realizar análisis sólidos para el conjunto del territorio. Con ese objetivo, se recomienda extender y sistematizar la medición de las listas de espera del itinerario asistencial completo, mejorar la comparabilidad de los datos entre comunidades autónomas, y desarrollar una evaluación integral que permita identificar los determinantes de las demoras asistenciales y estimar su impacto sobre la duración de los procesos de IT y otras políticas públicas como el mutualismo administrativo evaluado en la fase I del Spending Review 2022-2026.

ESQUEMA Y EJES DE LA EVALUACIÓN

Bloque I. Contexto, objetivos y metodologías aplicadas		
Bloque II. Evidencia de la evaluación	Ejes	Aspectos analizados
	Diseño de la prestación y evolución normativa	• Gobernanza de la prestación • Instrumentos del INSS para la gestión de la IT • Evolución de la normativa con incidencia en la IT Recuadro 1: Los complementos retributivos e incentivos relativos a la IT en los convenios colectivos
	Caracterización cuantitativa de los factores determinantes de la incapacidad temporal	• Evolución y situación actual de los principales indicadores Recuadro 2: El fenómeno de la reiteración en la incapacidad temporal • Factores explicativos de la probabilidad de iniciar un episodio de IT • Factores explicativos del incremento en la probabilidad de iniciar un episodio de IT Recuadro 3: Evolución de la incidencia de la incapacidad temporal y la demanda de atención primaria • Las duraciones de la IT y sus factores explicativos Recuadro 4: La incidencia de las listas de espera en las duraciones de los episodios de incapacidad temporal • La IT en el régimen especial de funcionarios civiles del Estado
	Impacto causal de las políticas públicas sobre la incapacidad temporal	• Aumento del subsidio a empleados públicos (RD 956/2018) • Reforma laboral (RDL32/2021) • Aumento del SMI (RD 1462/2018)
Bloque III. Propuestas		

Fuente: AIREF.

HALLAZGOS Y PROPUESTAS

1. DISEÑO DE LA PRESTACIÓN Y EVOLUCIÓN NORMATIVA

HALLAZGOS	- Se analizan tres componentes de la incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (ITCC): atención sanitaria, control y seguimiento, y gestión económica. - El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el competente para la atención sanitaria del trabajador. - En la actualidad se están poniendo en marcha convenios que permitirían al SNS la derivación de pacientes a mutuas colaboradoras para pruebas diagnósticas y tratamientos de determinadas patologías. - El control y seguimiento se realiza de forma compartida entre el SNS, las mutuas colaboradoras y el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS). - Hasta el día 365, el principal actor es el SNS; a partir de entonces, el INSS asume la competencia exclusiva. - Las mutuas pueden citar al trabajador para revisiones médicas y proponer el alta al SNS, pero no pueden emitir bajas ni altas en ITCC. - El INSS puede intervenir en cualquier momento, aunque concentra sus actuaciones a partir del día 365. - Los primeros 3 días el trabajador no percibe prestación por ITCC, del día 4 al 15 la empresa abona la prestación. A partir del día 16 paga la Administración General del Estado (AGE) a través de la entidad gestora o la mutua colaboradora correspondiente en cada caso. - Frente a la normativa base, aproximadamente el 50 % de los convenios sectoriales y el 65 % de los de empresa incorporan complementos retributivos a la IT. - Cuantía final promedio en convenios con mejoras: - Días 1-3: 80 % de la base reguladora (frente al 0 % legal). - Días 4-20: 91 % de la base reguladora (frente al 60 % legal). - Día 21 en adelante: 97 % de la base reguladora (frente al 75 % legal). <i>El Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal</i> proporciona valores orientativos de duración por diagnóstico, ajustados por edad, sexo, ocupación y comorbilidad. - A través de los convenios autonómicos, el INSS busca incentivar el cumplimiento de una serie de objetivos para mejorar el seguimiento y la gestión de la ITCC. Desde el año 2013, el importe económico de los convenios ha permanecido inalterado, con un total de 315 millones de euros.
-----------	--

HALLAZGOS	- Entre los años 2012 y 2024 se ha introducido una abundante producción normativa con incidencia en la prestación de IT. - Hasta el año 2017 predominan medidas de corte restrictivo orientadas a reforzar los controles. - A partir de 2018 la normativa se hace más garantista, busca una mayor protección de los trabajadores frente al despido y amplía las condiciones que permiten acceder a la prestación.
PROPUESTAS	- Avanzar hacia un sistema de información integrado e interoperable para mejorar la coordinación, supervisión y eficiencia de la gestión de la IT. - Fortalecer las capacidades del INSS para el control y seguimiento temprano de la IT. - Facilitar a los facultativos de atención primaria información sistemática sobre las condiciones laborales del trabajador y reforzar la conexión con las inspecciones médicas y la unidad especializada de IT.

2. CARACTERIZACIÓN CUANTITATIVA DE LOS FACTORES DETERMINANTES DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

2.1. SITUACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE LA PRESTACIÓN

HALLAZGOS	- La AIReF ha desarrollado una herramienta que permite visualizar la evolución de la IT entre 2017 y 2024 para 9.500 grupos diferentes de trabajadores y patologías. Ofrece tres indicadores (número de episodios, incidencia y duración media) desglosables por: edad, diagnóstico, tramo de duración de la IT, comunidad autónoma, tipo de contingencia y régimen. - En números absolutos, los episodios de ITCC pasan de 4,7 millones en 2017 a casi 8,6 millones en 2024. - La incidencia de la ITCC pasa de 21,4 casos por cada 1.000 afiliados en 2017 a 33,9 en 2024, lo que supone un crecimiento acumulado del 58,4%. - La duración media de los procesos de ITCC evoluciona desde los 40 días en 2017 a los 45,9 en 2024, es decir, un 14,8% de crecimiento acumulado. - Las enfermedades musculoesqueléticas y las respiratorias presentan los niveles más altos de incidencia. - El mayor crecimiento acumulado se observa en las enfermedades infecciosas (duplican su incidencia, de 1,8 a 3,6 casos por 1.000 afiliados) y las mentales (+80%). - Los trastornos mentales presentan las mayores duraciones medias: de 67 días en 2017 a 98,5 días en 2024. - Los episodios de IT se encuentran concentrados en un porcentaje reducido de personas, y esta concentración ha aumentado en los últimos años. El 25% de las personas acumulan el 51% de los episodios de IT en 2017, porcentaje que se ha incrementado hasta el 55% en 2024. - El porcentaje de personas que inician más de un episodio de IT al año ha crecido: 23% en 2017, 26,5% en 2019 y 31,8% en 2024.
PROPUESTAS	- Avanzar hacia un sistema de información integrado e interoperable para mejorar la coordinación, supervisión y eficiencia de la gestión de la IT. - Fortalecer de las capacidades del INSS para el control y seguimiento temprano de la incapacidad temporal. - Facilitar a los facultativos de atención primaria información sistemática sobre las condiciones laborales del trabajador y reforzar la conexión con las inspecciones médicas y la unidad especializada de IT.

2.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT

HALLAZGOS	- Manteniendo constante el resto de las características, el factor más determinante para tener una IT es haber estado en situación de IT el año anterior (+250 % de probabilidad). - Mayor probabilidad en: empresas grandes (+81 % con respecto a microempresas), nivel salarial medio (+52 % con respecto al primer cuartil), mujeres (+21 %), menores de 40 años (+20 %), sector público (+14 %), contrato indefinido (+12 % con respecto al contrato fijo discontinuo). - Sectores con mayor probabilidad: Industria manufacturera (C), Actividades sanitarias (Q), Transporte (H), Saneamiento (E) y Actividades administrativas (N).
PROPUESTAS	Promover la implicación activa de las empresas en la gestión responsable de la IT y la mejora de la salud laboral.

2.3. FACTORES RELACIONADOS CON EL INCREMENTO EN LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT

HALLAZGOS	- La incidencia de la IT es una variable procíclica: aumenta en fases alcistas, mientras que se reduce en etapas contractivas. - Se realiza una estimación de panel de efectos fijos para descomponer el poder explicativo de las variables observables en la evolución de la IT. La tasa de desempleo y los efectos fijos de persona son las variables con mayor poder explicativo de la evolución observada en la IT. - En 2024, los modelos predicen un 11 % menos de IT que la observada (existe una parte no explicada por factores observables). - Tras la COVID-19, el incremento de IT se produce en un contexto de creciente demanda asistencial en atención primaria.
PROPUESTAS	- Avanzar hacia un sistema de información integrado e interoperable para mejorar la coordinación, supervisión y eficiencia de la gestión de la IT. - Fortalecer las capacidades del INSS para el control y seguimiento temprano de la incapacidad temporal. - Facilitar a los facultativos de atención primaria información sistemática sobre las condiciones laborales del trabajador y reforzar la conexión con las inspecciones médicas y la unidad especializada de IT.

2.4. LAS DURACIONES DE LA IT Y SUS FACTORES RELACIONADOS

HALLAZGOS	• Más del 65 % de los episodios en 2024 tienen duraciones inferiores a 15 días. • Entre 2017 y 2024, ganan peso las IT de menos de 3 días (+141 % acumulado) y de más de 365 días (+205 %). • Las condiciones mentales presentan las mayores duraciones medias (98,5 días en 2024) y ganan peso las de más de 31 días. • Los modelos econométricos revelan mayor duración en: autónomos, enfermedades musculoesqueléticas, lesiones, trastornos mentales, mayor edad y mujeres. • Existe correlación entre los tiempos de espera del SNS y la duración de los episodios de IT.
PROPUESTAS	• Avanzar hacia un sistema de información integrado e interoperable para mejorar la coordinación, supervisión y eficiencia de la gestión de la IT. • Fortalecer las capacidades del INSS para el control y seguimiento temprano de la incapacidad temporal. • Facilitar a los facultativos de atención primaria información sistemática sobre las condiciones laborales del trabajador y reforzar la conexión con las inspecciones médicas y la unidad especializada de IT. • Promover la implicación activa de las empresas en la gestión responsable de la incapacidad temporal y la mejora de la salud laboral. • Abordar la evaluación de las listas de espera del SNS.

2.5. LA IT EN EL RÉGIMEN ESPECIAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

HALLAZGOS	• La AIReF ha desarrollado una herramienta que permite visualizar la evolución de la IT entre 2017 y 2024 para 240 grupos de mutualistas de Muface. Ofrece tres indicadores (número de episodios, incidencia y duración media) desglosables por: edad, diagnóstico, tramo de duración y modalidad de provisión sanitaria. • Si bien Muface representa una proporción pequeña en comparación con el número total de episodios del régimen general, ambos sistemas experimentaron un crecimiento similar durante el periodo analizado. • La incidencia pasó de 13,2 a 20,3 casos por 1.000 mutualistas (2017-2024). • La duración media fue de 59,4 días en 2024 (-22% vs. 2017). • Los mutualistas de provisión privada presentan mayor incidencia y duración de IT que los de la opción pública. • Las enfermedades respiratorias y musculoesqueléticas tienen los niveles más elevados de incidencia en 2024: 3,81 y 3,68 casos por 1.000 mutualistas. • El mayor crecimiento se registra en enfermedades infecciosas (de 0,3 a 0,9) y mentales (de 1,3 a 2,8 casos por 1.000 mutualistas). • El factor más influyente en la probabilidad de IT es haber tenido un episodio el año previo. • Los modelos econométricos revelan mayor duración en: trastornos mentales, patologías musculoesqueléticas, profesorado universitario, maestros y Cuerpo Nacional de Policía.
------------------	---

3. EL IMPACTO CAUSAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE LA IT

HALLAZGOS	Análisis de los efectos del importe de la prestación • El Real Decreto 956/2018 (julio de 2018) incrementa al 100% el complemento retributivo en IT para el personal de la AGE desde el primer día, revirtiendo el régimen del Real Decreto-ley 20/2012, que establecía el 50% en los días 1-3, el 75% en los días 4-20 y el 100% desde el día 21. • La medida incrementa en torno a un 40% la probabilidad de iniciar una IT al mes. • La mejora del complemento retributivo reduce la duración promedio de las IT en un 30%. • El efecto global de la medida provoca un incremento del 14% en el total de días no trabajados por IT al mes. El aumento en la probabilidad de iniciar una IT compensa con creces la reducción en la duración media de los episodios. Análisis de los efectos de la modalidad de contrato • La reforma laboral elimina el contrato por obra y servicio, y obliga a las empresas a convertir los contratos temporales en indefinidos. Este cambio normativo permite identificar el efecto causal del tipo de contrato sobre la IT. • El cambio de un contrato temporal a uno indefinido incrementa en torno a un 30% la probabilidad de iniciar una IT. Análisis de los efectos de los incrementos salariales • En enero de 2019 el salario mínimo interprofesional (SMI) aumentó de 735,9 euros a 900 euros (+22,3%). Este incremento permite evaluar el efecto causal del nivel salarial sobre la IT en trabajadores con salarios próximos al SMI. • El aumento salarial derivado del incremento del SMI de 2019 no provoca efectos estadísticamente significativos en la probabilidad de iniciar un episodio de IT.
------------------	--

1.

INTRODUCCIÓN: CONTEXTO, OBJETIVOS, EJES Y METODOLOGÍAS DE LA EVALUACIÓN

1.1. Antecedentes

Este estudio forma parte de la fase II del proceso de revisión del gasto público de las administraciones públicas (Spending Review 2022-2026). El estudio responde al encargo por parte del Consejo de Ministros, del 2 de abril de 2024, a la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF), para evaluar el gasto derivado de la prestación por incapacidad temporal.

La AIReF elaboró un plan de acción que incluía, entre otros aspectos, los objetivos, los ejes, el calendario y el presupuesto de la evaluación. Previa aprobación del plan de acción por el Ministerio de Hacienda, así como del gasto correspondiente, el Consejo de Ministros acordó su toma de razón el 17 de diciembre de 2024.

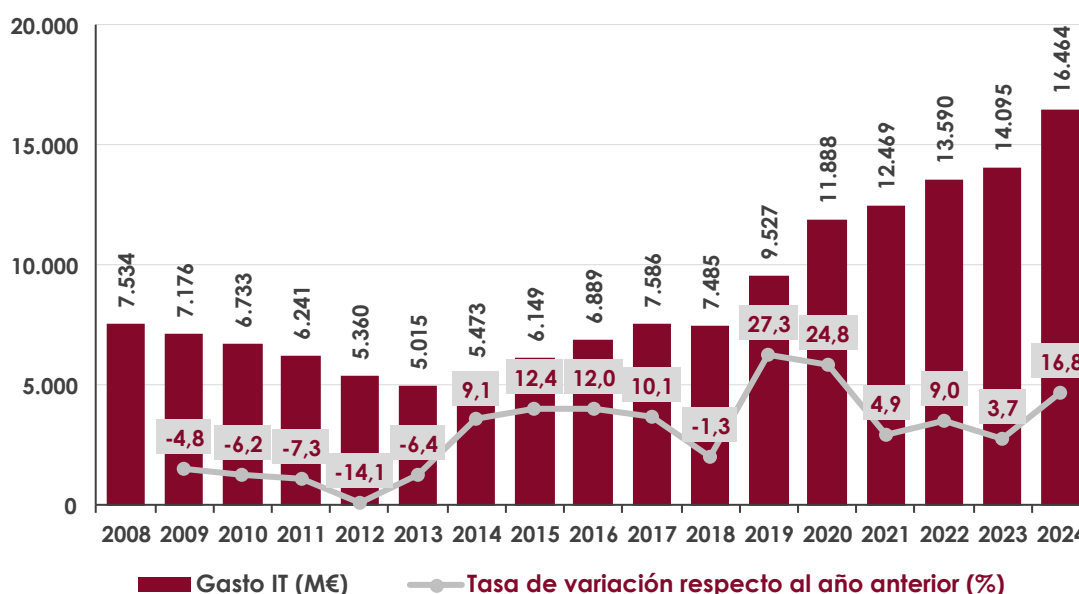
1.2. Contexto y situación

La incapacidad temporal (IT) es la situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para trabajar debido a padecer una enfermedad común o profesional o accidente, sea o no de trabajo, mientras reciben asistencia sanitaria. La prestación de IT puede ser, según su origen, por contingencias profesionales (ITCP) o por contingencias comunes (ITCC). En el

caso de las contingencias profesionales, la prestación se abona a partir del día siguiente, con un importe del 75 % de la base reguladora. Por otro lado, en el caso de las contingencias comunes, la prestación se percibe a partir del día 4. Entre los días 4 y 20, el importe es del 60 % y alcanza el 75 % a partir del día 21. Ni la prestación de ITCP ni la de ITCC por accidente no laboral exigen un periodo de cotización previo, mientras que para poder percibir la ITCC en el supuesto de enfermedad común es necesario haber cotizado 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores.

El gasto relacionado con la prestación de la Seguridad Social ha experimentado un crecimiento sostenido desde el año 2014, hasta alcanzar un importe de 16.464 millones de euros en 2024 (gráfico 1). Esta partida representa la segunda mayor rúbrica de gasto gestionada por la Seguridad Social, tras las pensiones. Durante el periodo comprendido entre 2014 y 2022 experimentó un incremento del 200 %, al pasar de 5.473 millones de euros a 16.464 millones de euros.

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN DEL GASTO DEL INSS EN INCAPACIDAD TEMPORAL



Fuente: AIReF a partir de la Estadística de Incapacidad Temporal del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.

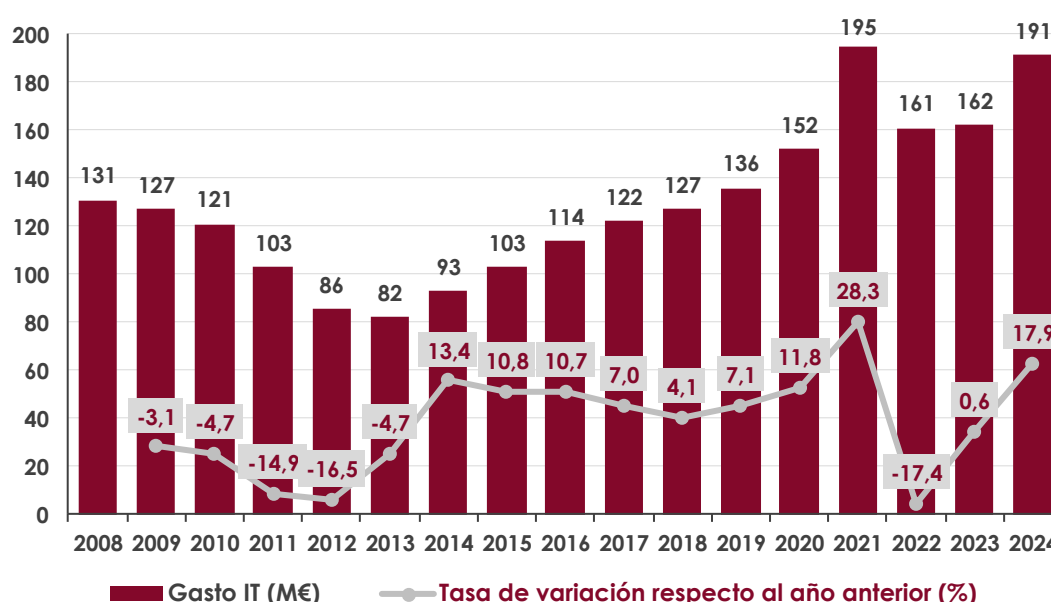
Nota: El gasto se corresponde con las obligaciones reconocidas.

Los funcionarios públicos adscritos a Muface, Mugeju o Isfas cuentan con un régimen específico, distinto del régimen general, en lo relativo a la prestación por IT. Durante los primeros tres meses en IT, los funcionarios mutualistas perciben sus retribuciones íntegras del organismo donde prestan servicios. A partir del cuarto mes, es decir, el día 91 de la situación, el organismo abona las retribuciones básicas y deja de pagar las retribuciones complementarias. Por

ello, en ese momento se genera el derecho al subsidio que abona la mutualidad correspondiente. El subsidio consiste en una cantidad fija e invariable durante toda la IT, que será del 80% de las retribuciones básicas o del 75% de las complementarias, la más favorable de ambas.

El gasto de las mutualidades de funcionarios en el subsidio de IT también ha seguido una senda creciente desde 2014, aunque de menor magnitud que en el régimen general (gráfico 2). El gasto agregado en IT de Muface, Mugeju e Isfas, que a diferencia del de la Seguridad Social incluye las retribuciones a partir del día 91 de la situación de IT, creció un 105 % entre 2014 y 2024.

GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN DEL GASTO AGREGADO DE LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS EN EL SUBSIDIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL



Fuente: AIReF a partir de las memorias anuales de Muface, Mugeju e Isfas.

1.3. Objetivo y ejes de la evaluación

El objetivo de esta evaluación es identificar mejoras potenciales de eficacia y eficiencia en el gasto público dedicado a la prestación por IT. Este estudio se centra fundamentalmente en la evaluación de la prestación por contingencias comunes.

El informe se estructura en tres bloques y se fundamenta en tres ejes de análisis. En este primer bloque se describe el objetivo de la evaluación y sus ejes, metodologías y bases de datos; en el segundo se recogen las evidencias encontradas como resultado de la evaluación en cada uno de los ejes, y en el tercero se formulan propuestas a partir de los hallazgos.

CUADRO 1. ESQUEMA DEL ESTUDIO

Bloque I. Contexto, objetivos y metodologías aplicadas		
Bloque II. Evidencia de la evaluación	Ejes	Aspectos analizados
	Diseño de la prestación y evolución normativa	• Gobernanza de la prestación • Instrumentos del INSS para la gestión de la IT • Evolución de la normativa con incidencia en la IT Recuadro 1: Los complementos retributivos e incentivos relativos a la IT en los convenios colectivos
	Caracterización cuantitativa de los factores determinantes de la incapacidad temporal	• Evolución y situación actual de los principales indicadores • Factores explicativos de la probabilidad de iniciar un episodio de IT • Factores explicativos del incremento en la probabilidad de iniciar un episodio de IT • Las duraciones de la IT y sus factores explicativos • La IT en el régimen especial de funcionarios civiles del Estado Recuadro 2: El fenómeno de la reiteración en la incapacidad temporal Recuadro 3: Evolución de la incidencia de la incapacidad temporal y la demanda de atención primaria Recuadro 4: La incidencia de las listas de espera en las duraciones de los episodios de incapacidad temporal
	Impacto causal de las políticas públicas sobre la incapacidad temporal	• Aumento del subsidio a empleados públicos (RD 956/2018) • Reforma laboral (RDL32/2021) • Aumento del SMI (RD 1462/2018)
		Bloque III. Propuestas

Fuente: AIReF.

El primer eje de análisis se centra en el diseño de la prestación y el análisis de la evolución de la normativa asociada. En este apartado se estudia el modelo de gobernanza desde una triple perspectiva: asistencial, de control y seguimiento de la prestación, y de su gestión económica. Se dedica un apartado a las principales herramientas del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) para la gestión de la prestación. Más adelante, se analiza el carácter de la normativa con incidencia en la prestación de IT durante el marco temporal 2012-2024. Por último, se incluye un recuadro en el que, utilizando modelos de inteligencia artificial, se estudian los complementos retributivos y las medidas relacionadas con la IT en todos los convenios laborales suscritos entre los años 2011 y 2024.

En el segundo eje se estudian los factores determinantes de la ITCC. El segundo eje parte de un análisis estadístico de la situación actual y la evolución reciente de la prestación sobre tres indicadores clave: el total de episodios, la incidencia

y la duración promedio. Se incluye un recuadro que analiza la reiteración en la IT. A continuación, se aporta evidencia sobre los factores explicativos de la probabilidad de padecer un episodio de IT en 2024 y su evolución. Se dedica un recuadro específico para analizar el aumento de la incidencia de la incapacidad temporal en relación con la evolución de la demanda asistencial en atención primaria. Más adelante, se realiza un análisis de las duraciones de los episodios de IT y de sus factores explicativos. Un cuarto recuadro estudia la incidencia de las listas de espera en las duraciones de los episodios de IT. En la última sección de este eje se examina la IT en el régimen especial de funcionarios civiles del Estado, el colectivo de mutualistas de Muface.

En el tercer eje se elaboran ejercicios contrafactuales para analizar el impacto de diferentes cambios normativos sobre los indicadores de IT. Se analiza el impacto sobre los principales indicadores de IT de tres políticas públicas: la mejora del régimen retributivo de los empleados públicos en situación de IT¹, el incremento del salario mínimo interprofesional (SMI) en 2019² y el cambio de contrato a indefinido a partir de la reforma laboral de 2021³.

1.4. Bases de datos y otras fuentes de información

Los análisis cuantitativos se han basado principalmente en cuatro fuentes: la base de datos de episodios de incapacidad temporal del INSS (INCA), la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), los microdatos de comunicación electrónica de partes de IT para mutualistas de Muface (CEPIT) y el registro de mutualistas de Muface (cuadro 2). La base de datos de episodios de incapacidad temporal se ha integrado con los microdatos de la MCVL, lo que ha permitido caracterizar los factores determinantes de la incapacidad temporal (sección 2.2.1) y evaluar el impacto causal de las políticas públicas sobre esta prestación (sección 2.2.3). Para los análisis de la prestación de funcionarios civiles mutualistas (sección 2.2.4), se han empleado los microdatos de gestión administrativa de la prestación por IT de funcionarios civiles de

¹ Real Decreto 956/2018, de 27 de julio, por el que se aprueba y publica el Acuerdo adoptado por la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado el 23 de julio de 2018, con relación al régimen retributivo de la situación de incapacidad temporal del personal al servicio de la Administración General del Estado y Organismos o Entidades Públicas dependientes.

² Real Decreto 1462/2018, de 21 de diciembre, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2019.

³ Real Decreto-ley 32/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma laboral, la garantía de la estabilidad en el empleo y la transformación del mercado de trabajo.

Muface (CEPIT). La base de datos de incapacidad temporal de los funcionarios civiles se ha integrado con la del universo de datos del registro de mutualistas de Muface.

CUADRO 2. PRINCIPALES BASES DE DATOS UTILIZADAS EN LOS ANÁLISIS



Fuente: AIReF.

Otras fuentes complementarias incluyen: la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) del Ministerio de Sanidad, el Sistema de Información sobre Listas de Espera (SISLE-SNS) por comunidad autónoma, datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), el registro y depósito de convenios colectivos, acuerdos colectivos de trabajo y planes de igualdad firmados entre 2011 y 2024 y facilitados por el Ministerio de Trabajo y Economía Social, y la estadística de afiliación y la estadística agregada sobre incapacidad temporal publicadas por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISM).

Para el análisis cualitativo se ha contado con la siguiente información:

- Normativa relacionada con la prestación de incapacidad temporal, publicada en el *Boletín Oficial del Estado (BOE)*.

- Reuniones mantenidas con los principales agentes de la prestación: INSS, inspecciones de salud de las comunidades autónomas, mutuas colaboradoras de la Seguridad Social, asociaciones empresariales y sindicatos, asociaciones médicas de atención primaria y medicina de familia, y el Comisionado de Salud Mental.
- Cuestionarios remitidos y cumplimentados por la Inspección del INSS y por las inspecciones de los servicios de salud autonómicos.
- Otra documentación adicional aportada por los agentes entrevistados.

1.5. Metodologías utilizadas en la evaluación

La evaluación ha requerido la aplicación de diferentes metodologías de análisis cualitativo y cuantitativo.

Metodologías de análisis cuantitativo

Se han empleado diversas metodologías de análisis cuantitativo según el objetivo del ejercicio y el tipo de datos disponibles.

Análisis estadístico descriptivo. Se calculan indicadores como la incidencia, la duración media y el número de procesos para caracterizar cuantitativamente la IT a partir del universo de microdatos de procesos de IT. Del análisis se deriva un cuadro de mando que acompaña la evaluación, con 9.500 grupos de trabajadores, definidos por variables como edad, diagnóstico, tramo de duración de la IT, comunidad autónoma, tipo de contingencia y régimen. Además, se comparan tendencias y resultados entre diferentes años (2017-2024).

Modelos econométricos de sección cruzada con variable dependiente binaria (probit). Se aplican modelos probit para estimar la probabilidad de iniciar un proceso de IT en función de variables explicativas como haber iniciado una IT en el ejercicio anterior, tamaño de la empresa, nivel salarial, sexo, edad, tipo de contrato y sector, entre otras.

Análisis de impacto / contrafactuales. Se analiza el impacto de tres cuestiones: la mejora retributiva a los empleados públicos en situación de IT a raíz del Real Decreto 956/2018, la mejora salarial a partir del incremento del SMI en 2019 y el contrato indefinido a partir de la reforma laboral de 2021. Para las tres estimaciones se utiliza el método de diferencias en diferencias (DiD).

Aprendizaje automático (*machine learning*). Se emplean técnicas de *machine learning* para identificar patrones y correlaciones entre los factores determinantes y la probabilidad de iniciar un episodio de IT.

Modelos econométricos de panel de efectos fijos. Se emplean en el análisis de la sección 2.2.3. para cuantificar y descomponer la importancia de los factores explicativos del incremento en la probabilidad de iniciar un episodio de IT.

Modelos de Cox de riesgos proporcionales (Cox, 1972). Se utilizan para identificar los factores que se correlacionan con las duraciones de los episodios de IT.

Metodologías de análisis cualitativo

Análisis normativo. Se ha identificado, sistematizado y analizado la normativa con incidencia en la prestación por IT, para el periodo comprendido entre los años 2012 y 2024.

Análisis documental. Se han consultado fuentes especializadas que permiten comprender el funcionamiento de la prestación, conocer buenas prácticas y analizar los factores que influyen en su evolución.

Entrevistas. Con el objetivo de profundizar en los aspectos abordados mediante el análisis normativo, se han mantenido reuniones con representantes de:

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social
- Las inspecciones de salud de las comunidades autónomas
- Las mutuas colaboradoras de la Seguridad Social
- Las asociaciones empresariales y sindicatos
- Las asociaciones médicas de atención primaria y medicina de familia
- El Comisionado de Salud Mental

Cuestionarios y documentación complementaria. Se han administrado cuestionarios y se ha recibido documentación complementaria de las inspecciones médicas del INSS y de los servicios de salud autonómicos, para conocer el funcionamiento de la labor inspectora.

Análisis textual. Se ha aplicado un modelo de inteligencia artificial para analizar las medidas introducidas en los convenios colectivos relacionadas con la IT.

1.6. Gobernanza y agentes participantes

Esta evaluación ha sido dirigida, coordinada y supervisada por el equipo de la División de Evaluación del Gasto Público de la AIReF. El equipo de evaluación agradece la excelente colaboración prestada por los agentes participantes en el presente estudio, así como a todas las personas, entidades e instituciones que han cedido datos y han participado en entrevistas o reuniones de trabajo.

1.7. Presupuesto y calendario

El presupuesto para este estudio se determinó de conformidad con lo previsto en la Resolución de 18 de diciembre de 2019, de la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal, por la que se actualizan los precios públicos para la elaboración de estudios (BOE de 23 de diciembre de 2019) y ascendió a un total de 350.993,60 euros (cantidad no sujeta a IVA, conforme a lo previsto en el informe AUIE/MAEC 81/19, de la Abogacía General del Estado, de fecha 18 de marzo de 2019).

El desarrollo de los trabajos ha tenido lugar entre los meses de enero y diciembre de 2025.

1.8. Panorámica del estudio

En las siguientes secciones de este informe se aborda el análisis de los ejes que articulan esta evaluación, por el siguiente orden. El primero examina el modelo de gobernanza y gestión de la IT desde las perspectivas asistencial, de control y de gestión económica, así como la normativa aplicable entre 2012 y 2024 y los complementos retributivos previstos en los convenios laborales. El segundo eje analiza la situación actual y la evolución reciente de la prestación a partir de indicadores clave, profundizando en la reiteración de los episodios, sus factores explicativos, la relación con la atención primaria, las listas de espera y el caso específico de los mutualistas de Muface. El tercer eje evalúa el impacto de determinadas políticas públicas sobre la IT, como las mejoras retributivas de los empleados públicos, el incremento del SMI y la reforma laboral de 2021. Finalmente, el informe concluye con un bloque de propuestas formuladas a partir de los principales hallazgos del análisis.

2.

EVALUACIÓN

2.1. Diseño de la prestación y evolución normativa

La incapacidad temporal (IT) es la situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para trabajar debido a padecer una enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciben asistencia sanitaria. Para proteger la renta del trabajador en estos supuestos, la Seguridad Social prevé una prestación económica por IT⁴, que podrá ser según su origen, por contingencias comunes (ITCC) o por contingencias profesionales (ITCP).

La prestación económica por IT en contingencias comunes tiene características diferenciadas de la IT por contingencias profesionales. Este estudio se centra fundamentalmente en la evaluación de la prestación por contingencias comunes. Estas diferencias se observan principalmente en el importe de la prestación sobre la base reguladora⁵, los periodos mínimos de cotización, el momento de inicio de la prestación y su vía de financiación a partir de cotizaciones sociales (cuadro 3).

⁴ A partir del artículo 169 del Real Decreto-ley 8/2015.

⁵ La base reguladora se calcula a partir de la remuneración bruta del mes inmediatamente anterior a la baja, dividida entre el número de días de dicho periodo.

CUADRO 3. CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR IT DEL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Características de la prestación	Contingencias profesionales	Contingencias comunes
Supuestos aplicables	Enfermedad o accidente profesional	Enfermedad o accidente no laboral
Importe de la prestación sobre la base reguladora	75 %	60 % días 4 al 20 75 % a partir del día 21
Periodos mínimos de cotización	No se exigen	180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores
Inicio de la prestación	Desde el día siguiente, estando a cargo del empresario el salario íntegro el día de la baja	A partir del 4.º día de baja en el trabajo
Financiación a partir de cotizaciones	Financiada a partir de las cotizaciones sociales para las contingencias profesionales según el sector económico. Solo aplicables a la empresa	Financiada a partir de las cotizaciones sociales por contingencias comunes, aplicables a la empresa y al trabajador

Fuente: AIReF.

Nota: El requisito de cotización previa en la ITCC solo aplica en los supuestos de enfermedad común, no se exige en el supuesto de accidente no laboral.

En el marco de la prestación por IT derivada de contingencias comunes se identifican tres componentes esenciales: atención sanitaria, supervisión del proceso y gestión económica. Esta triple naturaleza implica la coordinación de múltiples entidades y profesionales, cada uno con funciones específicas: garantizar la asistencia médica y la recuperación del trabajador, supervisar la evolución y la adecuación de la situación de incapacidad, y reconocer el derecho y efectuar el pago de la prestación. La interacción entre estos ámbitos convierte la gestión en un proceso altamente interdependiente, orientado a asegurar tanto la protección económica como la reincorporación laboral del trabajador (cuadro 4). Estas tres dimensiones se desarrollan en las siguientes secciones.

CUADRO 4. AGENTES INTERVINIENTES EN LA PRESTACIÓN DE ITCC

● Durante toda la IT



Empresa



Realiza el pago de la prestación hasta el día 15 y, desde esa fecha, asume el pago delegado hasta el alta del trabajador.



SNS



Asistencia sanitaria al trabajador para su rehabilitación, ya sea a través de atención primaria, especialistas o urgencias hospitalaria.

● Días 1 a 365

Atención
primaria

Valora el estado de salud del trabajador y su capacidad para volver al trabajo. Emite partes de baja, de confirmación y finalmente, cuando el trabajador está habilitado para trabajar, de alta.

Mutuas
colaboradoras

Apoyan la labor del SNS citando al trabajador para revisiones médicas y, en su caso, realizar una propuesta de alta.



Gestionan el pago de la prestación desde el día 16, a través del pago delegado de la empresa.



Realizan pruebas y tratamientos al trabajador, previa autorización del SNS y consentimiento del trabajador.

Inspección
SNS

Inspección, seguimiento y control de la prestación. Apoya a los facultativos de atención primaria y realiza informes trimestrales sobre el proceso.

Inspección
INSS

Mismas competencias que el SNS hasta el día 365.

● A partir del día 365

Inspección
INSS

Único competente en el control y seguimiento. Emite partes de alta y de baja cuando se trata de recaídas. Cita al trabajador para emitir un alta médica o iniciar expediente de incapacidad permanente.



Atención sanitaria



Control y seguimiento



Gestión económica

Fuente: AIReF.

2.1.1. Atención sanitaria y rehabilitación del trabajador

Durante una baja por ITCC, el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el organismo competente para la atención sanitaria del trabajador, contando con la colaboración complementaria de las mutuas. La atención sanitaria de un trabajador que se encuentra en situación de ITCC está garantizada por el SNS, que se encarga de proporcionar la asistencia médica necesaria durante todo el proceso de recuperación. De forma complementaria, y siempre que la empresa lo haya acordado previamente, la mutua colaboradora con competencias en las contingencias profesionales de la empresa puede ofrecer servicios adicionales, como pruebas diagnósticas, tratamientos o rehabilitación, con el objetivo de agilizar la recuperación del trabajador y facilitar su reincorporación laboral. Esta colaboración no sustituye la cobertura del SNS, sino que la complementa mediante recursos y prestaciones adicionales.

En la actualidad se están poniendo en marcha convenios que permitirían al SNS derivar pacientes a mutuas colaboradoras para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos de determinadas patologías, introduciendo una segunda vía de actuación de las mutuas en los procesos de ITCC (cuadro 5). Estos mecanismos, articulados a partir de convenios autonómicos, permitirían que, en los supuestos de patologías traumatológicas, el SNS pueda encargar a las mutuas la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos, previa autorización del médico del SNS y consentimiento informado del paciente⁶. De acuerdo con la redacción de estos convenios, se pretende la utilización de los recursos humanos y materiales disponibles de las mutuas colaboradoras, con el fin de mejorar la salud de las personas trabajadoras y evitar la prolongación innecesaria de los procesos. En este sentido, el SNS pondrá a disposición de la mutua, previo consentimiento informado del paciente, a través de los medios informáticos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), las actuaciones sanitarias que estime necesarias en los procesos de IT, para la realización, en su caso, de pruebas diagnósticas o tratamientos terapéuticos y rehabilitadores, incluidas intervenciones quirúrgicas. Estas actuaciones se realizarán en aquellos procesos cuyas patologías superen las duraciones óptimas recogidas en el *Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal*.

⁶ Se puede ver la redacción de uno de estos convenios en https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2025-12801. A la fecha de publicación de este estudio, han firmado este convenio las comunidades autónomas de Illes Balears, Asturias, Cataluña e INGESA, para su aplicación en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

CUADRO 5. EL PAPEL DE LAS MUTUAS EN LA ASISTENCIA SANITARIA

¿Qué papel tienen las mutuas en la asistencia sanitaria?



La intervención de las mutuas colaboradoras en los procesos de ITCC consiste en complementar la labor de tratamiento del paciente que gestiona el SNS. Puede ofrecer la realización de pruebas y tratamientos al trabajador. No puede emitir partes médicos en ITCC, solo proponer el alta al SNS.

¿Cuándo intervienen?

Por convenio con la comunidad autónoma



Bajo convenio, el SNS acuerda con las mutuas colaboradoras la realización de tratamientos y pruebas diagnósticas en patologías musculoesqueléticas.

Siempre se deberá contar previamente con la **autorización del SNS** y el **consentimiento expreso del paciente**.

Por acuerdo previo con la empresa



La empresa encomienda a la mutua colaboradora con la que tiene contratados los servicios de ITCP la implicación en la ITCC en apoyo al SNS.

Fuente: AIREF.

2.1.2. Control y seguimiento de la prestación

El control y seguimiento de la prestación por ITCC se realiza de forma compartida entre el SNS, las mutuas colaboradoras y el INSS. Este esquema competencial viene determinado por el momento en el que los distintos agentes intervienen en el proceso de IT. Hasta el cumplimiento del plazo de duración de 365 días, el principal actor en el control y seguimiento de la prestación es el SNS, si bien el INSS también tiene competencias en este ámbito. Durante este primer año, la mutua puede asimismo participar de forma complementaria en el control y seguimiento de la prestación. Agotado el plazo de duración de 365 días, la inspección médica del INSS es la única competente en las actuaciones de control y seguimiento de la IT.

El SNS interviene en la gestión de la IT a través de los facultativos de atención primaria y de la inspección médica, si bien el INSS tiene competencias plenas para la gestión de las altas y bajas durante todo el periodo de duración de la IT.

Los médicos de atención primaria son, con carácter general⁷, los únicos facultativos competentes para emitir los partes de baja, confirmación y alta. La atención primaria del SNS es, por tanto, la principal puerta de entrada al sistema de la prestación, con capacidad para determinar si la situación médica de un trabajador genera una situación de ITCC. La inspección médica del SNS, por otro lado, realiza funciones de inspección, seguimiento y control de la prestación⁸. Una vez finalizado el primer año de duración de la ITCC, el papel del SNS es asistencial, centrado en la atención sanitaria y rehabilitación del trabajador, ya que las funciones de gestión y control de la prestación son asumidas por el INSS.

Las actuaciones de los facultativos de atención primaria y la inspección médica del SNS tienen su reflejo en actos administrativos que se deben incorporar al expediente del proceso de IT (cuadro 6). La gestión de la IT por parte de la atención primaria se realiza a través de la emisión de partes de baja, confirmación y alta. Los partes de baja son el primer documento que se emite, una vez realizado el reconocimiento al trabajador y constatada su incapacidad para trabajar. En este documento se indica el diagnóstico médico, la descripción de la limitación de la capacidad funcional, la duración estimada del proceso y la fecha del siguiente reconocimiento médico. Si en los siguientes reconocimientos médicos el facultativo considera que el trabajador sigue impedido para trabajar, emitirá sucesivos partes de confirmación, con el resultado del examen en cada reconocimiento. Una vez que el facultativo constata que el trabajador está capacitado para volver al trabajo, emitirá un parte de alta médica. Adicionalmente, con el segundo parte de confirmación, y a partir de ese momento cada dos partes de confirmación, se deben emitir informes médicos complementarios. En estos informes se recogerán las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas, en su caso, realizadas, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado. Trimestralmente, a contar desde la fecha de inicio de la baja médica, la inspección médica del

⁷ En las reuniones mantenidas se han documentado experiencias y proyectos piloto autonómicos para que los facultativos de urgencias emitan bajas médicas de corta duración. En la Comunidad Foral de Navarra, la Comunidad de Madrid y Galicia emiten los partes de baja algunos servicios hospitalarios o de urgencias, aunque este procedimiento no está generalizado a toda la región. En Castilla-La Mancha se han implantado experiencias piloto en dos hospitales.

⁸ Estas funciones se regulan a nivel autonómico. En todo caso, incluyen la recogida en el artículo 4.2 del Real Decreto 624/2015, según el cual la inspección médica del SNS o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de su inspección médica, deberá expedir un informe de control de la incapacidad en el que deberá pronunciarse expresamente sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de IT del trabajador.

SNS o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de su inspección médica, también expedirá un informe de control de la incapacidad en el que deberá pronunciarse sobre la necesidad de mantener el proceso de IT del trabajador.

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

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

Fuente: AIReF.

La participación de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social en el control y seguimiento de la IT durante los primeros 365 días solo procede si la empresa que tiene concertadas con ellas las contingencias profesionales decide encomendarles también la gestión de las contingencias comunes⁹. En caso de intervenir, las mutuas colaboradoras pueden citar al trabajador para revisiones médicas. Si no se presenta al reconocimiento, esto puede dar lugar a la suspensión de la prestación¹⁰. Además, las mutuas pueden formular una propuesta de alta médica del trabajador al SNS. En caso de que el SNS reciba dicha propuesta, deberá contestar en el plazo de cinco días hábiles. Si el SNS no responde dentro de ese plazo, la mutua podrá solicitar al INSS que emita el

⁹ Hasta el 31 de marzo de 2019 también se permitía a las empresas la opción de colaboración voluntaria, según la cual estas asumían directamente el pago de las prestaciones y la asistencia sanitaria y recuperación profesional, sin contar para ello con una mutua colaboradora. Esta modalidad quedó derogada por el Real Decreto-ley 28/2018.

¹⁰ Artículo 174.1 del TRLGSS.

alta médica, disponiendo este último de cuatro días hábiles para resolver. Las mutuas colaboradoras no pueden en ningún caso emitir bajas o altas médicas en los procesos de IT por contingencias comunes.

El INSS puede intervenir a través de su inspección médica en cualquier momento mientras se perciba la prestación, si bien la mayor parte de sus actuaciones, en la actualidad, se concentran en el control y seguimiento a partir del día 365. Hasta el día 365, el INSS es competente para intervenir en el proceso de la misma forma que el SNS para emitir un alta médica, así como para considerar que existe recaída en un mismo proceso. Cuando el INSS emite un alta, se trata de un acto administrativo propio, que prevalece sobre el criterio del SNS. A partir del día 365, el INSS es el único organismo responsable del control y seguimiento de la IT. Desde ese momento, el INSS es el único competente para emitir el alta médica, así como para emitir una nueva baja médica por una recaída por la misma patología u otra similar, en los 180 días naturales posteriores a la emisión del alta médica¹¹. A partir del día 545, el INSS deberá citar al trabajador y emitir una resolución pronunciándose sobre la concesión de la prestación de incapacidad permanente¹². En caso de no pronunciarse la inspección médica del INSS, hasta que esta resuelva se entenderá automáticamente prorrogada la IT¹³.

2.1.3. Gestión económica de la prestación

La prestación por ITCC se paga por las empresas entre el día 4 y el 15, y a partir de entonces por la Administración General de Estado a través de la entidad gestora o la mutua colaboradora correspondiente en cada caso. Durante los primeros tres días, el trabajador no percibe ninguna prestación de IT. La prestación económica por ITCC comienza a partir del día 4 y es abonada por la empresa hasta el día 15. A partir del día 16, la obligación de pago corresponde a la Administración General del Estado, ya sea bien a través del INSS o bien a través de la mutua colaboradora, si la empresa tiene concertadas las contingencias comunes con ella. Este pago se hará a través del sistema de pago delegado.

¹¹ Artículo 170 del TRLGSS.

¹² Desde el día 545 se extingue el derecho al subsidio de IT, si bien se prologa sus efectos económicos hasta que se produzca la calificación. Excepcionalmente se podrá demorar la calificación hasta el día 730 si se considera aconsejable por la situación clínica del paciente.

¹³ Novedad introducida por el Real Decreto-ley 2/2023, de 16 de marzo.

A partir del día 16, la empresa adelanta el pago de la prestación al trabajador, mediante el sistema de pago delegado (cuadro 7). Este sistema consiste en anticipar la prestación y posteriormente compensarla mediante las liquidaciones de las cotizaciones sociales a la Seguridad Social. Este mecanismo es obligatorio para las empresas¹⁴ y se aplica hasta que el trabajador recibe el alta médica (por curación, mejoría, incomparecencia injustificada o propuesta de incapacidad permanente) o hasta alcanzar el límite de 545 días de IT. En caso de que la empresa gestione las prestaciones a través de una mutua, el pago delegado sigue siendo obligatorio para la empresa, pero el reintegro lo realiza la mutua en lugar del INSS.

CUADRO 7. SISTEMA DE PAGO DELEGADO



Fuente: AIReF.

2.1.4. Herramientas del INSS para el control y seguimiento de la IT

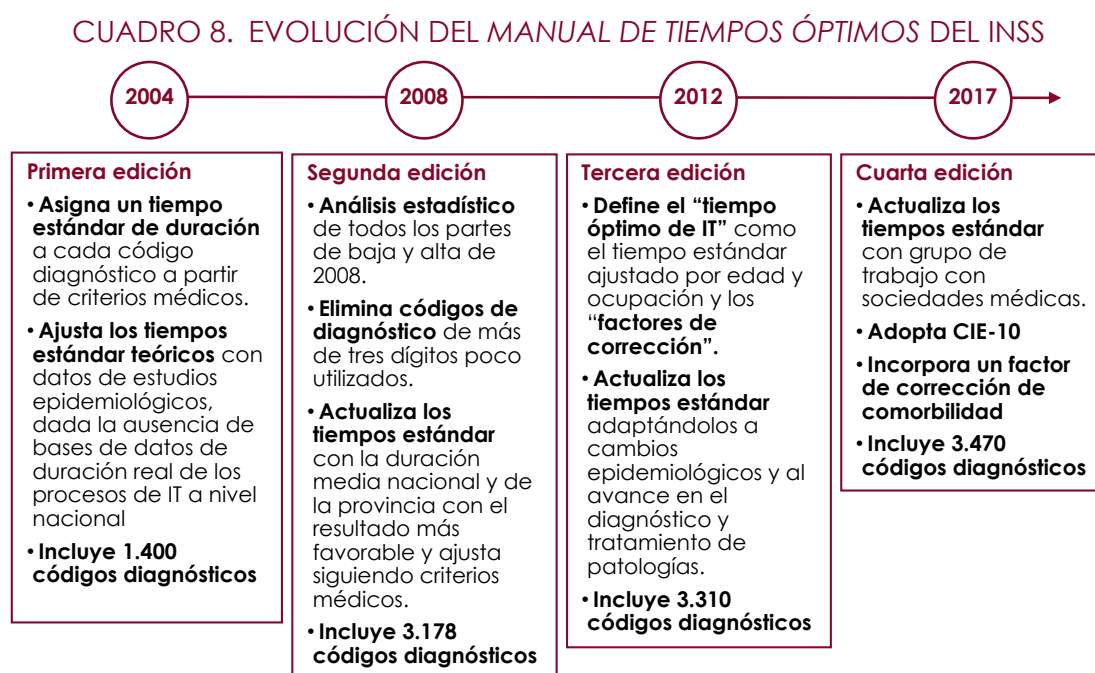
Entre las herramientas que el INSS ha desarrollado para ejercer sus funciones de control y seguimiento de la ITCC destacan dos: el *Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal* y los *convenios bilaterales suscritos con las comunidades autónomas*. El primero establece una guía orientativa sobre los plazos de recuperación estimados según el diagnóstico clínico, con el objetivo de mejorar la eficiencia en la gestión de los procesos de IT y facilitar la toma de decisiones médicas. Por su parte, los convenios bilaterales crean un marco de colaboración entre el INSS y los servicios de salud autonómicos. A través

¹⁴ Artículo 102.2 del TRLGSS. Se prevé la excepción para las empresas con menos de diez personas trabajadoras y más de seis meses consecutivos de abono del subsidio, que soliciten el pago directo de la prestación.

de estos, el INSS establece incentivos económicos ligados a actuaciones e indicadores de ITCC con el objetivo de lograr una mejor gestión del proceso por parte de los servicios de salud.

Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal

El Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal del INSS es una herramienta de apoyo para los facultativos de atención primaria del SNS en la estimación de los periodos de recuperación de los trabajadores en IT, proporcionando valores orientativos que deben adaptarse a la situación clínica individual. Este manual¹⁵, previsto en la normativa¹⁶, fija unos tiempos estándar para cada grupo de patologías, obtenidos a partir del análisis estadístico de los episodios de IT y de un proceso de consulta con la comunidad médica. El cuadro 8 resume la evolución del *Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal* en sus distintas ediciones. Este manual se encuentra actualmente en su cuarta edición.



Fuente: AIReF.

¹⁵ Se puede consultar el *Manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal* del INSS (4.ª edición) en [Seguridad Social: Publicaciones](#)

¹⁶ Artículo 2.2 del Real Decreto 625/2014: "Con el fin de que las actuaciones médicas cuenten con el mayor respaldo técnico se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones tablas de duración óptima tipificadas por los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de aquellos procesos en las distintas actividades laborales".

En este manual se fija un tiempo óptimo de duración para cada episodio de IT, que sirve de referencia para los facultativos, al facilitarles un plazo orientativo para los distintos procesos, adaptado a las circunstancias de cada trabajador. El tiempo óptimo se calcula para cada episodio de IT a partir del tiempo estándar y su ajuste con los factores de corrección. El tiempo estándar es el periodo medio necesario para resolver un proceso clínico que impide al trabajador desempeñar su trabajo habitual, aplicando técnicas de diagnóstico y tratamiento aceptadas por la comunidad médica y sin demoras en la asistencia sanitaria. El tiempo estándar se define para cada diagnóstico a nivel de código CIE de tres dígitos. Para adaptar este tiempo estándar a las condiciones del paciente, este se ajusta a partir de factores de corrección por edad, ocupación, sexo y comorbilidad¹⁷. Una vez incorporadas las variables relevantes (código CIE de tres dígitos, sexo, edad, ocupación y comorbilidad), el resultado del tiempo óptimo para un determinado episodio de IT se muestra de forma automática al médico de atención primaria a través de la aplicación informática desarrollada por el INSS.

Convenios autonómicos

Los convenios autonómicos son el principal instrumento de colaboración entre el INSS y las comunidades autónomas de régimen común y ciudades autónomas para la gestión de la IT. A través de estos convenios, el INSS busca incentivar el cumplimiento de una serie de objetivos para mejorar el seguimiento y la gestión de la ITCC. Estos convenios presentan un formato común para todas las comunidades autónomas¹⁸, si bien en el caso de Cataluña se contempla la particularidad de que las labores de inspección que en otras comunidades realiza el INSS las asume el cuerpo de inspectores autonómicos. En ellos se fija un plan de actuaciones, que se compone de un

¹⁷ La fórmula para computar el tiempo óptimo en un episodio de IT es $T_{\text{optimo}} = TE \times \left[\frac{(FC_{\text{edad}} + FC_{\text{sexo}} + FC_{\text{ocupacin}})}{3} \right] \times FC_{\text{comorbilidad}}$, siendo TE el tiempo estándar de IT y FC factor de corrección. Los factores de corrección se calculan como una ratio entre la media de duraciones de los procesos de IT finalizados en 2014 y 2015. Por ejemplo, si se quiere calcular el factor de corrección de edad para un episodio con diagnóstico CIE-10 G43 (migraña) de una persona de 46 años se realiza del siguiente modo. Primero se calcula la media de duraciones de las IT finalizadas en 2014 y 2015 con diagnóstico CIE-10 G43 (magnitud A). Después se calcula la media de duraciones de las IT finalizadas en 2014 y 2015 con diagnóstico CIE-10 G43 del grupo de personas con edad comprendida entre 46 y 55 años (magnitud B). Así, el factor de corrección de la edad es igual a la magnitud B entre la magnitud A.

¹⁸ Se excluyen la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco. En el caso de Ceuta y Melilla, el convenio lo suscribe INGESA, encargado de la gestión de la asistencia sanitaria y administrativa en las ciudades autónomas.

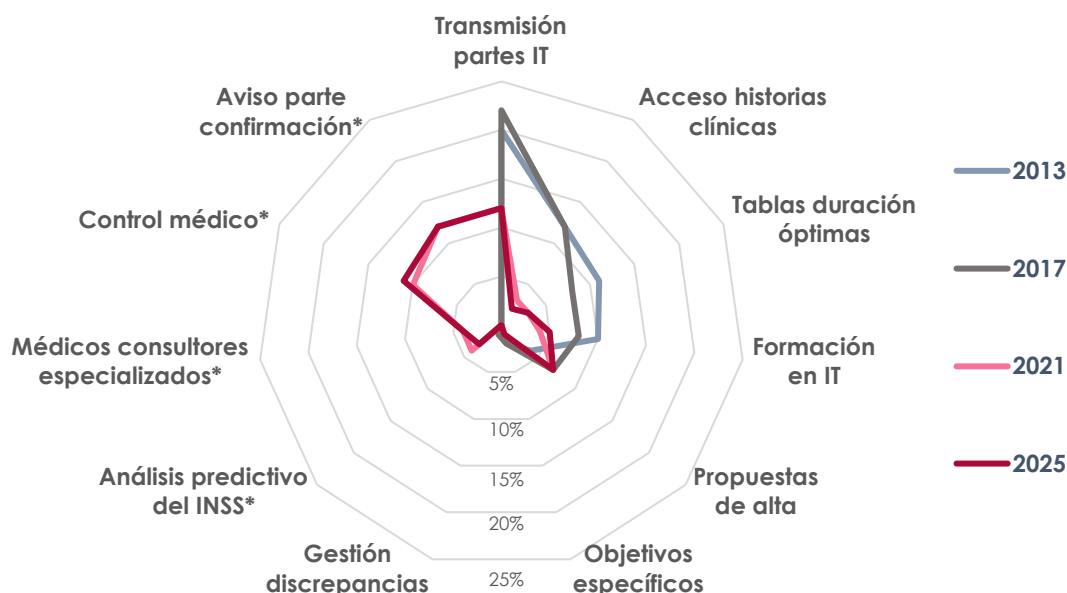
programa de actividades y de objetivos de racionalización del gasto, para un determinado periodo temporal. Además, se asigna el reparto de un crédito según el grado de cumplimiento de cada comunidad.

Desde el año 2013 el importe económico de los convenios ha permanecido inalterado, con un total de 315 millones de euros. Para asignar el porcentaje que corresponde a cada comunidad autónoma se tiene en cuenta, en primer lugar, el número de asegurados con derecho a la prestación de IT en el sistema de la Seguridad Social. Posteriormente, se calcula la cantidad a percibir por cada comunidad, en función del grado de consecución de los objetivos.

En 2021 se aprecia un cambio en la relevancia de las variables que influyen en la distribución de los fondos vinculados a los convenios, cobrando mayor peso el control médico de la IT y la incorporación de médicos consultores especializados para apoyar la atención primaria (gráfico 3). La actuación relativa a la transmisión telemática al INSS de los partes de IT, que fue prioritaria en los convenios de 2013 y 2017, continúa siendo relevante; sin embargo, su peso ha disminuido debido al aumento del número de actuaciones. La única actuación que no ha perdido peso desde el año 2013 es la respuesta a las propuestas de alta de las mutuas. Las actuaciones relacionadas con el acceso a historias clínicas, el uso de tablas de duración óptima y la formación sobre IT han perdido peso desde 2021. En cambio, lo han ganado las actuaciones incorporadas ese mismo año, como el aviso de los partes de confirmación para evitar la prolongación de los procesos, el control médico de la IT¹⁹ y la incorporación de médicos consultores especializados.

¹⁹ El enfoque para el control médico de la IT difiere entre los convenios de 2021 y 2025. En el convenio de 2021, dicho control se basa en la comparación de las estadísticas de altas entre las distintas áreas de inspección. En cambio, el convenio de 2025 establece una revisión de la actuación médica a nivel de cada facultativo e incorpora un incentivo económico destinado a promover que la duración de los procesos se ajuste estrictamente al tiempo necesario para la recuperación funcional de las personas trabajadoras en situación de baja.

GRÁFICO 3. EVOLUCIÓN DE LAS PONDERACIONES DEL PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE LOS CONVENIOS

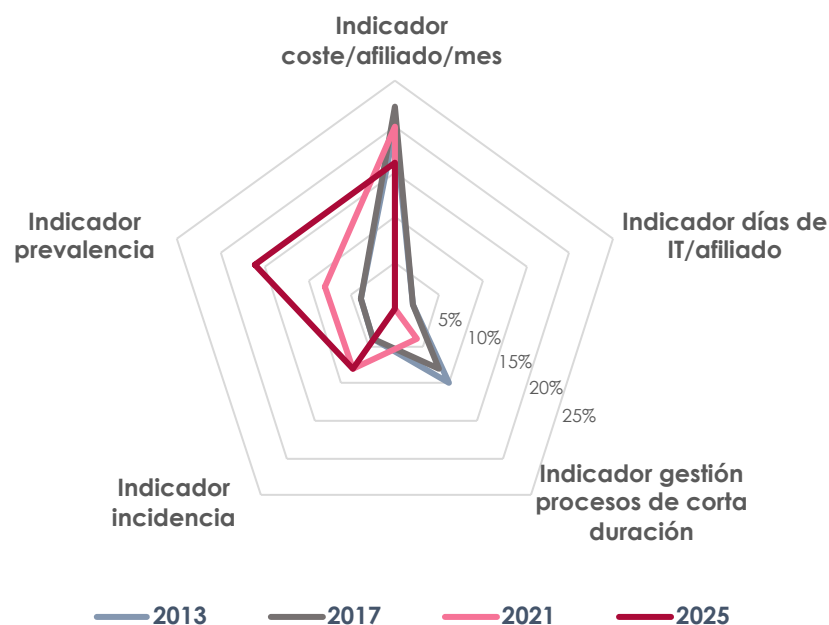


Fuente: AIReF.

Nota: *Actuaciones incluidas a partir de 2021.

En relación con los incentivos para la racionalización del gasto, en los convenios autonómicos se observa una tendencia a priorizar cada vez más la mejora en indicadores de incidencia y prevalencia, en detrimento del referido a la gestión de procesos de corta duración (gráfico 4). En los primeros convenios, los indicadores predominantes se centraban en la disminución del coste por afiliado y por mes, así como en la gestión de procesos de corta duración. El indicador relativo a la gestión de procesos de corta duración evaluaba la implementación de un plan de actuación orientado a reducir los procesos inferiores a 30 días e incluía parámetros como el número de controles realizados a trabajadores en IT con procesos breves y el número de nuevos procesos de IT de corta duración. En los convenios más recientes, los indicadores más relevantes son la incidencia, la prevalencia y el relativo al coste por afiliado y por mes. En consecuencia, se aprecia una sustitución del indicador más complejo de gestión de procesos de corta duración, vinculado a acciones concretas, por métricas más sencillas relacionadas con la incidencia y la prevalencia de la IT.

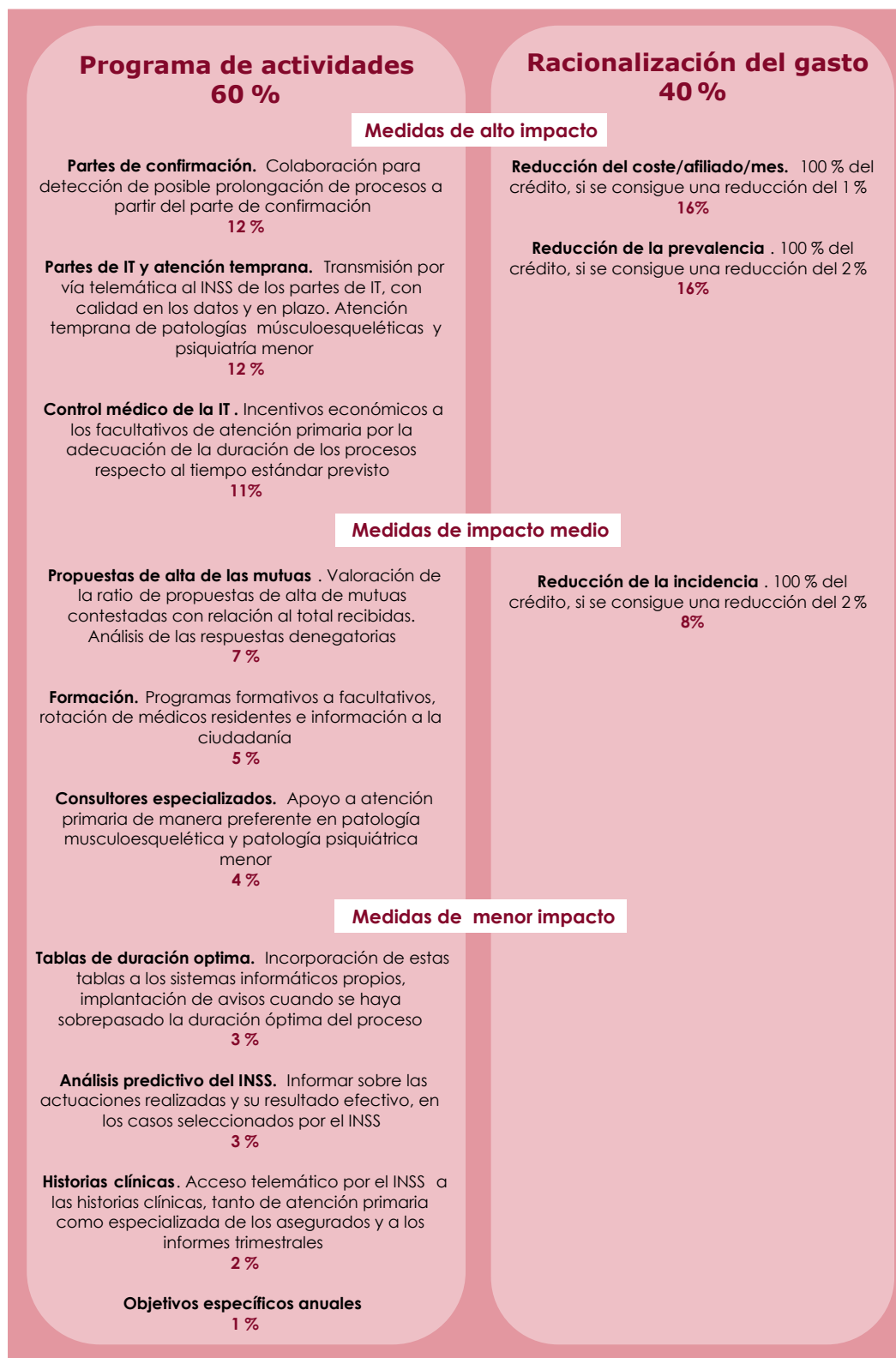
GRÁFICO 4. EVOLUCIÓN DE LOS INCENTIVOS PARA LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO



Fuente: AIReF.

El convenio vigente para el periodo 2025-2028 incluye diez actuaciones dentro del programa de actividades y tres objetivos vinculados a la racionalización del gasto. Para lograr una mayor claridad en la identificación de estos objetivos, se han agrupado en tres categorías de impacto, según la importancia que se les otorga en el convenio actual (cuadro 9). Las medidas de alto impacto son: la colaboración en los partes de confirmación, la transmisión telemática de los partes de IT y la atención temprana de patologías musculoesqueléticas, el control médico de la IT a través de incentivos económicos a los facultativos, la reducción del coste mensual por afiliado y la disminución de la prevalencia. Las medidas de impacto medio son: la gestión de las propuestas de alta de las mutuas, la formación, la incorporación de consultores especializados y la reducción de la incidencia. Por último, las medidas de bajo impacto son: la utilización de tablas de duración óptima, el uso de los análisis predictivos del INSS, el acceso telemático del INSS a las historias clínicas y los objetivos específicos anuales a definir con cada comunidad.

CUADRO 9. CONVENIO PARA EL CONTROL DE LA IT DURANTE EL PERIODO 2025-2028



Fuente: AIReF.

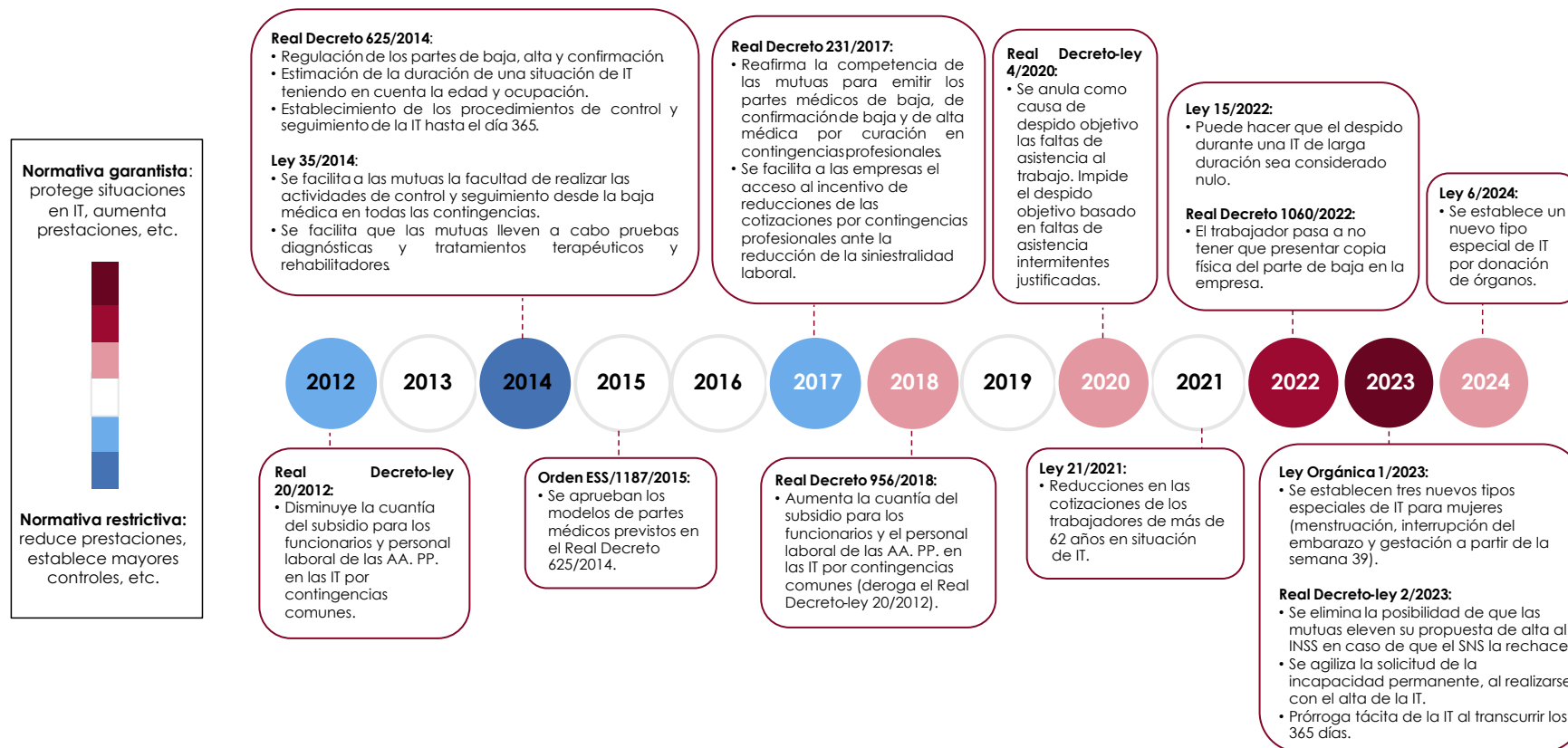
2.1.5. Evolución normativa de la prestación de IT

Entre los años 2012 y 2024 se ha introducido una abundante producción normativa con incidencia en la prestación de IT. En este marco temporal se han identificado 13 normas que modifican elementos relacionados con la prestación de ITCC. Esta normativa se caracteriza por reformar aspectos puntuales de la regulación de la prestación de IT. En general se trata de normativa reguladora de políticas sectoriales de carácter transversal, que inciden en aspectos concretos de la prestación.

En este periodo de tiempo se pasa de una orientación normativa restrictiva hacia la adopción de modificaciones normativas de carácter más garantista (cuadro 10). Hasta el año 2017 predominaban medidas de corte restrictivo orientadas a reforzar los controles, pero desde ese momento comienza a consolidarse una tendencia más garantista. A partir de 2018 la normativa se caracteriza por revertir alguna de las medidas del periodo anterior y buscar una mayor protección de los trabajadores frente al despido, así como por una ampliación de las condiciones que permiten acceder a la prestación.

Incapacidad temporal

CUADRO 10. ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA NORMATIVA QUE AFECTA A LA PRESTACIÓN POR IT



Fuente: AIR®F.

Entre 2012 y 2017 se reduce la prestación por incapacidad a los empleados públicos y se otorgan mayores competencias a las mutuas para ejercer el control y el seguimiento de la IT. En este periodo, el Real Decreto-ley 20/2012²⁰ determina que, en el supuesto de ITCC, el complemento retributivo de mejora voluntaria aplicable a los empleados públicos no puede superar el 50 % de las retribuciones durante los tres primeros días y que desde el día 4 hasta el 20 se puede superar el 75 % de las retribuciones. Dos años más tarde, el Real Decreto 625/2014²¹ y la Ley 35/2014²² otorgan un mayor papel de control y seguimiento de la prestación al INSS y a las mutuas. En particular, la Ley 35/2014 faculta a las mutuas para realizar actuaciones de control y seguimiento por contingencia común desde el día de la baja médica.

A partir del año 2017 se comienzan a introducir cambios normativos más garantistas, por ejemplo, en relación con el despido durante situaciones de IT. En primer lugar, el Real Decreto-ley 4/2020, de 18 de febrero²³, anula como causa de despido objetivo las ausencias en el trabajo y, en particular, las bajas por contingencias comunes de menos de 20 días de duración. Más adelante, la Ley 15/2022, de 12 de julio²⁴, prohíbe la discriminación por motivos de salud, equiparándola a otras causas de discriminación. Esta norma se aprueba con la finalidad de trasponer dos directivas europeas²⁵, si bien, como se indica en su exposición de motivos, es más ambiciosa en su alcance. En el ámbito de la IT esta norma tiene implicaciones relevantes, ya que el despido de un trabajador durante su IT por causa relacionada con su enfermedad puede considerarse nulo²⁶.

²⁰ Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.

²¹ Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración.

²² Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

²³ Real Decreto-ley 4/2020, de 18 de febrero, por el que se deroga el despido objetivo por faltas de asistencia al trabajo establecido en el artículo 52.d) del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre.

²⁴ Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación.

²⁵ Directiva 2000/43/CE del Consejo, de 29 de junio de 2000, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato de las personas independientemente de su origen racial o étnico y Directiva 2000/78/CE del Consejo, de 27 de noviembre de 2000, relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación.

²⁶ Ver, por ejemplo, la SSTSJ de Madrid de 16 de enero de 2025.

Desde el año 2023 se han reconocido tres supuestos especiales de IT por contingencias comunes (menstruación, interrupción del embarazo y gestación a partir de la semana 39) y un supuesto especial de donación de órganos que tienen una naturaleza más protectora respecto del resto de contingencias comunes. En relación con los primeros, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero²⁷, incluye como una situación especial de ITCC aquella baja laboral en que pueda encontrarse la mujer en caso de menstruación incapacitante secundaria o dismenorrea secundaria y la interrupción del embarazo, sea voluntaria o no, mientras reciba asistencia sanitaria por el SNS y esté impedida para el trabajo, y la de gestación de la mujer desde el día primero de la semana 39. En relación el segundo, la Ley 6/2024, de 20 de diciembre²⁸, crea un régimen específico de protección a los procesos de donación de órganos o tejidos, con el fin de otorgar en estos casos una cobertura lo más amplia posible. Estos tipos especiales tienen características diferenciadas respecto del resto de contingencias comunes, como se ve en el cuadro 11.

²⁷ Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

²⁸ Ley 6/2024, de 20 de diciembre, para la mejora de la protección de las personas donantes en vivo de órganos o tejidos para su posterior trasplante.

CUADRO 11. COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DE IT POR CONTINGENCIAS COMUNES EN SITUACIONES ESPECIALES

Características	Situaciones no especiales	Situaciones especiales			
		Menstruación incapacitante	Interrupción del embarazo	Gestación desde la semana 39	Donación de órganos o tejidos para su trasplante
Importe de la prestación sobre la base reguladora	60 % días 4 al 20. 75 % a partir del día 21	60 % días 1 al 20. 75 % a partir del día 21	60 % días 2 al 20. 75 % a partir del día 21	60 % días 2 al 20. 75 % a partir del día 21	100 % de la base reguladora
Periodos mínimos de cotización	180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores	No se exigen periodos mínimos de cotización	No se exigen periodos mínimos de cotización	Mismos requisitos que para el subsidio por nacimiento y cuidado de algún menor	No se exigen periodos mínimos de cotización
Inicio de la prestación	A partir del 4.º día de la baja en el trabajo	Desde el mismo día de la baja	Desde el día 2, estando la empresa a cargo del salario íntegro el día 1	Desde el día 2, estando la empresa a cargo del salario íntegro el día 1	Desde el mismo día de la baja

Fuente: AIReF.

Nota: El requisito de cotización previa en la ITCC solo aplica en los supuestos de enfermedad común, no se exige en el supuesto de accidente no laboral.

Recuadro 1. Los complementos retributivos e incentivos relativos a la IT en los convenios colectivos

Las empresas pueden complementar la prestación por incapacidad temporal (IT) mediante mejoras retributivas pactadas en los convenios colectivos.

Aunque la prestación de IT está fijada en porcentajes de la base reguladora, la empresa tiene la posibilidad de añadir un complemento que reduzca el impacto en el salario del trabajador durante el periodo de incapacidad. Estas mejoras se recogen en los convenios colectivos tanto de ámbito sectorial como de empresa. En este recuadro se analizan estos complementos introducidos en los convenios colectivos para la prestación de IT por contingencias comunes.

Se ha aplicado un modelo de inteligencia artificial²⁹ (IA) a los convenios sectoriales y de empresa del registro REGCON para analizar las medidas introducidas en los convenios colectivos relacionadas con la IT. Para este estudio se ha partido del registro REGCON de la Dirección General de Trabajo, que incluye 3.087 convenios sectoriales y 13.304 convenios de empresa publicados entre 2011 y 2024 (cuadro re_1.1). El proceso ha incluido la verificación de la accesibilidad de sus URL y la conversión de los PDF a texto, para aplicar después modelos de IA. El objetivo ha sido extraer, convenio por convenio, el porcentaje de la base reguladora que retribuye la prestación de IT por contingencias comunes en los tramos de 0-3, 4-20 y más de 21 días. El modelo de IA también ha permitido identificar el sector del convenio colectivo a través de la codificación CNAE-2025. Asimismo, este análisis ha posibilitado detectar otras medidas incluidas en los convenios orientadas a reducir el absentismo en las empresas. Para comprobar la solidez del análisis, se han incorporado controles de calidad automáticos y una validación manual en una muestra aleatoria, con tasas de acierto del modelo de IA que superan el 85 %.

²⁹ Se han utilizado los modelos gpt-4.1, gpt-4.1-mini y gpt-5-nano. Para los dos primeros modelos el parámetro "temperatura" se ha configurado a valores muy bajos (0,2-0,4) con el fin de obtener resultados más deterministas y menos creativos.

CUADRO RE_1.1. CONVENIOS COLECTIVOS SECTORIALES Y DE EMPRESA ANALIZADOS EN EL ESTUDIO

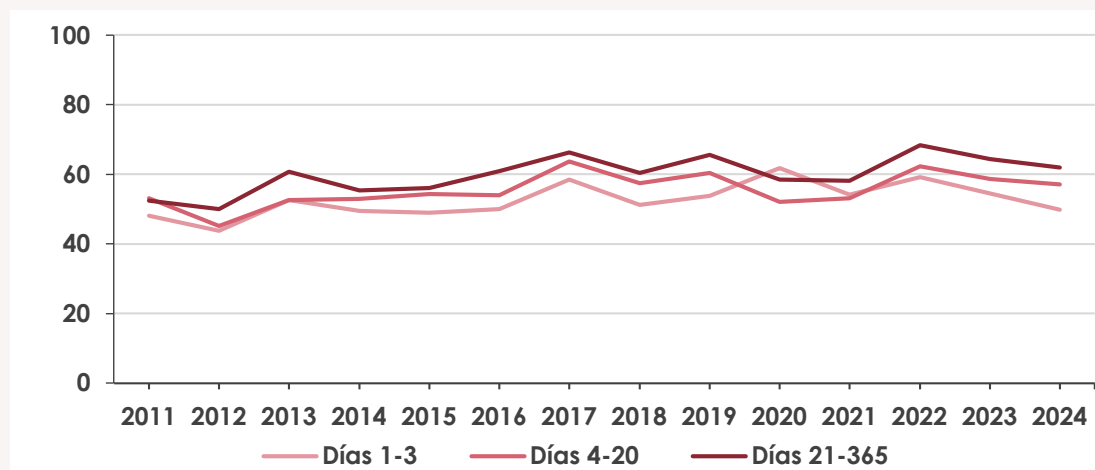
Año de publicación	N.º convenios sectoriales	N.º convenios de empresa
2011	164	443
2012	208	696
2013	300	961
2014	202	863
2015	182	812
2016	202	930
2017	234	1.194
2018	240	1.136
2019	227	1.199
2020	123	850
2021	179	863
2022	284	973
2023	295	1.312
2024	247	1.108
Total	3.087	13.340

Fuente: AIREF, a partir de REGCON.

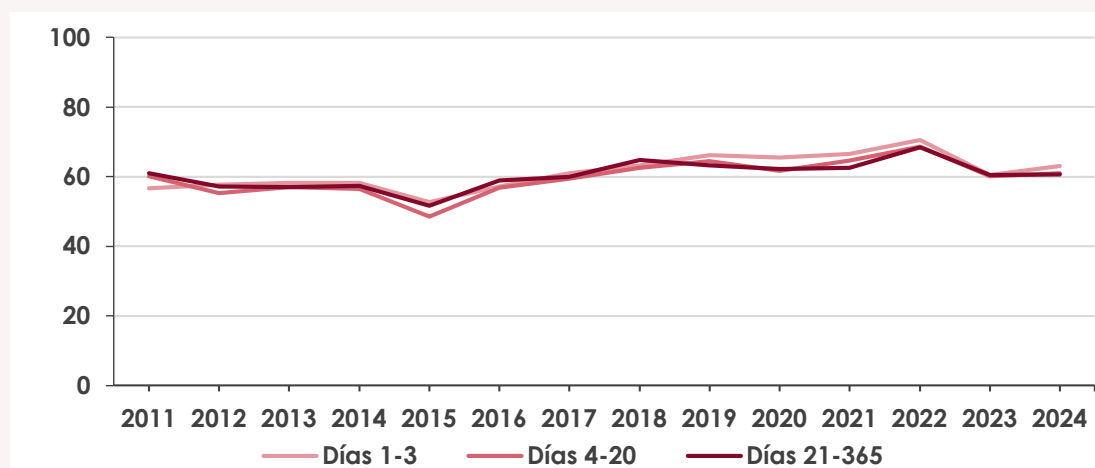
Aproximadamente el 50 % de los convenios colectivos sectoriales y el 65 % de los de empresa firmados cada año incorporan complementos retributivos a la prestación de IT. El gráfico re_1.1 muestra el porcentaje de convenios colectivos sectoriales (panel A) y de empresa (panel B) que incluyen complementos retributivos a la IT por contingencias comunes (en porcentaje del total de convenios firmados cada año). Por tramos, en los convenios sectoriales alrededor del 50 % incluye mejoras en los tres primeros días —un periodo sin cobertura legal—, mientras que esta proporción asciende al 55-60 % en los tramos de 4 a 20 días y de más de 21 días. En los convenios de empresa, el porcentaje es más homogéneo: en torno al 65 % incorpora mejoras en los tres tramos. Esta práctica se ha mantenido relativamente estable a lo largo de los años analizados.

GRÁFICO RE_1.1. CONVENIOS COLECTIVOS QUE INCORPORAN COMPLEMENTOS RETRIBUTIVOS A LA IT (%)

PANEL A. CONVENIOS COLECTIVOS SECTORIALES



PANEL B. CONVENIOS COLECTIVOS EMPRESA

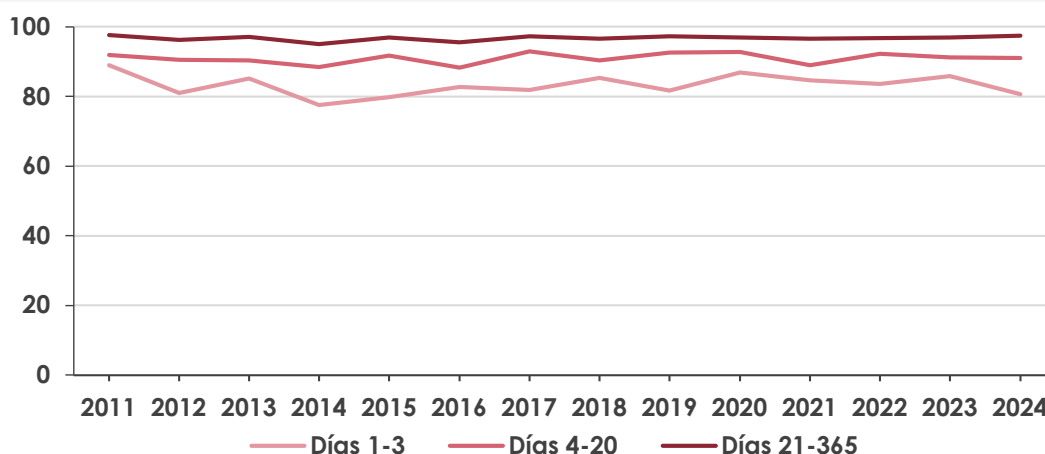


Fuente: AIReF, a partir de REGCON.

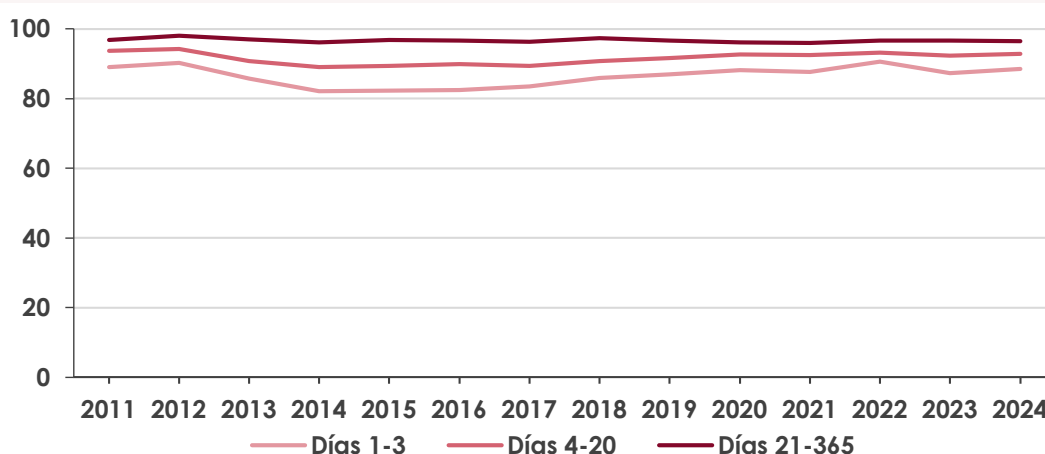
En los convenios que incluyen mejoras, la cuantía final promedio de la prestación se sitúa en torno al 80 % de la base reguladora entre los días 1 y 3, al 91 % entre los días 4 al 20 y al 97 % a partir del día 21. Estos complementos suponen mejoras significativas respecto a la normativa básica: en los tres primeros días, la norma no prevé prestación alguna, mientras que los convenios garantizan más del 80 % de la base reguladora; entre los días 4 y 20, elevan la prestación del 60 % legal al 91 %, y a partir del día 21, la incrementan del 75 % al 97 %, equiparando prácticamente la retribución con el salario habitual.

GRÁFICO RE_1.2. EVOLUCIÓN DE LA PRESTACIÓN MEDIA DE IT ENTRE LOS CONVENIOS COLECTIVOS QUE INCLUYEN COMPLEMENTOS RETRIBUTIVOS (% DE LA BASE REGULADORA). DESGLOSE POR TRAMOS DE DÍAS

PANEL A. CONVENIOS COLECTIVOS SECTORIALES (%)



PANEL B. CONVENIOS COLECTIVOS EMPRESA (%)



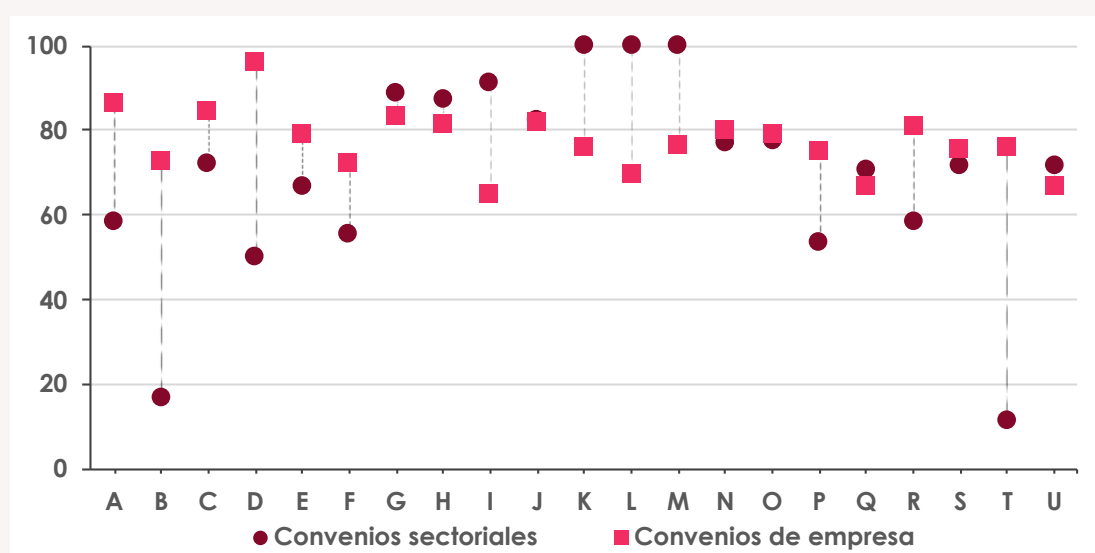
Fuente: AIReF, a partir de REGCON.

En los convenios colectivos firmados en los años 2022, 2023 y 2024, se observa heterogeneidad por CNAE en el porcentaje de ellos que incluyen complementos retributivos a la IT (gráfico re_1.3). El gráfico re_1.3 representa el porcentaje de los convenios colectivos firmados entre 2022 y 2024 que incluyen complementos retributivos a la prestación de IT. Se desglosa el indicador por CNAE³⁰ y por ámbito de la negociación colectiva (sectorial o de

³⁰ Los porcentajes de complementos retributivos de las CNAE D y M se deben interpretar con cautela debido al reducido número de convenios sectoriales (inferior a tres). En el resto de CNAE hay al menos seis convenios colectivos firmados en el periodo.

empresa). En los convenios sectoriales, las empresas de telecomunicaciones e informática (CNAE K), junto con las financieras y de seguros (L), registran el 100 % de acuerdos con mejoras en todos los tramos, seguidas por las CNAE G, H e I, con un 75-90 %. Cuando se examina la negociación empresarial, las actividades de suministro de energía (D) concentran el grueso de sus mejoras en convenios de empresa (80 %). La comparación entre ambas esferas de la negociación colectiva permite observar patrones distintos según el sector. En actividades científicas (N), administrativas (O), artísticas (S), comercio (G), transporte (H) o educación (Q), el porcentaje de los convenios firmados que incluyen complementos retributivos es similar a nivel sectorial y de empresa. En cambio, en industrias extractivas (B) o en otros servicios (T) las mejoras se articulan casi exclusivamente a través de convenios de empresa.

GRÁFICO RE_1.3. CONVENIOS COLECTIVOS ENTRE 2022 Y 2024 QUE INCLUYEN COMPLEMENTOS RETRIBUTIVOS (%). DESGLOSE POR CNAE



Fuente: AIReF, a partir de REGCON.

Nota: La correspondencia de las letras con la actividad económica es la siguiente: A (Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca); B (Industrias extractivas); C (Industria manufacturera); D (Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado); E (Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación); F (Construcción); G (Comercio al por mayor y al por menor); H (Transporte y almacenamiento); I (Hostelería); J (Actividades de edición, radiodifusión y producción y distribución de contenidos); K (Telecomunicaciones, programación informática, consultoría, infraestructura informática y otros servicios de información); L (Actividades financieras y de seguros); M (Actividades inmobiliarias); N (Actividades profesionales, científicas y técnicas); O (Actividades administrativas y servicios auxiliares); P (Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria); Q (Educación); R (Actividades sanitarias y de servicios sociales); S (Actividades artísticas, deportivas y de entretenimiento); T (Otros servicios) y U (Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico y como productores de bienes y servicios para uso propio).

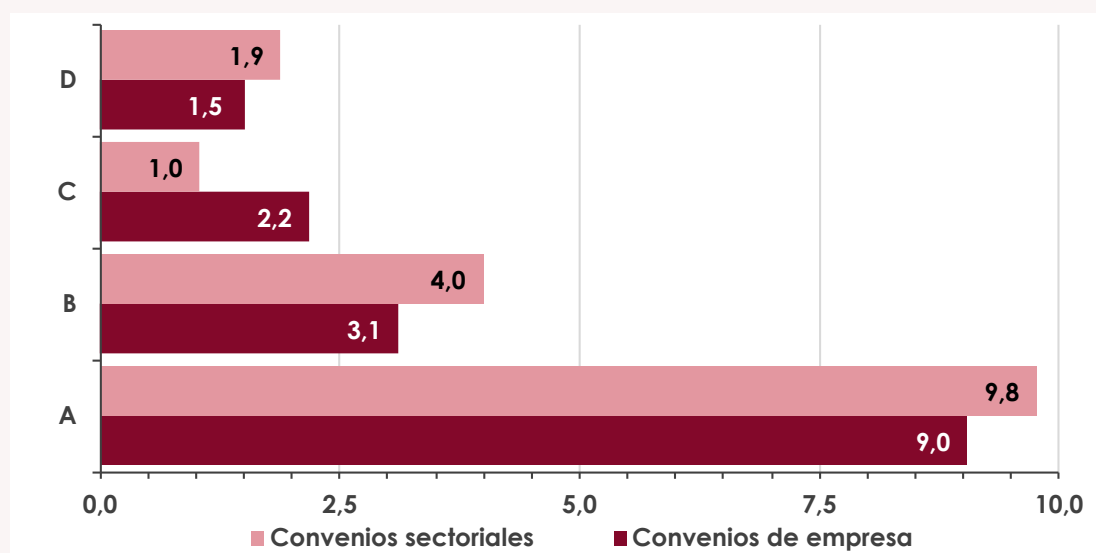
Adicionalmente, utilizando el modelo de IA anteriormente mencionado, este recuadro estudia las medidas incluidas en los convenios para reducir el absentismo laboral, clasificadas en cuatro categorías. Algunos de los convenios colectivos analizados incorporan acciones orientadas a disminuir el absentismo en general y, en ocasiones, la incidencia de la incapacidad temporal. A partir de la revisión de la literatura y del análisis manual de una muestra representativa de estas medidas, se han identificado cuatro grandes categorías presentes en los convenios colectivos examinados.

- **Premio económico por bajo absentismo (categoría A).** Incentivo económico dirigido a todos los trabajadores, cuyo objetivo es recompensar niveles bajos de absentismo. Por ejemplo, se han identificado convenios colectivos que incorporan un bonus anual a todos los trabajadores si la tasa de absentismo de la empresa es inferior al 5%.
- **Complemento retributivo de la prestación de IT condicionado a niveles de absentismo (categoría B).** En algunos convenios colectivos, el complemento retributivo a la prestación de IT por contingencias comunes se condiciona al nivel de asistencia del trabajador o del conjunto de empleados de la empresa. Por ejemplo, se han identificado convenios colectivos en los que se prevé que solo perciban el complemento retributivo de la prestación de IT aquellos trabajadores que se hayan ausentado del trabajo menos de tres días al año.
- **Complemento retributivo de la prestación de IT condicionado a otros factores (categoría C).** Las condiciones pueden incluir la entrega de partes médicos³¹, la asistencia a controles o verificaciones, el cumplimiento de trámites o cualquier otro requisito que no implique la asistencia al trabajo (incluidos en la categoría B).
- **Medidas no económicas de apoyo a la reincorporación tras un episodio de IT (categoría D).** Medidas no económicas dirigidas a facilitar la reincorporación de trabajadores en IT mediante ajustes organizativos o funcionales de la empresa. Incluye la adaptación de tareas, la reubicación temporal en un puesto compatible, la incorporación progresiva, los planes de retorno u otras medidas organizativas sin coste directo para el trabajador ni pagos asociados.

³¹ La presentación de partes médicos por parte del trabajador ya no es una medida a incluir en los convenios colectivos, ya que con la aprobación del Real Decreto 1060/2022 el trabajador deja de tener que presentar copia física de los partes médicos en la empresa.

Más de la mitad de las medidas identificadas en los convenios son premios económicos por niveles bajos de absentismo (categoría A), tanto en el ámbito sectorial, como en el de empresa. El gráfico re_1.4 muestra la frecuencia de estas categorías, por convenios sectoriales y de empresa. La categoría más frecuente es la A: el 9% de los convenios colectivos incluyen premios económicos por niveles bajos de absentismo. La siguiente categoría más frecuente es condicionar los complementos de IT a niveles de absentismo, la categoría B, presente en el 4% y el 3% de los convenios colectivos sectoriales y de empresa respectivamente. Las dos categorías menos frecuentes son condicionar el complemento a factores no relacionados con el nivel de absentismo (C) y las medidas no económicas (D).

GRÁFICO RE_1.4. CONVENIOS COLECTIVOS QUE INCLUYEN MEDIDAS PARA REDUCIR EL ABSENTISMO LABORAL (%)



Fuente: AIReF, a partir de REGCON.

Nota: La correspondencia de las letras con la categoría de incentivos es la siguiente: A (premio económico por bajo absentismo); B (complemento retributivo de la prestación de IT condicionado a niveles de absentismo); C (complemento retributivo de la prestación de IT condicionado a otros factores) y D (medidas no económicas de apoyo a la reincorporación tras un episodio de IT).

Diversas sentencias judiciales recientes prohíben los incentivos económicos ligados a niveles de absentismo que computen las ausencias por episodios de IT o por permisos de conciliación. En enero de 2024, la Audiencia Nacional³² determinó que computar las ausencias derivadas del disfrute de permisos de conciliación de la vida personal y familiar constituía una discriminación

³² SAN 4/2024, de 22 de enero de 2024, de la Audiencia Nacional.

por razón de sexo. Posteriormente, en enero de 2025, se interpretó³³ que, conforme a la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, tampoco pueden computarse en estos complementos las ausencias causadas por enfermedad ni aquellas que pudieran generar discriminación por asociación. Esto implica que no se podrán incluir en el cómputo las ausencias por incapacidad temporal ni las derivadas del acompañamiento a familiares en situación de enfermedad en los esquemas de incentivos de las empresas. Esto aplica a las medidas incluidas en las categorías A y B, que solo podrán contabilizar como ausencias las injustificadas, así como las debidas a permisos que no constituyan una discriminación.

2.2. Caracterización cuantitativa de los factores determinantes de la incapacidad temporal

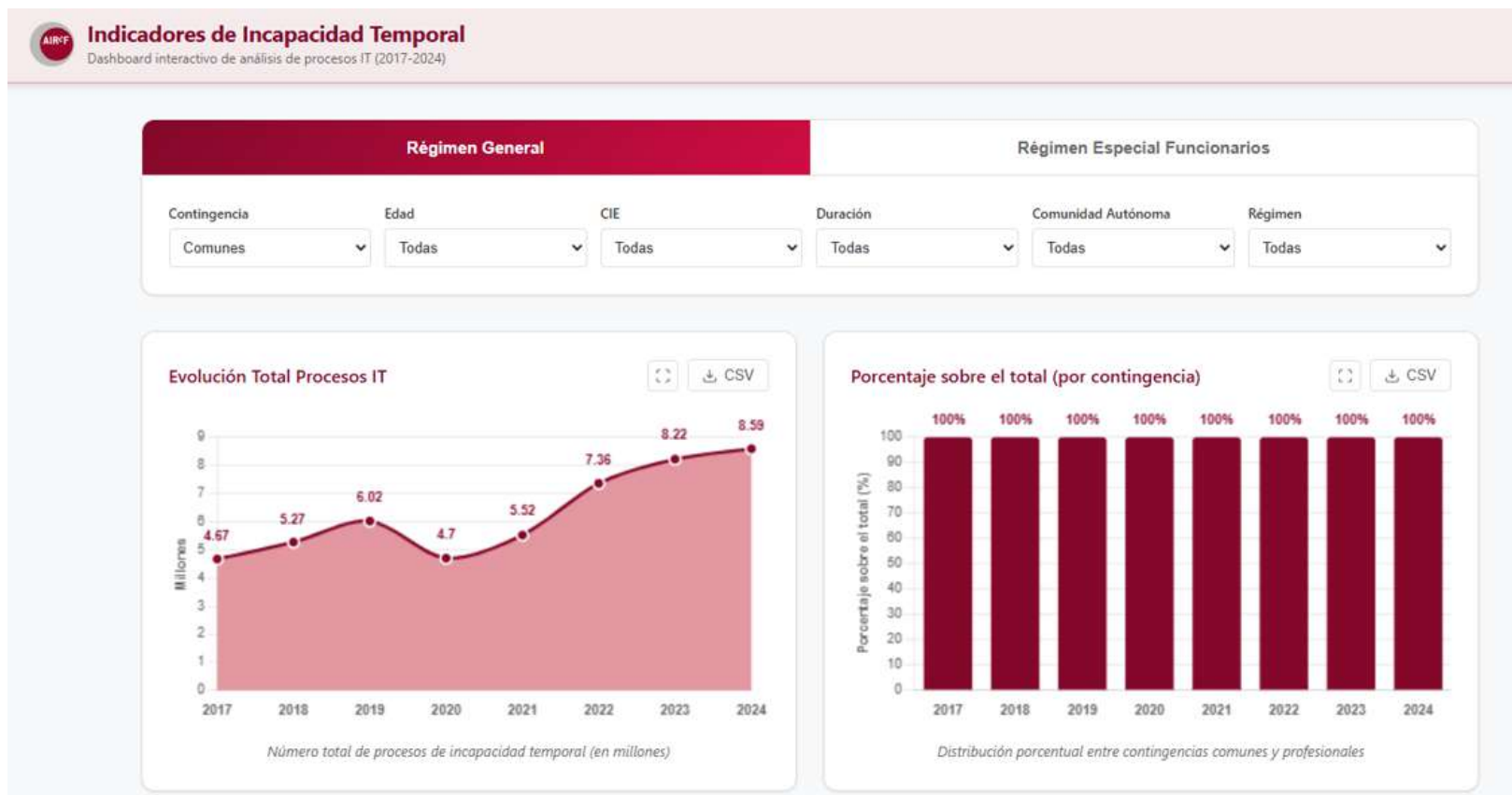
2.2.1. Situación y evolución de los principales indicadores de la prestación

La AIReF ha creado una herramienta interactiva para visualizar la evolución de la IT entre 2017 y 2024 en 9.500 grupos diferentes de trabajadores definidos por: **edad, diagnóstico, tramo de duración de la IT, comunidad autónoma, tipo de contingencia y régimen** (cuadro 12). La herramienta ofrece tres indicadores: el número de procesos de IT y lo que representan sobre el total, la incidencia (número de casos iniciados a lo largo de cada año por cada 1.000 afiliados a la Seguridad Social³⁴) y la duración media de los procesos. Para los dos primeros indicadores, la evolución se representa según el año de inicio de la baja. Para la duración, se utiliza el año de su finalización. La herramienta posibilita la selección de 9.500 combinaciones de grupos de trabajadores, definidos por las siguientes variables: grupo de edad, diagnóstico de la baja, tramo de duración de la IT, comunidad autónoma, contingencia (común o profesional) y régimen (cuenta propia o ajena).

³³ STS 40/2025, de 20 de enero de 2025 del Tribunal Supremo y posteriormente con el mismo criterio la SAN 97/2025, de 1 de julio de 2025 de la Audiencia Nacional.

³⁴ El denominador utilizado para el cálculo de la incidencia corresponde al número total de afiliaciones medias mensuales a la Seguridad Social a lo largo de cada año, obtenidas del [Portal Estadístico de la Seguridad Social](#). Para cada grupo analizado (régimen, sexo, edad, comunidad autónoma, etc.), se suman los afiliados medios de los 12 meses del año, de modo que se refleje el conjunto de la población trabajadora expuesta al riesgo de IT durante todo el periodo anual.

CUADRO 12. HERRAMIENTA INTERACTIVA DE INCAPACIDAD TEMPORAL



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) y la estadística de afiliación.

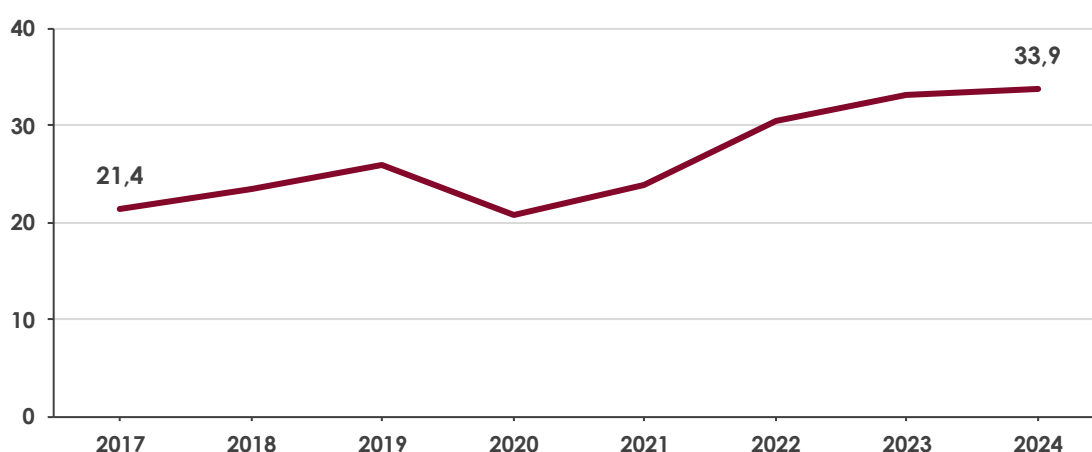
Nota: La herramienta no muestra los datos de las categorías que contienen un número reducido de observaciones para preservar la anonimización de los datos.

Gráfico interactivo

En los últimos años, las contingencias comunes han adquirido una importancia creciente. En 2017 representaban el 87,5 % de los episodios de IT, proporción que ascendió al 92 % en 2024. En números absolutos, los episodios de contingencias comunes pasan de 4,7 millones en 2017 a casi 8,6 millones en 2024, mientras que los procesos derivados de contingencias profesionales se mantuvieron estables, con cerca de 700.000 casos anuales. Dentro de las bajas por contingencias comunes, aquellas con impacto en el gasto público (duración igual o superior a 16 días) aumentaron de 1,9 a 2,4 millones; sin embargo, su peso relativo descendió del 40,5 % al 27,6 %. En adelante, salvo que se indique expresamente lo contrario, todos los indicadores mostrados harán referencia exclusivamente a las contingencias comunes.

La incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes pasa de 21,4 casos por cada 1.000 afiliados en 2017 a 33,9 en 2024, lo que supone un crecimiento acumulado del 58,4 % (gráfico 5). Durante 2020 y 2021, los confinamientos y las restricciones de movilidad redujeron temporalmente la incidencia de nuevos procesos, debido a la disminución de la actividad laboral presencial y a la menor interacción social. Paralelamente, la recalificación de la COVID-19 como contingencia profesional para determinados colectivos —principalmente, personal sanitario y trabajadores esenciales— generó un aumento puntual de los procesos registrados dentro de esta categoría. Este cambio normativo alteró parcialmente la comparabilidad interanual y explica en parte las variaciones observadas en los indicadores de esos años. En los ejercicios más recientes, entre 2022 y 2024, se vuelve a una tendencia positiva.

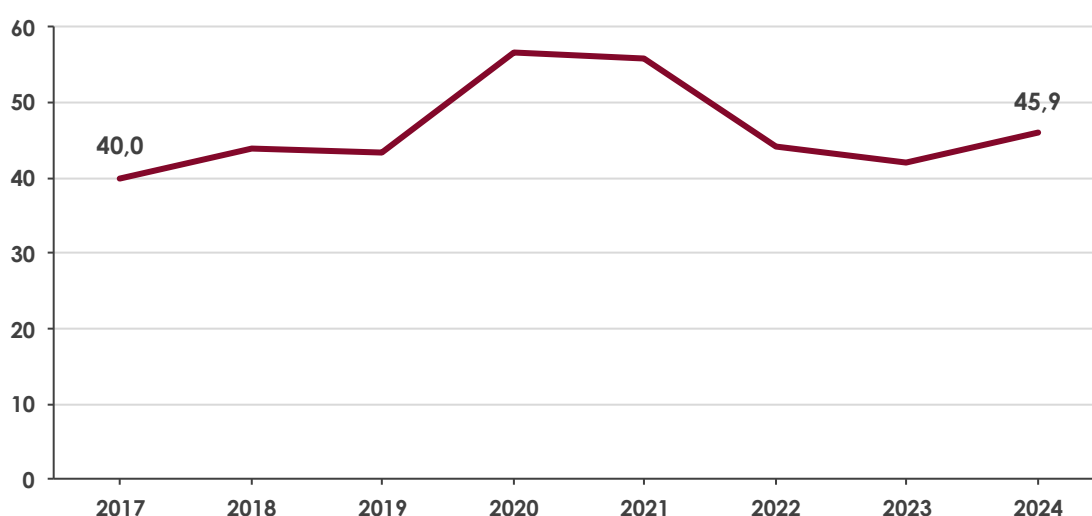
GRÁFICO 5. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT POR CONTINGENCIAS COMUNES. 2017-2024 (EPISODIOS POR 1.000 AFILIACIONES)



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) y la estadística de afiliación.

La duración media de los procesos de IT por contingencias comunes evoluciona desde los 40 días en 2017 a los 45,9 en 2024, un 14,8% de crecimiento acumulado (gráfico 6). Durante el periodo de pandemia se produjo un incremento excepcional en la duración media de las bajas por IT, alcanzando los 56,8 días en 2020. Sin embargo, tras esta anomalía coyuntural, en 2022 la duración media volvió a estabilizarse, retornando a valores algo superiores a los registrados en años previos a la pandemia.

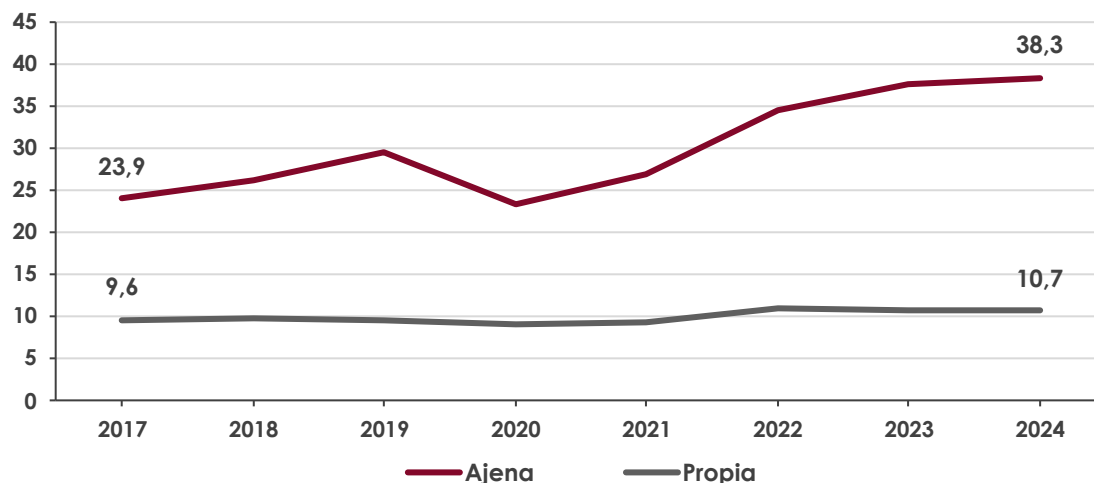
GRÁFICO 6. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA DE LOS EPISODIOS DE IT 2017-2024 (DÍAS)



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de incapacidad temporal (INCA).

Por régimen de la Seguridad Social, la incidencia de la IT en los trabajadores por cuenta ajena es superior en todo el periodo. Además, experimenta un crecimiento superior entre 2017 y 2024, del 60 %, frente a la estabilidad entre los trabajadores por cuenta propia (gráfico 7). Los trabajadores autónomos se mantienen en niveles similares a los de 2017, aun partiendo de valores significativamente inferiores. De esta forma, la brecha entre asalariados y autónomos en los niveles de incidencia se amplía a lo largo del periodo analizado. En 2017, la incidencia de IT era de 23,9 casos por cada 1.000 afiliados entre los asalariados, frente a solo 9,6 casos entre los trabajadores por cuenta propia. Sin embargo, en 2024 esta diferencia se ha acentuado y la incidencia entre asalariados supera en unos 18 casos por 1.000 afiliados la de los autónomos.

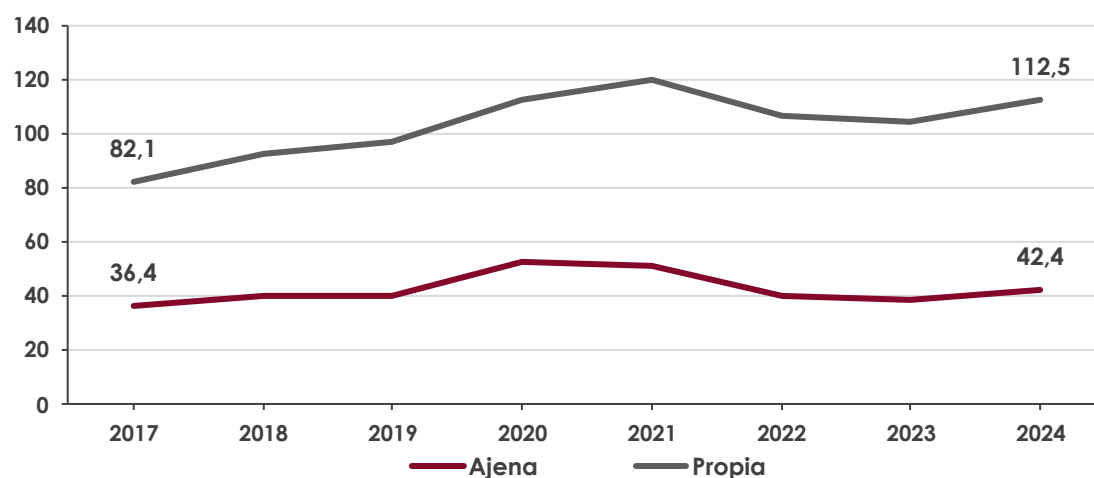
GRÁFICO 7. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT, POR RÉGIMEN. 2017-2024
(EPISODIOS POR 1.000 AFILIACIONES)



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) y la estadística de afiliación.

Por el contrario, son los trabajadores por cuenta propia los que registran mayor nivel y crecimiento de la duración promedio. Entre 2017 y 2024, la duración media en este colectivo pasa de 82 a 112 días (gráfico 8). Se observa un incremento más moderado registrado entre los asalariados, en el que la duración media evoluciona de 36 a 42 días en el mismo periodo. A lo largo de todo el periodo las IT por contingencias comunes en los trabajadores por cuenta propia presentan niveles de duración promedio superiores a los los trabajadores por cuenta ajena.

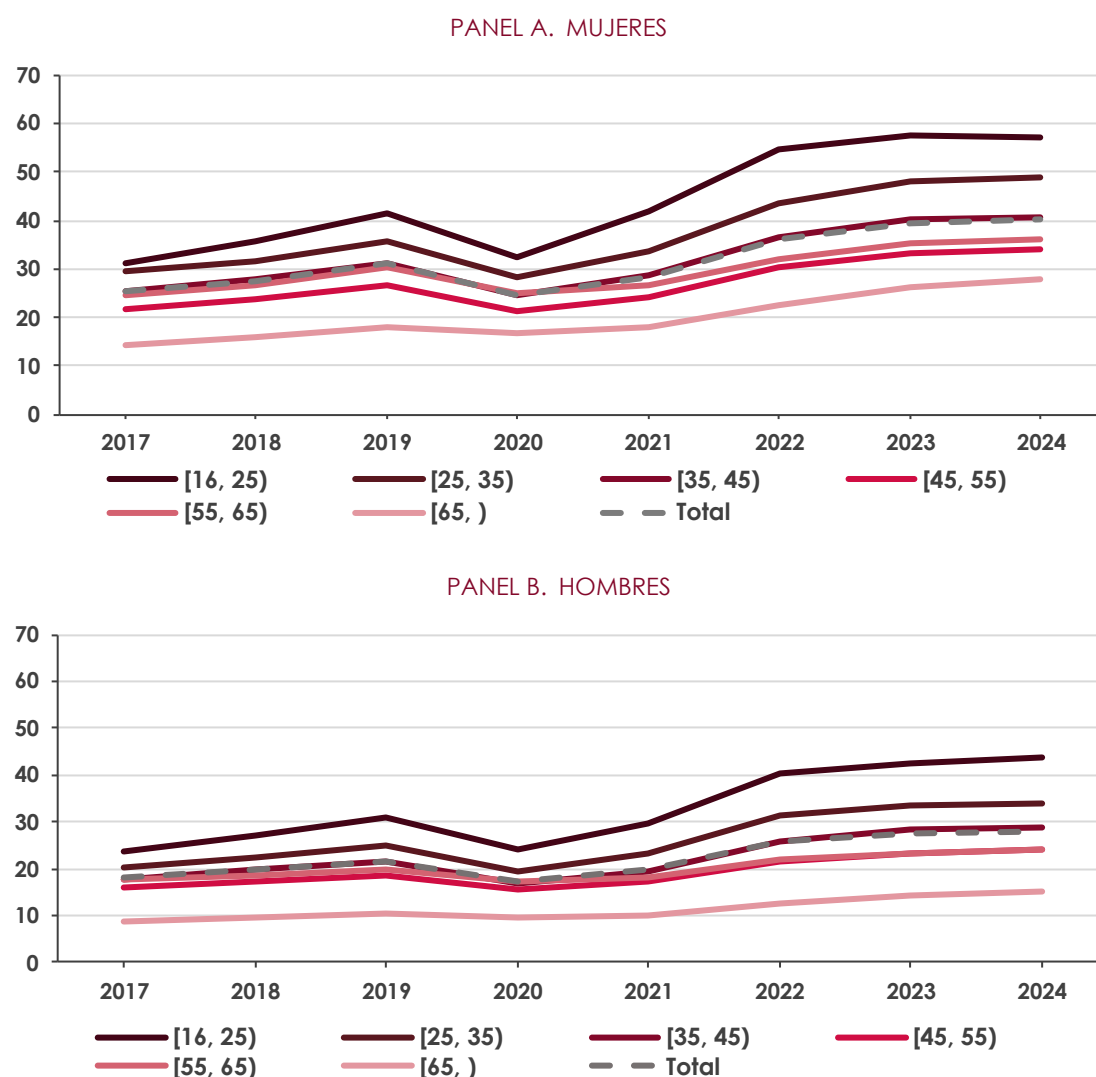
GRÁFICO 8. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA DE LA IT, POR RÉGIMEN.
2017-2024 (DÍAS)



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de incapacidad temporal (INCA).

La incidencia de IT en mujeres es superior a la de hombres, pero el crecimiento acumulado en el periodo es similar en ambos sexos. Por grupos de edad, el mayor nivel de incidencia de IT y de aumento en el periodo se registra en el grupo de 16 a 25 años (gráfico 9). En general, la incidencia es superior en mujeres a lo largo de toda la serie y, para ambos sexos, tiende a ser más elevada en los grupos jóvenes que en los de mayor edad. El grupo de mujeres entre 16 y 25 años ha pasado de una incidencia de IT de 31,3 por 1.000 afiliaciones en 2017 a 57,2 en 2024, un crecimiento acumulado del 45%. En varones, el mismo grupo etario experimentó un incremento de 23,7 a 43,5 por 1.000 afiliados en el periodo de análisis.

GRÁFICO 9. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT, POR SEXO Y EDAD. 2017-2024
(EPISODIOS POR 1.000 AFILIACIONES)

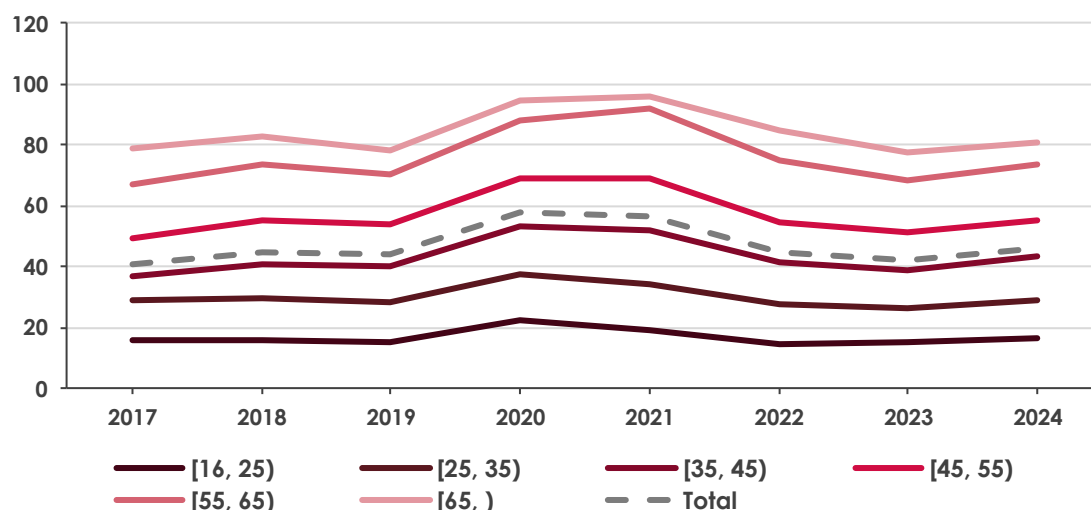


Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) y la estadística de afiliación.

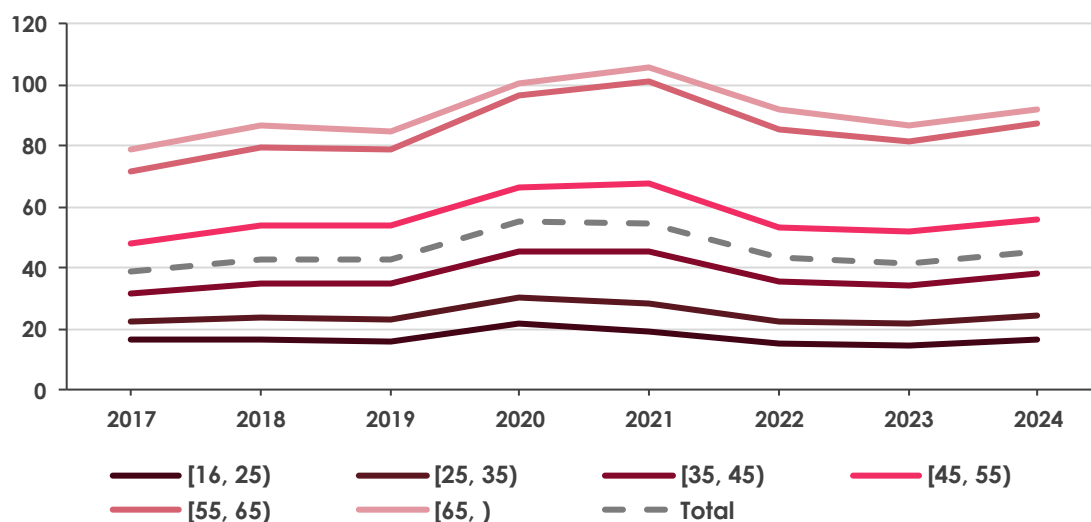
Los grupos de edad a partir de los 55 años presentan las mayores duraciones medias en ambos sexos. La duración media en hombres ha pasado de 38,7 días en 2017 a 45,6 días en 2024, lo que supone un incremento del 17,8% en el periodo. En las mujeres, la duración media evoluciona de 41 días en 2017 a 46,2 días en 2024, con un crecimiento algo más moderado (12,6%) (gráfico 10). En ambos casos, el grupo de edad con mayor duración media es el de mayores de 65 años, seguido por el grupo de 55 a 65 años. La duración media aumenta especialmente en los hombres de 55 a 65 años, con un crecimiento acumulado del 21,5% (de 71,7 a 87,1 días), y en los mayores de 65 años, con un incremento del 17,7% (de 78,7 a 91,9 días). Aunque las mujeres presentan tiempos medios más elevados que los hombres en la mayoría de los grupos de edad, esta tendencia se invierte a partir de los 55 años, edad a partir de la cual los hombres superan claramente a las mujeres en duración de la IT: en 2024, los hombres de 55 a 65 años registran una media de 87,1 días, frente a 73,5 días en mujeres. Los grupos de edad centrales, entre 35 y 45 años, muestran duraciones más estables, en torno a los 38–43 días en ambos sexos, sin variaciones significativas a lo largo del periodo analizado.

GRÁFICO 10. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA DE LA IT, POR SEXO Y EDAD.
2017-2024 (DÍAS)

PANEL A. MUJERES



PANEL B. HOMBRES



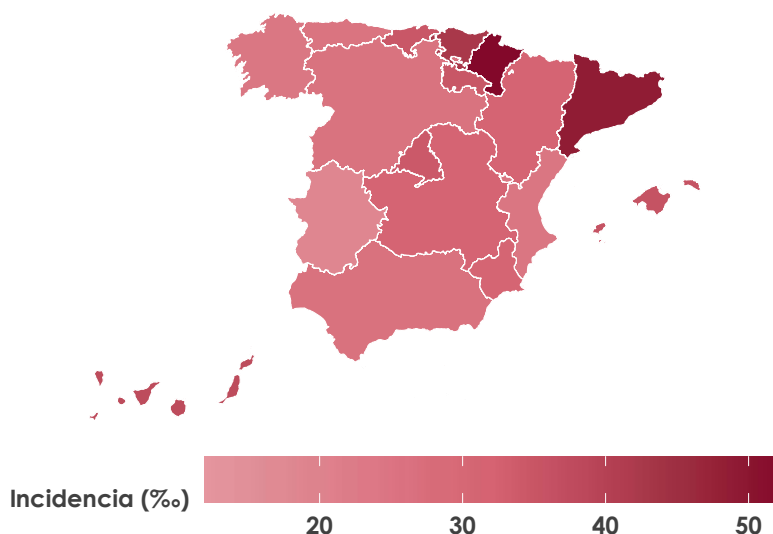
Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de incapacidad temporal (INCA).

En el análisis de la incidencia por comunidades autónomas, la Comunidad Foral de Navarra, Cataluña y el País Vasco destacan por registrar las mayores tasas en 2024, con 52,2, 49,1 y 42,6 casos por cada 1.000 afiliaciones respectivamente. Las comunidades con mayor crecimiento acumulado son Canarias y Cantabria, con un aumento del 71,4%, 66,6 %, respectivamente (gráfico 11). En el extremo opuesto, comunidades como Andalucía (26,3), Aragón (31,2), Galicia (24,4), Principado de Asturias (25,5) y Extremadura (18,7) mantienen incidencias

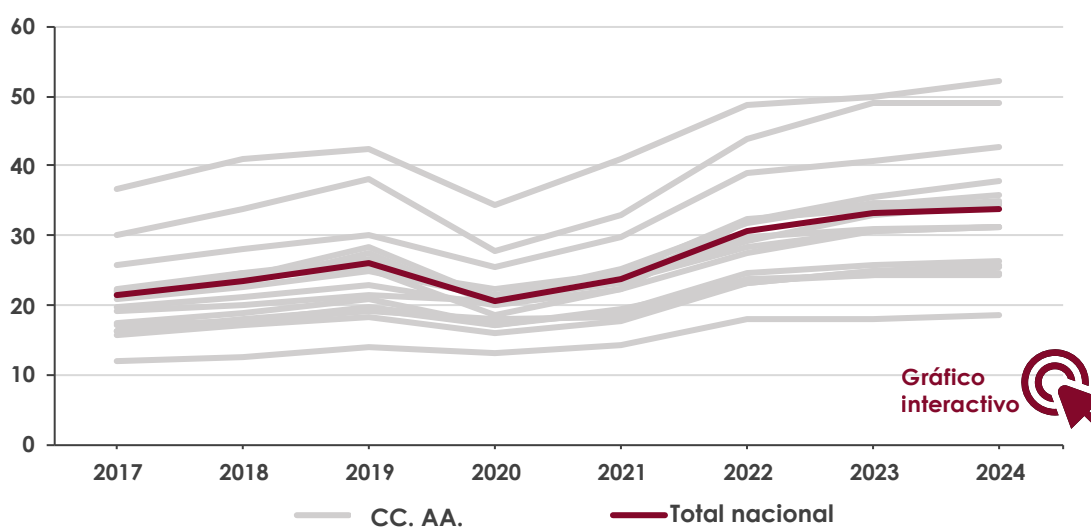
inferiores a la media en 2024. La Comunidad Foral de Navarra y Aragón son las comunidades con menor crecimiento acumulado; entre 2017 y 2024 la incidencia de IT en estas comunidades ha crecido un 40,8 y un 41,8 %.

GRÁFICO 11. INCIDENCIA DE IT POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2017-2024 (EPISODIOS POR 1.000 AFILIACIONES)

PANEL A. TASA DE INCIDENCIA. 2024



PANEL B. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE INCIDENCIA. 2017-2024



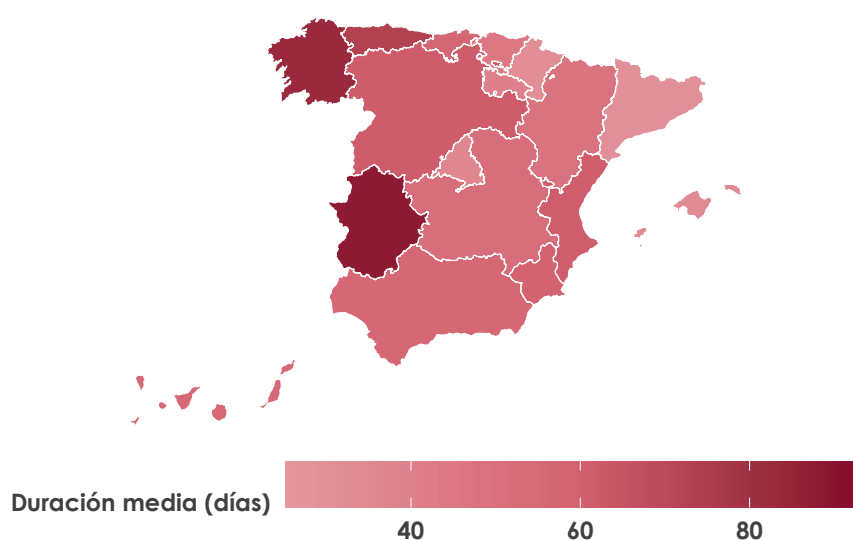
Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) y la estadística de afiliación.

En el análisis de la duración por comunidad autónoma, Extremadura, Galicia y el Principado de Asturias destacan por registrar las mayores duraciones medias en 2024, con 88,6, 82,8 y 73,3 días respectivamente, acompañadas de incrementos acumulados por encima de la media nacional (36,0%, 26,2% y 24,1 %) (gráfico 12). Entre las comunidades con una duración por

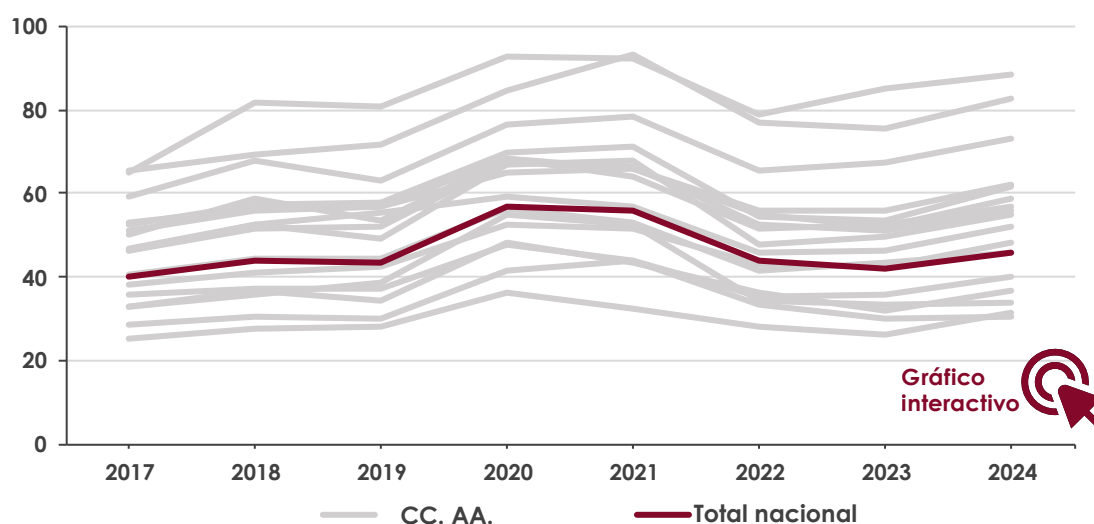
encima del promedio nacional e incrementos más moderados se encuentran Castilla y León (61,8 días), Comunitat Valenciana (61,5), Cantabria (56,9), Andalucía (55,8) y Canarias (55,1). Finalmente, la Comunidad Foral de Navarra y Aragón registran duraciones inferiores a la media (31,3 y 48,4 días, respectivamente), pero un crecimiento acumulado superior al promedio (23,6 % y 27,2%).

GRÁFICO 12. DURACIÓN MEDIA DE LA IT, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2017-2024 (DÍAS)

PANEL A. DURACIÓN MEDIA. 2024



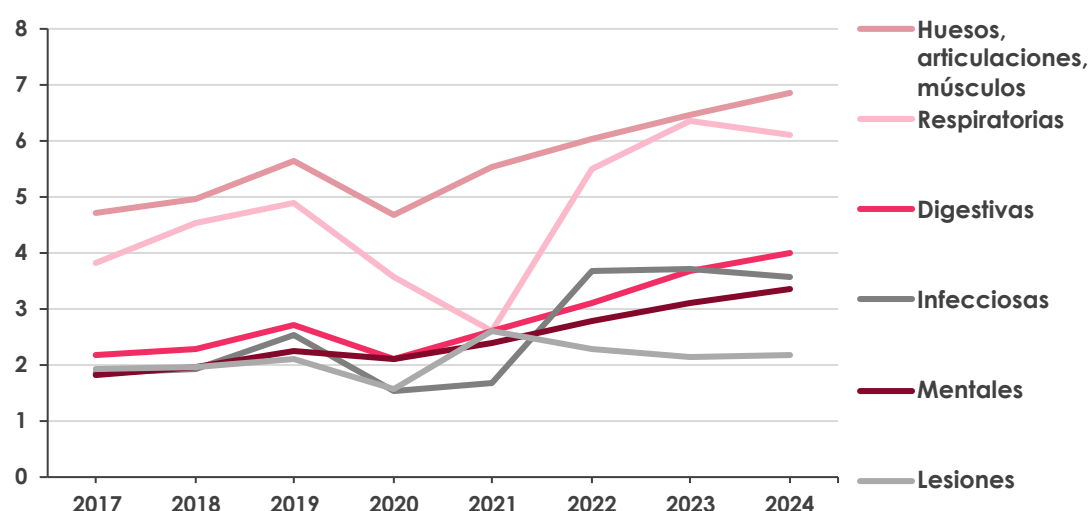
PANEL B. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA. 2017-2024



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de incapacidad temporal (INCA).

Las enfermedades musculoesqueléticas y las respiratorias presentan los niveles más altos de incidencia en IT. Aunque todas las patologías aumentan en cuanto a incidencia, el mayor crecimiento acumulado se observa en las enfermedades infecciosas, que la duplican al pasar de 1,8 a 3,6 casos por cada 1.000 afiliados, seguidas de las enfermedades mentales, cuya incidencia aumenta un 80 % (gráfico 13). Las enfermedades musculoesqueléticas registran la mayor incidencia de IT, con 6,8 casos por 1.000 afiliados en 2024, seguidas por las enfermedades respiratorias, con 6,1 casos, y las digestivas, con 4 casos. Los trastornos mentales y del comportamiento y las enfermedades infecciosas mantienen niveles inferiores. El mayor crecimiento acumulado se observa en las enfermedades infecciosas, que duplican su incidencia, al pasar de 1,8 a 3,6 casos por 1.000 afiliados. También destacan los aumentos en las enfermedades digestivas y en los trastornos mentales, con incrementos superiores al 80 % durante el periodo³⁵.

GRÁFICO 13. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT, POR DIAGNÓSTICO CIE-10. 2017-2024 (EPISODIOS POR 1.000 AFILIACIONES)



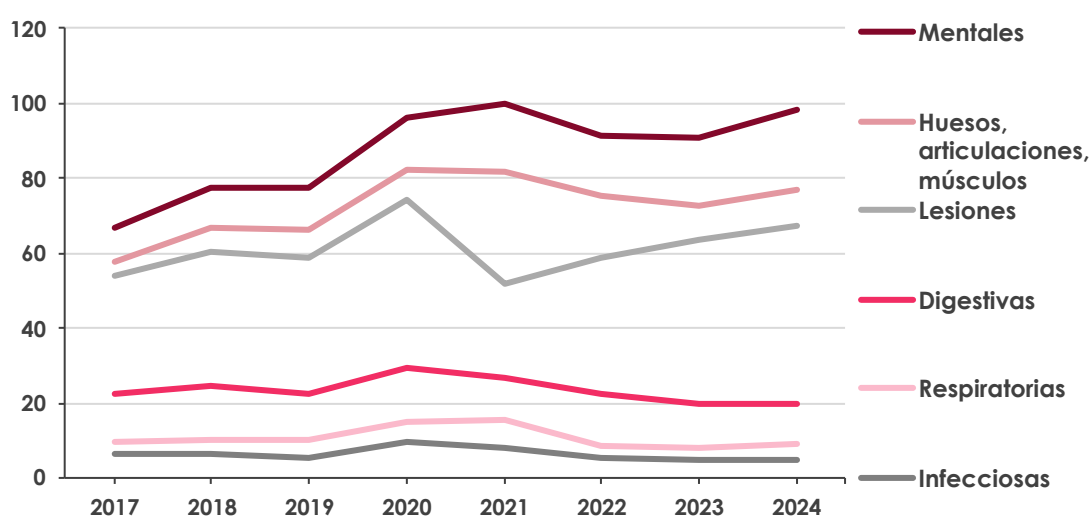
Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) y la estadística de afiliación.

Los trastornos mentales presentan las mayores duraciones medias. El mayor incremento entre 2017 y 2024 se registra en los trastornos mentales y del comportamiento y en las enfermedades musculoesqueléticas (gráfico 14). En el caso de los trastornos mentales, la duración media ha pasado de 67,0 días en 2017 a 98,5 días en 2024, mientras que las enfermedades

³⁵ No se muestra la categoría que engloba el resto de los capítulos CIE-10. Esta categoría agrupa patologías de menor incidencia individual, que por sí solas no superan la incidencia de ninguna de las seis categorías mostradas.

de huesos, articulaciones y músculos han aumentado de 57,7 a 77,2 días en el mismo periodo. Las enfermedades respiratorias muestran un ligero incremento, alcanzando aproximadamente 9 días de media en 2024. Tanto las enfermedades digestivas como las infecciosas experimentan descensos moderados en la duración de los episodios, situándose estas últimas en los valores más bajos del periodo analizado. En conjunto, se observa una tendencia general hacia el aumento de la duración media en los procesos de carácter crónico, frente a la estabilización o reducción en los episodios agudos.

GRÁFICO 14. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA DE LA IT, POR DIAGNÓSTICO CIE-10. 2017-2024 (DÍAS)



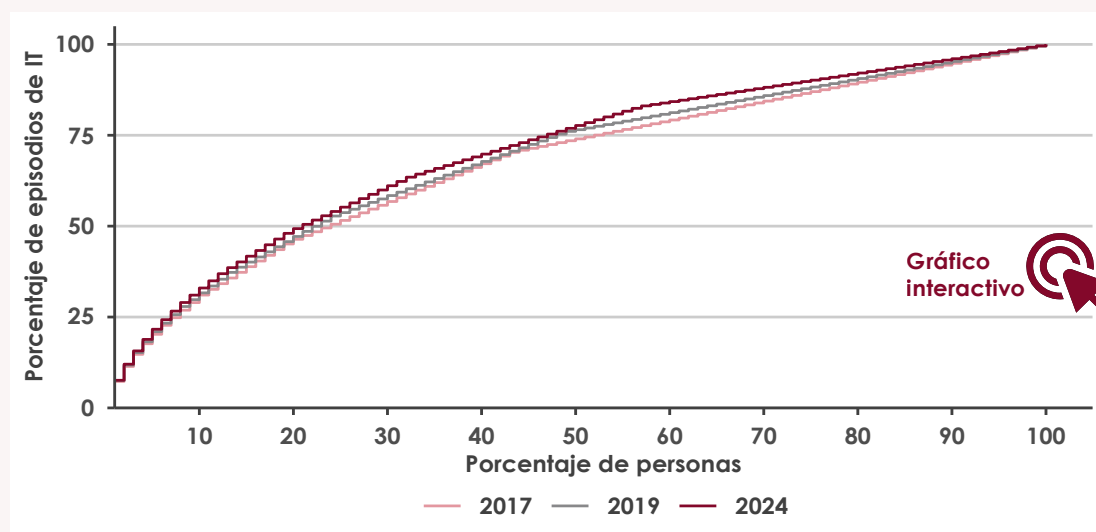
Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de incapacidad temporal (INCA).

Recuadro 2. El fenómeno de la reiteración en la incapacidad temporal

Este recuadro aborda el fenómeno de la reiteración en la incapacidad temporal (IT), que hace referencia al hecho de que una misma persona inicie más de un episodio de IT a lo largo de un año. Este fenómeno resulta relevante para el análisis de la IT, ya que la concentración de episodios en un segmento reducido de la población puede tener implicaciones tanto para la sostenibilidad del sistema como para el diseño de políticas de prevención y seguimiento. Comprender la magnitud y evolución de la reiteración permite distinguir si el aumento de la IT responde a un uso más generalizado del sistema por parte del conjunto de la población protegida o si, por el contrario, se debe a un uso más intensivo por parte de un grupo reducido de personas. Asimismo, el análisis de este fenómeno puede orientar intervenciones específicas dirigidas a los colectivos con mayor recurrencia, ya sea mediante actuaciones preventivas o a través de un seguimiento más estrecho de los procesos de IT.

Los episodios de IT se encuentran concentrados en un porcentaje reducido de personas, y esta concentración ha aumentado en los últimos años. El 25 % de las personas concentran más de la mitad de los episodios de IT: el 51 % en 2017 y el 55 % en 2024 (gráfico re_2.1). De forma similar, el 50 % de las personas acumulan el 77 % de los episodios en 2024, frente al 74 % en 2017. Esta evolución indica que la distribución de los episodios se ha vuelto más desigual, con un núcleo de beneficiarios que concentra una proporción creciente del total de procesos.

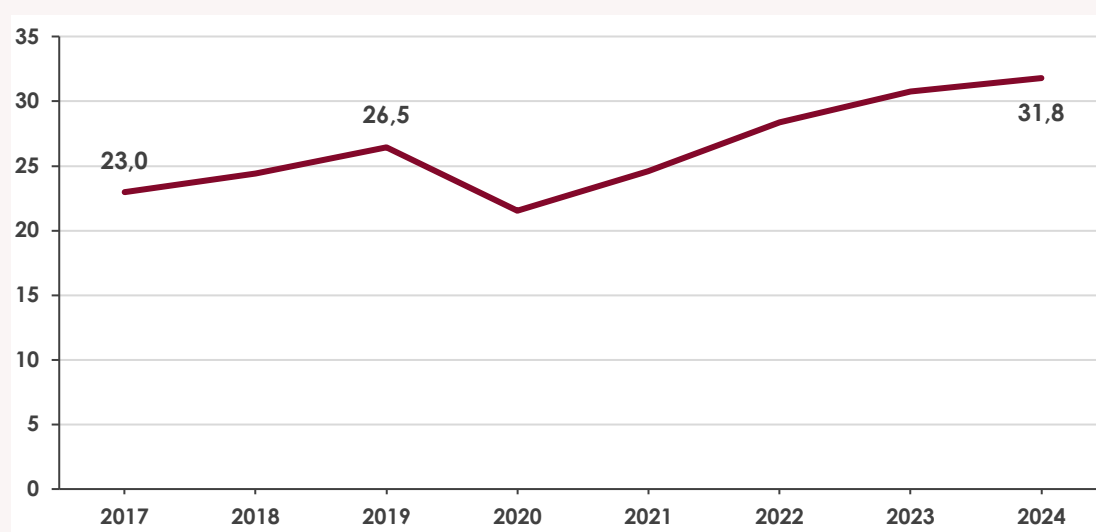
GRÁFICO RE_2.1. DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LOS EPISODIOS DE IT



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de incapacidad temporal (INCA).

Además, el porcentaje de personas que inician más de un episodio de IT al año ha crecido durante el periodo analizado. En 2017, el 23% de las personas con IT iniciaron más de un proceso en el mismo año; este porcentaje aumentó al 26,5% en 2019 y alcanzó el 31,8% en 2024 (gráfico re_2.2). Este incremento de casi nueve puntos porcentuales (p. p.) en siete años refleja una tendencia estructural hacia una mayor reiteración. Este crecimiento también se constata entre las personas en las que la reiteración se produce en la misma patología (grupo CIE).

GRÁFICO RE_2.2. PORCENTAJE DE PERSONAS CON MÁS DE UN EPISODIO DE IT INICIADO AL AÑO



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de incapacidad temporal (INCA).

En conjunto, los datos evidencian que tanto el nivel como el crecimiento de la IT están vinculados a un uso intensivo del sistema por parte de un segmento reducido de la población. La concentración de episodios y el aumento del porcentaje de personas con más de un proceso al año sugieren que la reiteración constituye un factor estructural relevante para explicar la magnitud de la IT. Esta realidad apunta a la conveniencia de analizar en mayor profundidad las características de los colectivos con una recurrencia más alta, así como de explorar medidas específicas que aborden las causas subyacentes de este patrón, ya sea en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, el seguimiento de los procesos o la coordinación entre los distintos agentes implicados en la gestión de la IT.

2.2.2. Factores relacionados con la probabilidad de iniciar un episodio de IT

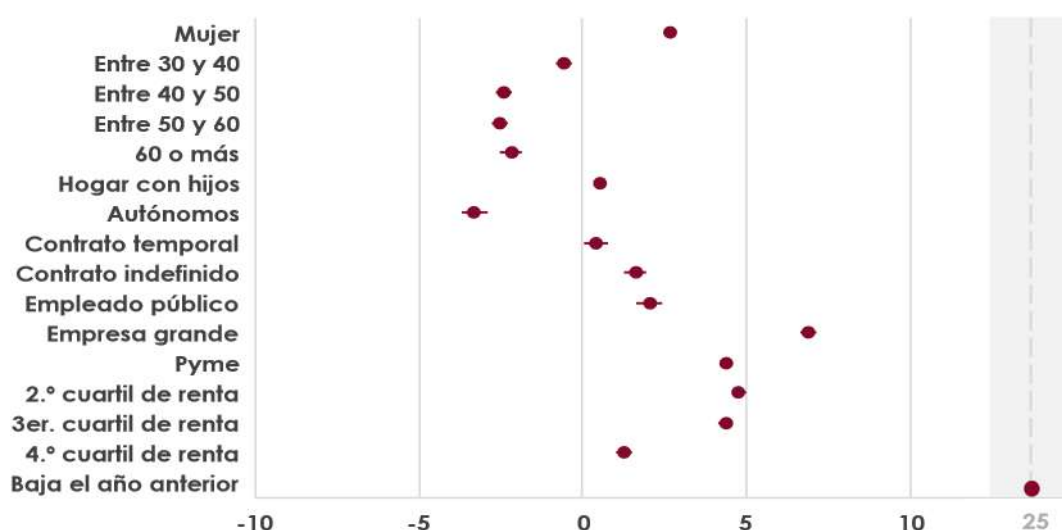
El análisis cuantitativo permite determinar los factores que se correlacionan con la probabilidad de tener un episodio de IT en un año determinado. Se utilizan los datos de 2024, a los que se les aplican modelos probit y de aprendizaje automático. En estos modelos, la variable dependiente es binaria: toma el valor 1 si la persona ha iniciado al menos un proceso de IT en 2024 y 0 en caso contrario. Gracias al cruce de la base de datos INCA con la MCVL, no solo se incluyen variables explicativas sociodemográficas, sino también otras relacionadas con el tipo de empleo de la persona.

Los resultados muestran por orden de magnitud que, manteniendo constantes el resto de las características, es más probable iniciar un episodio de IT si el trabajador lo tuvo también el año anterior, trabaja en una empresa grande, se encuentra en un nivel salarial medio, tiene contrato indefinido, no es autónomo, es mujer, tiene menos de 40 años y trabaja para el sector público (gráfico 15). El gráfico 15 representa los efectos medios marginales de la estimación del modelo probit, en el que la variable dependiente toma el valor 1 si la persona ha estado en situación de IT en el año 2024. En concreto, haber iniciado un episodio de IT en 2023 incrementa un 250 % la probabilidad de hacerlo en 2024 (25 p. p.³⁶ más que la probabilidad media estimada para la categoría de referencia, el 10 %). Por orden de magnitud, lo siguen los coeficientes asociados al tamaño de la empresa. En concreto, manteniendo constantes el resto de las características, el efecto marginal medio de trabajar en una empresa grande con respecto a una microempresa (categoría base no representada) es un 81 % mayor (6,9 p. p. más que la probabilidad media estimada para la categoría de referencia, el 8,4 %), mientras que trabajar en una pyme incrementa la probabilidad en un 51 % (4,3 p. p. más que la probabilidad media estimada de los trabajadores en microempresas). Los trabajadores en el segundo cuartil de renta tienen un efecto marginal medio del 52 % (4,7 p. p. más que la probabilidad media estimada de los que se ubican en el primer cuartil, el 9 %), mientras que los trabajadores en el tercer y cuarto cuartil presentan efectos marginales del 47 % y del 13 % (4,3 y 1,2 p. p. más, respectivamente, que la probabilidad media estimada de la categoría base, el 9 %). Tener un contrato indefinido tiene un efecto marginal medio del 12 % (1,6 p. p. más con respecto a la probabilidad media estimada de estar en situación de IT

³⁶ El valor correspondiente a "baja el año anterior" (25 p. p.) se ha representado sombreado, al exceder ampliamente el rango del resto de valores, lo que impide mantener las proporciones del gráfico.

para los trabajadores con un contrato fijo discontinuo, la categoría base no representada). Dentro de las variables que disminuyen la propensión a estar en IT destaca el hecho de ser autónomo, con un efecto marginal medio del 26 % (3,3 p. p. menos que la probabilidad media estimada de los trabajadores por cuenta ajena con contrato fijo discontinuo, el 12,5%). La proporción condicionada de baja es mayor en mujeres (respecto a hombres) —efecto marginal medio del 21 %, 2,6 p. p. más que la probabilidad media estimada de los hombres—, y trabajadores en organismos públicos (respecto a organismos privados) —efecto marginal medio del 14 %, 2 p. p. más que la probabilidad media estimada de los trabajadores de empresas privadas, el 14%—. Además, el hecho de pertenecer a tramos etarios de entre 40 y 50 años, entre 50 y 60 años y más de 60 años reduce la probabilidad de iniciar un episodio de IT en torno a un 16 % (en concreto 2,4, 2,5 y 2,1 p. p. menos, respectivamente, que la probabilidad media estimada de los trabajadores de menos de 30 años).

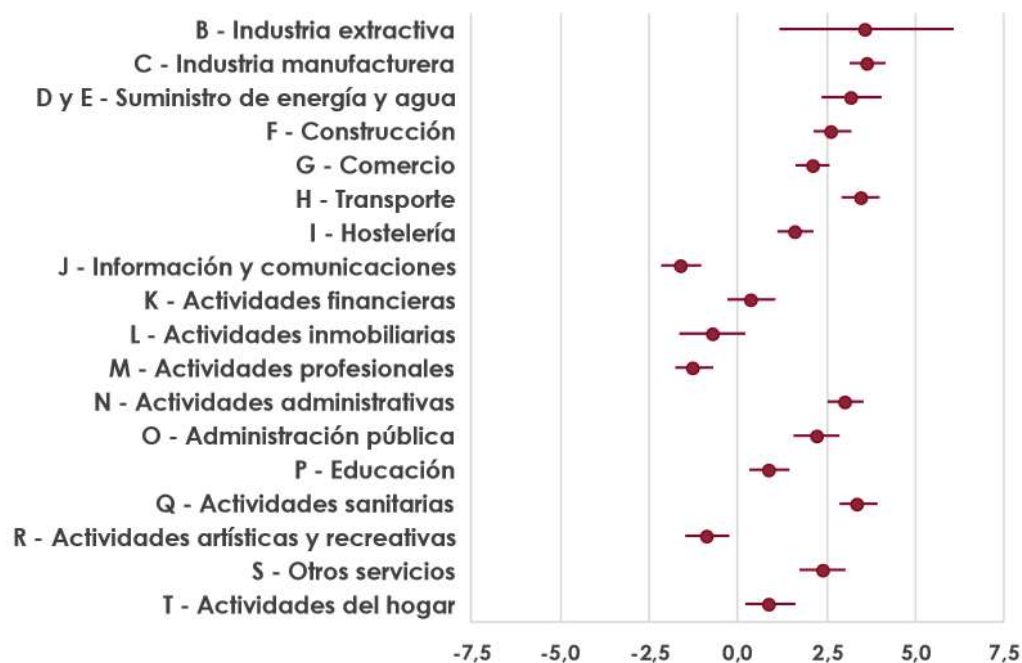
GRÁFICO 15. EFECTOS MEDIOS MARGINALES DE UNA ESTIMACIÓN PROBIT PARA LA PROBABILIDAD DE IT EN 2024. COEFICIENTES DE LAS VARIABLES SOCIECONÓMICAS



Fuente: AIReF a partir de los microdatos de INCA cruzados con la MCVL 2024.

A nivel de sector, manteniendo el resto de las características constantes, la probabilidad de estar en situación de IT es mayor en las CNAE C (Industria manufacturera), Q (Actividades sanitarias y de servicios sociales), H (Transporte y almacenamiento), E (Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación) y N (Actividades administrativas y servicios auxiliares) (gráfico 16). Por el contrario, los siguientes sectores muestran menor correlación con la probabilidad de iniciar una IT: J (información y comunicaciones), M (actividades profesionales, científicas y técnicas) y R (actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento).

GRÁFICO 16. EFECTOS MEDIOS MARGINALES DE UNA ESTIMACIÓN PROBIT PARA LA PROBABILIDAD DE IT EN 2024. COEFICIENTES DE LOS SECTORES ECONÓMICOS



Fuente: AIReF a partir de los microdatos de INCA cruzados con la MCVL 2024.

Los resultados son similares cuando se estima la probabilidad de IT asociada a los principales grupos CIE: enfermedades digestivas; de huesos, articulaciones y músculos; procesos infecciosos; trastornos mentales y del comportamiento, y enfermedades respiratorias. El cuadro 13 compara los perfiles que se correlacionan con una mayor probabilidad de IT manteniendo el resto de las características constantes. Este cuadro se ha construido a partir de la magnitud y el signo de los efectos medios marginales estimados en modelos probit en los que la variable dependiente es haber estado en situación de IT por alguna de los principales grupos CIE. Las cuatro variables explicativas que destacan en los cinco grupos, y con similar orden de relevancia, son: haber estado en IT el año anterior, trabajar en una empresa grande (respecto a una pequeña), ser asalariado (respecto a ser autónomo), y pertenecer al segundo y tercer cuartil de renta. Las variables de grupos etarios revelan un patrón diferente para cada tipo de enfermedad. En el caso de los grupos con enfermedades de huesos y musculoesqueléticas, la probabilidad de estar en IT se incrementa en grupos etarios de mayor edad. El patrón se revierte cuando se consideran las enfermedades infecciosas, respiratorias y digestivas, en las que la probabilidad de estar en IT cae a medida que se incrementa la edad. En enfermedades mentales, encontrarse en el tramo de entre 30 y 40 años incrementa la probabilidad de estar en IT. Las mujeres también muestran una mayor probabilidad de IT, excluyendo las enfermedades digestivas. El hecho

de trabajar en un organismo público se asocia con una mayor probabilidad de IT, salvo en enfermedades digestivas. Finalmente, la tipología de hogar presenta relevancia, aunque de menor magnitud, en enfermedades de huesos y mentales.

CUADRO 13. DESGLOSE DE LOS PERFILES CON MAYOR PROBABILIDAD DE IT POR GRUPO CIE

Variable	Todas las IT	Digestivas	Huesos	Infecciosas	Mentales	Respiratorias
Sexo	Mujer	-	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Edad	Menos de 40	Menos de 30	Más de 60	Menos de 30	Entre 30 y 40	Menos de 30
Tipo de hogar	Con niños	-	Con niños	-	Sin niños	-
Tipo de trabajador	Asalariado	Asalariado	Asalariado	Asalariado	Asalariado	Asalariado
Empleador	Público	-	Público	Público	Público	Público
Tamaño de la empresa	Grande	Grande	Grande	Grande	Grande	Grande
IT el año previo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Salario	2.º y 3.º cuartil	2.º y 3.º cuartil	2.º y 3.º cuartil	2.º y 3.º cuartil	2.º y 3.º cuartil	2.º y 3.º cuartil

Fuente: AIReF a partir de los resultados de los modelos probit estimados con los microdatos de INCA cruzados con la MCVL 2024.

Nota: Las celdas vacías indican que el efecto marginal estimado no resultó estadísticamente significativo al 95 %.

La aplicación de técnicas de aprendizaje automático (*random forest*) identifica los mismos perfiles que se correlacionan con la probabilidad de tener un episodio de IT. Para complementar los modelos probit se han estimado modelos de aprendizaje automático *random forest*. En estos modelos la variable a predecir también es la binaria que toma el valor 1 si la persona ha tenido un episodio de IT en 2024. Para favorecer la comparabilidad con los modelos probit, se han incluido las mismas características o variables explicativas. El

gráfico 17 representa, para cada variable, la distribución de valores SHAP³⁷ de la estimación del modelo de aprendizaje automático. Las variables se ordenan de arriba abajo por nivel de contribución a las predicciones finales, calculado como el promedio del valor absoluto de los valores SHAP por variable.

La variable que indica si una persona ha experimentado un episodio de IT en el año anterior presenta la mayor contribución a las predicciones del modelo. Los valores SHAP asociados a esta característica muestran una clara diferenciación entre los individuos con y sin IT previa. En promedio, las personas que no registraron un episodio de IT el año anterior presentan valores SHAP negativos, lo que indica que esta característica contribuye a reducir la probabilidad estimada de causar una nueva IT en torno a 3,6 p.p. respecto al valor medio del modelo.

Por el contrario, los individuos que sí experimentaron un episodio de IT el año anterior muestran valores SHAP predominantemente positivos y con una distribución más dispersa. En este grupo, el modelo asocia esta característica con un aumento medio de la probabilidad estimada de IT de aproximadamente 30 p. p., con valores individuales que oscilan entre 20 y 40 p. p., lo que refleja una mayor heterogeneidad en su contribución a la predicción.

En relación con el tipo de contrato, las personas con contrato indefinido registran en promedio 4 p. p. más de probabilidad estimada de iniciar un episodio de IT, en comparación con los 2 p. p. más de los trabajadores con contrato temporal. La categoría de trabajadores por cuenta propia o autónomos es una de las que presenta una mayor contribución negativa a la probabilidad estimada de encontrarse en situación de IT. Aunque la dispersión de los valores SHAP es amplia, la distribución completa se mantiene en el rango negativo, con un impacto medio de -6,5 p. p. respecto al valor medio del modelo.

En cuanto al tamaño de la empresa, los valores SHAP indican diferencias relevantes en la contribución de esta variable a la probabilidad estimada de IT. En promedio, pertenecer a una microempresa se asocia con valores SHAP negativos, lo que implica una reducción en la probabilidad estimada de IT de alrededor de 5,6 p. p. respecto al valor medio del modelo. Por el contrario,

³⁷ Estos valores contienen información similar a los efectos marginales medios de los modelos probit, teniendo una ventaja adicional: permiten observar la distribución de estos efectos marginales. En concreto, los valores SHAP estiman, para cada observación y cada variable, cuánto contribuye esa variable a la predicción final en puntos porcentuales.

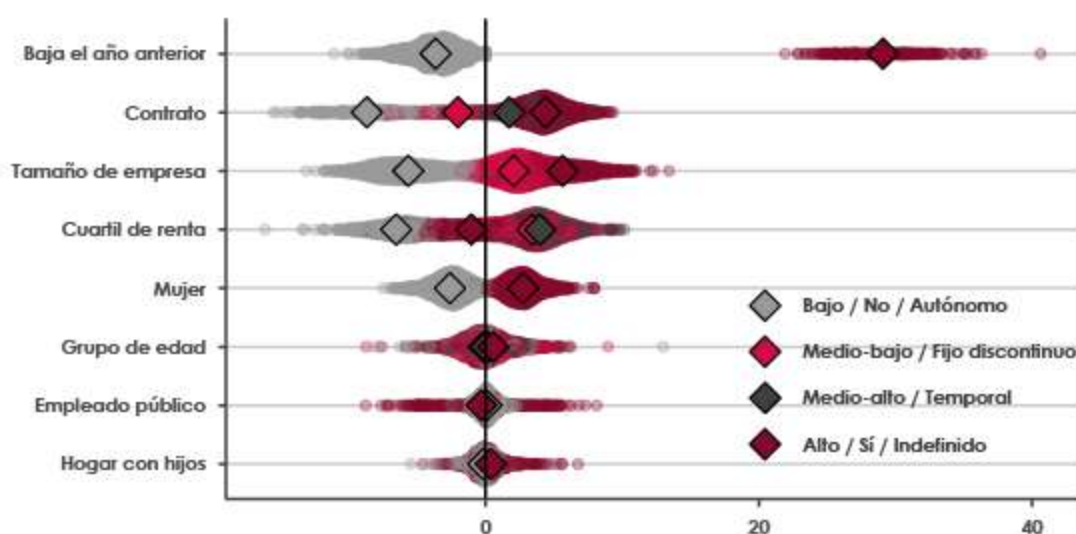
trabajar en una pyme o en una gran empresa se asocia con valores SHAP positivos, que reflejan un aumento medio estimado de la probabilidad de IT de 2 y 5,6 p. p., respectivamente.

La cuarta variable con mayor contribución a la probabilidad estimada de causar una IT es el cuartil de renta, cuya relación con la predicción del modelo no presenta un patrón lineal. Los valores SHAP muestran que pertenecer al primer cuartil de renta se asocia con una reducción en la probabilidad estimada de IT de aproximadamente 6,5 p. p. respecto al valor medio del modelo. En el extremo opuesto, formar parte del último cuartil también se vincula con una ligera disminución, de 1 p. p. En cambio, los individuos situados en los cuartiles segundo y tercero presentan valores SHAP positivos, asociados a un aumento medio estimado de la probabilidad de causar una IT de 3,4 y 4,0 p. p., respectivamente.

En cuanto al sexo, los valores SHAP muestran que ser mujer se asocia con una mayor contribución a la probabilidad estimada de encontrarse en situación de IT, con un impacto medio positivo de 2,6 p. p. respecto al valor medio del modelo. Por el contrario, ser hombre presenta valores SHAP negativos, lo que implica una reducción estimada de la probabilidad de IT de aproximadamente 2,7 p. p.

Finalmente, la variable de empleado público, la edad y el tipo de hogar muestran valores cercanos a 0 en promedio.

GRÁFICO 17. VALORES SHAP DEL MODELO DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PARA PREDECIR LA PROBABILIDAD DE ESTAR EN IT EN 2024



Fuente: AIReF a partir de los resultados del modelo de aprendizaje automático con los microdatos de INCA cruzados con la MCVL 2024.

Sin controlar por otros factores, los perfiles con mayor y menor porcentaje de episodios de IT iniciados son coincidentes con las estimaciones de los modelos

(cuadro 14). La tabla interactiva del cuadro 14 permite visualizar un máximo de diez perfiles con mayor y menor porcentaje de trabajadores que han iniciado algún episodio de IT a lo largo de 2024. El usuario puede confeccionar estos perfiles a medida gracias a la tabla interactiva del cuadro 14, a partir de la selección de un máximo de dos variables sobre las que se quiere conocer el porcentaje de trabajadores que han iniciado una IT. La tabla ofrece, además, dos indicadores para conocer la importancia de cada categoría: el porcentaje de trabajadores y el porcentaje de episodios de IT. Por ejemplo, si se selecciona exclusivamente la sección de "actividad", los cuatro sectores con mayor porcentaje observado de trabajadores que han iniciado una IT en 2024 son: Q - Actividades sanitarias y de servicios sociales (23,9%), N - Actividades administrativas y servicios auxiliares (19,1%), E - Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación (18,8%) y C - Industria manufacturera (18,4%). Por tamaño de empresa, el 21% de los trabajadores de empresas grandes registran una IT; los de pymes, el 16,9%, y los de microempresas, el 9%. De entre los trabajadores que habían iniciado una IT en 2023, vuelven a hacerlo en 2024 el 43,8%. Los que no lo habían hecho tienen un porcentaje observado de iniciar una IT en 2024 del 10,4%. Por tipo de trabajador, los asalariados presentan un porcentaje de IT del 16,5%, mientras que los autónomos, del 6,3%. Por cuartil de bases de cotización, los trabajadores en el tercer cuartil tienen un porcentaje de iniciar una IT del 19,1%; los del cuarto cuartil, del 16,4%; los del segundo, del 16,3%, y los del primero, del 8,5%. Por sexo, el porcentaje de iniciar una IT en 2024 para las mujeres es del 17,4%, mientras que es del 12,9% para los hombres. Por edad, el grupo con mayor porcentaje de inicio de una IT es el comprendido entre 30 y 40 años (16,5%). El porcentaje más bajo se observa en los menores de 30 años, con un 13,7%. Por último, los trabajadores del sector público registran en 2024 un porcentaje de iniciar una IT del 18,4%, en comparación con el 14,5% de los del sector privado.

CUADRO 14. TABLA INTERACTIVA DEL PORCENTAJE DE TRABAJADORES QUE INICIAN UNA IT EN 2024

Tabla interactiva de bajas

Selecciona hasta 2 variables para agrupar:

☒ Tamaño de empresa
 ☒ Experimentó baja el año anterior

Top 10 grupos con más bajas

Tamaño de empresa	Experimentó baja el año anterior	% trabajadores con baja	% del total de trabajadores	% del total de bajas
Grande	Sí	51,83%	5,13%	17,62%
Pyme	Sí	44,36%	5,58%	16,39%
Microempresa	Sí	29,84%	3,18%	6,29%
Grande	No	13,62%	21,18%	19,11%
Pyme	No	12,04%	30,9%	24,66%
Microempresa	No	7,06%	34,03%	15,93%

Bottom 10 grupos con menos bajas

Tamaño de empresa	Experimentó baja el año anterior	% trabajadores con baja	% del total de trabajadores	% del total de bajas
Microempresa	No	7,06%	34,03%	15,93%
Pyme	No	12,04%	30,9%	24,66%
Grande	No	13,62%	21,18%	19,11%
Microempresa	Sí	29,84%	3,18%	6,29%
Pyme	Sí	44,36%	5,58%	16,39%
Grande	Sí	51,83%	5,13%	17,62%

Fuente: AIReF a partir de los microdatos de INCA cruzados con la MCVL 2024.

Nota: La herramienta no visualiza los datos de las categorías que contienen un número reducido de observaciones para garantizar la representatividad estadística del indicador mostrado.

Gráfico interactivo



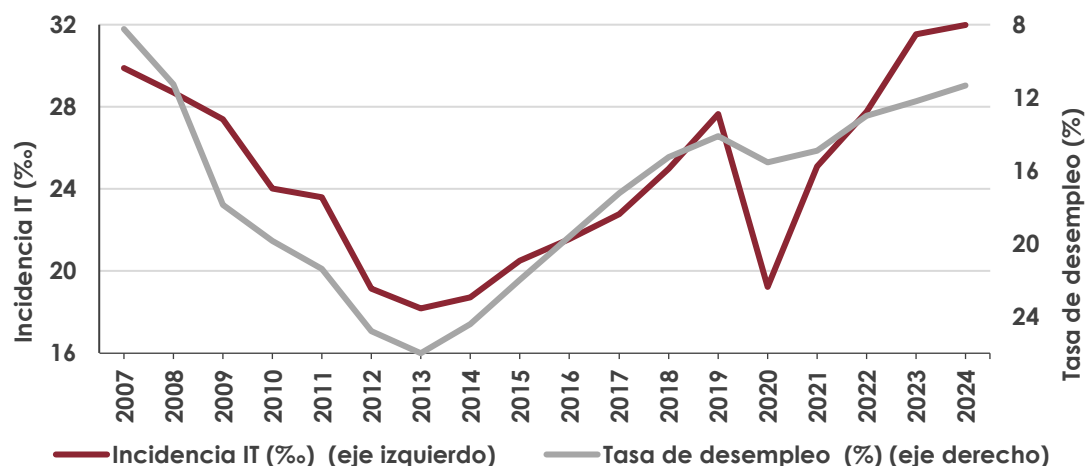
2.2.3. Factores relacionados con el incremento en la probabilidad de iniciar un episodio de IT

Esta sección analiza los factores explicativos de la evolución reciente de la IT en España. El objetivo del análisis es comprender qué parte de la evolución viene determinada por factores observables en los datos. Además, la aproximación cuantitativa permite apreciar el componente que no es posible captar con las variables disponibles. Para ello, la sección parte de la visualización de la serie de la tasa de desempleo y de la incidencia de la IT. Posteriormente, se muestran los resultados de una estimación de panel para, de forma cuantitativa, tener en cuenta los factores observables e inobservables determinantes de la evolución de la incidencia.

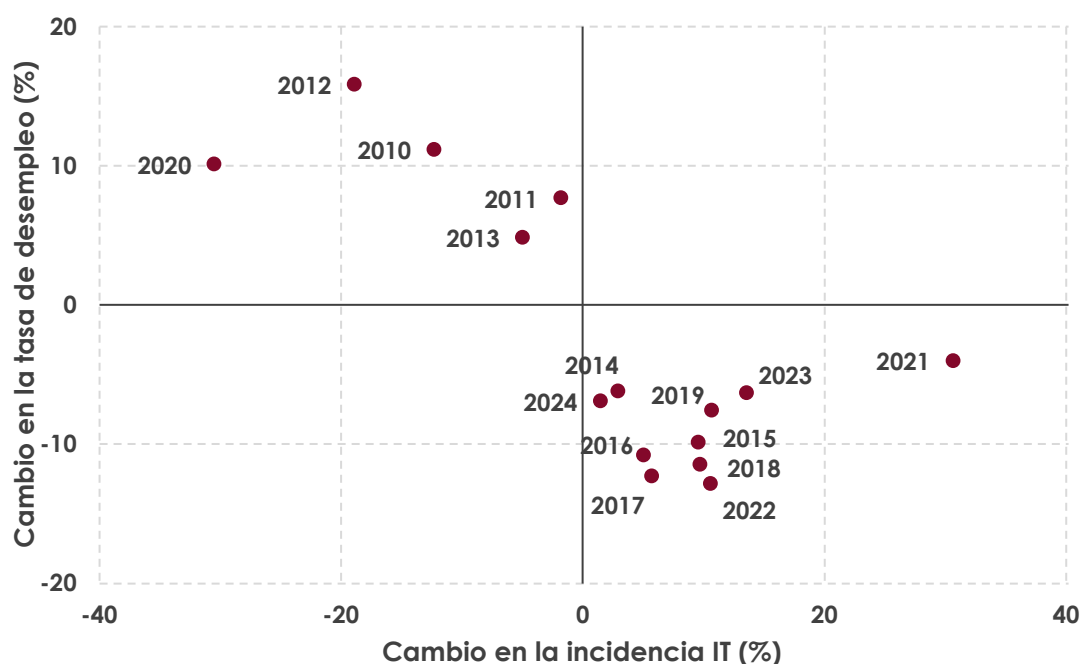
La incidencia de la IT es una variable procíclica: aumenta en fases alcistas, mientras que se reduce en etapas contractivas (gráfico 18). Además del incremento de la IT vinculado al mayor número de trabajadores, los ciclos expansivos suelen ir acompañados también de un nivel de incidencia más alto, en un contexto de incremento del poder de negociación de los trabajadores asociado al aumento de las vacantes. El panel A del gráfico 18 representa la evolución de la tasa de desempleo (eje derecho en escala invertida) y de la incidencia de la IT en España entre 2007 y 2024. Por su parte, el panel B relaciona las variaciones interanuales de ambas variables. Entre 2007 y 2013, cuando la tasa de desempleo aumenta, la incidencia de la IT disminuye. Por el contrario, con la recuperación económica y hasta 2019, mientras que la tasa de desempleo se reduce, la incidencia de la IT sigue una tendencia creciente. Tras la COVID-19, se retoma esta relación entre las variables. Entre 2022 y 2024, se observa que las disminuciones de la tasa de desempleo vienen acompañadas de incrementos en la incidencia de la IT.

GRÁFICO 18. CORRELACION ENTRE EL CICLO ECONÓMICO Y LA IT

PANEL A. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT Y DE LA TASA DE DESEMPLEO EN ESPAÑA



PANEL B. RELACIÓN ENTRE LA VARIACION ANUAL DE LA TASA DE DESEMPLEO Y DE LA INCIDENCIA DE IT



Fuente: AIReF a partir de EPA para la tasa de desempleo y estadística agregada de la IT publicada por el MISM.

Se realiza una estimación de panel de efectos fijos para descomponer el poder explicativo de las variables observables en la evolución de la IT. El ejercicio se lleva a cabo a partir del cruce de la base de microdatos INCA —que contiene el universo de bajas laborales— con la MCVL de 2024. Se construye un panel

anual entre 2017 y 2024 a nivel de persona³⁸. La variable dependiente toma valor 1 si la persona ha tenido un episodio de IT por contingencia común en el año. Se estiman tres modelos de efectos fijos. El modelo 1 incluye la tasa de desempleo desglosada por grupo de edad, sexo y comunidad autónoma³⁹. El modelo 2 añade variables socioeconómicas: binaria de si el trabajador es autónomo, de si el trabajador es empleado público, tipo de contrato y jornada laboral, tamaño de la empresa y quintil de la base de cotización⁴⁰. El modelo 3 añade a los anteriores una variable binaria que toma el valor 1 si la persona ha tenido un episodio de IT en el año anterior.

La tasa de desempleo y los efectos fijos de persona son las variables con mayor poder explicativo de la evolución observada en la IT (gráfico 19). El gráfico 19 representa la serie observada del porcentaje de trabajadores con episodios de IT en España entre 2017 y 2024. Además, incluye una línea con la predicción de cada modelo de efectos fijos estimado. Los modelos 2 y 3 mejoran muy marginalmente la predicción del modelo 1. En otras palabras, prácticamente todo el ajuste a la serie observada se obtiene incluyendo la tasa de desempleo y los efectos fijos individuales. La contribución de las variables socioeconómicas apenas modifica la predicción, toda vez que la composición de la fuerza de trabajo no ha experimentado en los ocho años del panel cambios significativos que se correlacionen con la evolución de la incidencia. Por su parte, dado que los efectos fijos recogen una parte relevante de la variable de IT en el año anterior, el modelo 3 mejora mínimamente el ajuste a la serie observada.

Las predicciones de los modelos sobrestiman (infraestiman) la IT en la parte inicial (final) del panel. En 2024 la predicción de los modelos queda un 11 % por debajo del porcentaje observado de personas con IT (gráfico 19). Los tres modelos de efectos fijos predicen un porcentaje de personas con IT superior hasta 2021. A partir de 2022 este patrón se invierte y el dato observado supera la predicción de los modelos. En concreto, en 2017 el 9,2% de los trabajadores experimentaron un episodio de IT cuando los modelos predecían un 10,6%. En 2024 la diferencia se amplía y queda por debajo la predicción, ya que el dato observado es del 17%, mientras que el modelo estima un 15% (2 p. p. de diferencia por debajo, un 11 %). La discrepancia entre el dato observado y la

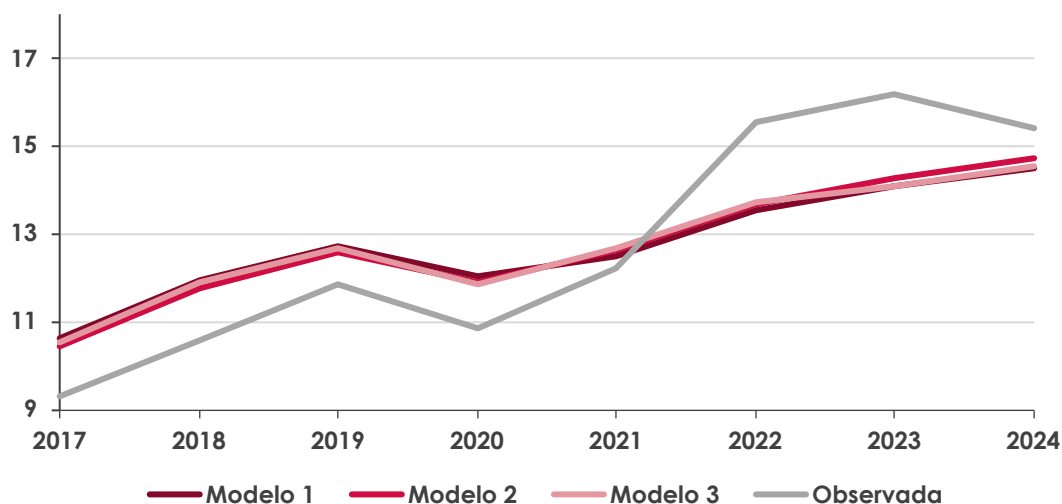
³⁸ El panel se construye para que esté perfectamente balanceado. Es decir, se construye con las personas que han tenido al menos un episodio de empleo en todos los años.

³⁹ Este desglose de la tasa de desempleo es el más desagregado publicado por el INE en la Encuesta de Población Activa (EPA). Los grupos de edad son de 16 a 19 años, de 20 a 24 años, de 25 a 54 años, y de 55 años o más.

⁴⁰ Las variables socioeconómicas constantes en el tiempo quedan absorbidas por los efectos fijos individuales de los modelos.

predicción de los modelos representa la parte no explicada por los modelos, que podría corresponder a factores inobservables que hayan cambiado con el tiempo.

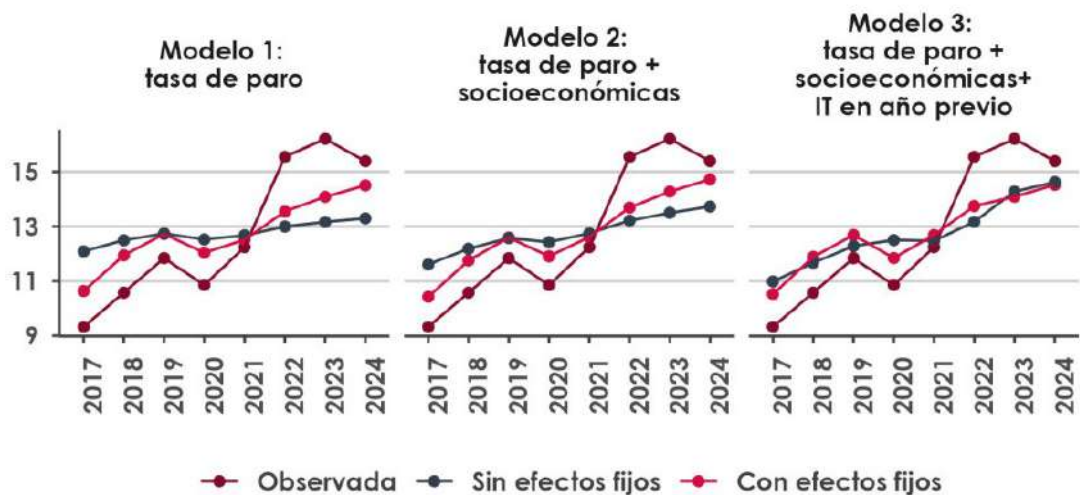
GRÁFICO 19. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE TRABAJADORES CON INCAPACIDAD TEMPORAL Y PREDICCIONES DE LOS MODELOS



Fuente: AIReF a partir de los microdatos de INCA cruzados con la MCVL 2024.

En conclusión, los modelos de panel identifican dos determinantes principales de la evolución de la IT: los factores idiosincráticos de la persona y el ciclo económico. Los efectos fijos de persona incorporan características de las personas, que no cambian en el periodo de análisis. Sin embargo, los efectos fijos de persona también incluyen aspectos no observables cuya contribución relativa no es posible descomponer, por ejemplo, condiciones de salud crónicas o aspectos de comportamiento o aprendizaje en relación con el funcionamiento de la prestación de IT. En el modelo 1, que incorpora la tasa de desempleo y los efectos fijos de persona, estos últimos producen la mayor parte del ajuste a la probabilidad de IT observada (gráfico 20).

GRÁFICO 20. CONTRIBUCIÓN RELATIVA DE LOS EFECTOS FIJOS DE PERSONA EN CADA UNO DE LOS TRES MODELOS DE PANEL ESTIMADOS



Fuente: AIReF a partir de microdatos de INCA cruzados con la MCVL 2024.

Recuadro 3. Evolución de la incidencia de la incapacidad temporal y la demanda de atención primaria

Este recuadro analiza si el aumento de la incidencia de la incapacidad temporal (IT) observado en los últimos años se produce en un contexto de incremento de la demanda asistencial en atención primaria. Este análisis compara la evolución de la morbilidad incidente, medida a través de los nuevos episodios abiertos en atención primaria, con la incidencia de la IT, con el fin de identificar si ambas siguen tendencias similares. La comparación permite verificar si el incremento de la IT viene acompañado de un aumento de los problemas de salud atendidos en el Sistema Nacional de Salud.

Como indicador de demanda sanitaria se utiliza el número de episodios de atención primaria iniciados por cada 1.000 personas en la población asignada al SNS. Los episodios iniciados miden la aparición de nuevos diagnósticos o problemas de salud que requieren la apertura de un registro clínico, por lo que constituye una medida de morbilidad incidente. A diferencia de las visitas, que pueden reflejar seguimiento o trámites administrativos, los episodios iniciados capturan mejor la demanda sanitaria efectiva y son directamente comparables con la incidencia de IT, ya que ambos indicadores se refieren a eventos nuevos. El análisis se restringe a la población activa registrada en la tarjeta sanitaria electrónica, con el fin de aproximarse a la población afiliada utilizada como denominador de las tasas de incidencia de IT.

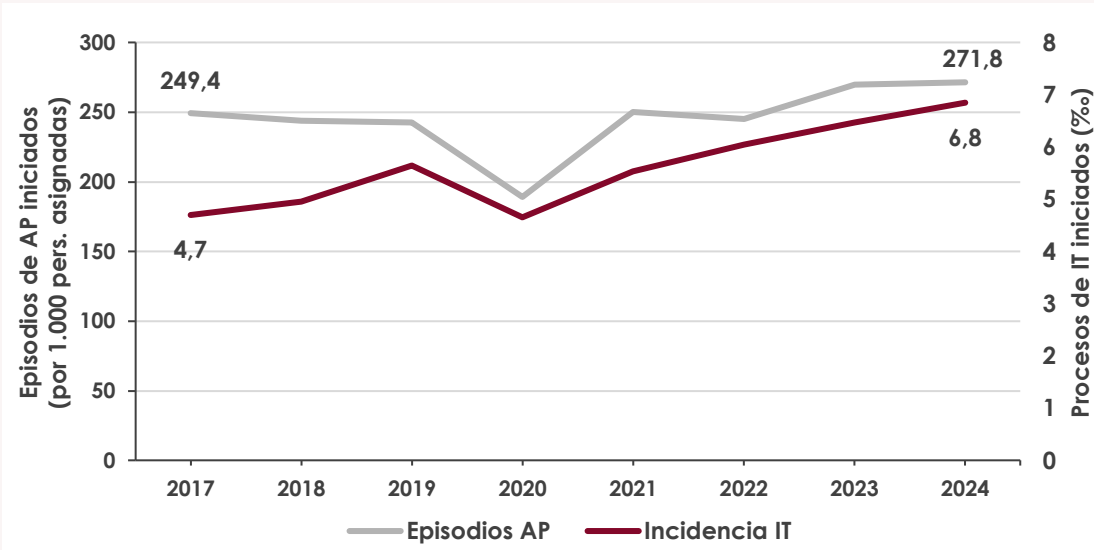
El análisis integra información procedente de tres fuentes: la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), los microdatos de IT de la base de datos INCA y las estadísticas de población afiliada. Los episodios de atención primaria se clasifican según la CIAP-2. Estos códigos se agrupan en grandes categorías diagnósticas mediante su correspondencia con la clasificación CIE-10, según el mapeo publicado por el Ministerio de Sanidad en febrero de 2025. Fruto de este ejercicio, las categorías analizadas son: enfermedades respiratorias, musculoesqueléticas, mentales y del comportamiento, digestivas e infecciosas.

Tras la pandemia de COVID-19, el incremento de la IT se produce en un contexto de creciente demanda asistencial en atención primaria (gráfico re_3.1). En los años anteriores a la pandemia, los incrementos en la incidencia de IT no venían acompañados de aumentos en la demanda asistencial para ninguna de las categorías estudiadas. Sin embargo, a partir de 2020, en general, se aprecia una trayectoria paralela en el incremento de nuevos episodios asistenciales

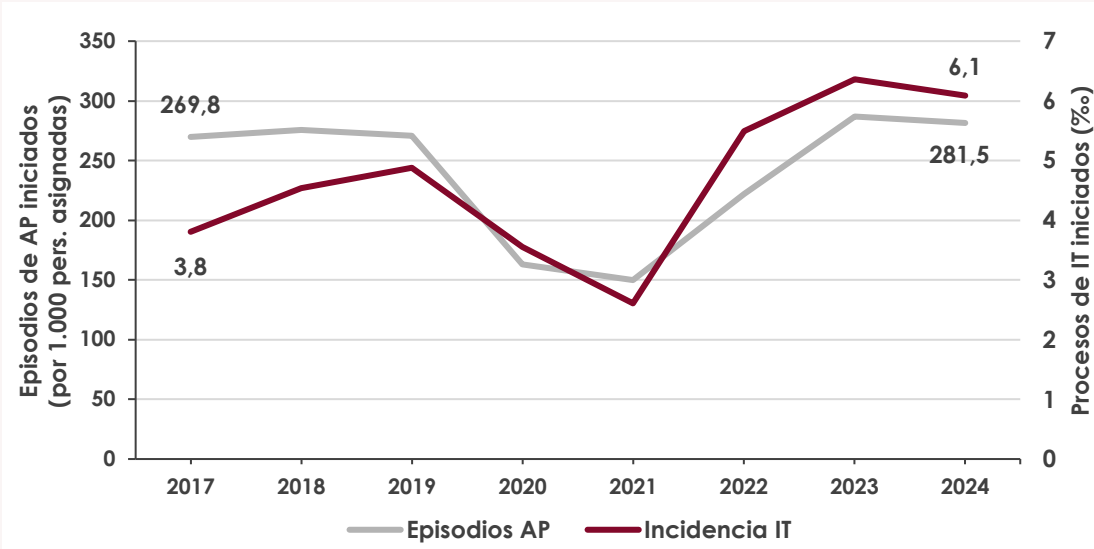
por cada 1.000 personas en la población asignada al SNS y el aumento de la incidencia de IT. La única excepción son las enfermedades infecciosas, que muestran un cierto desacople temporal.

GRÁFICO RE_3.1. EVOLUCIÓN DE EPISODIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA POR CADA 1.000 PERSONAS E INCIDENCIA DE IT (%). 2017-2024

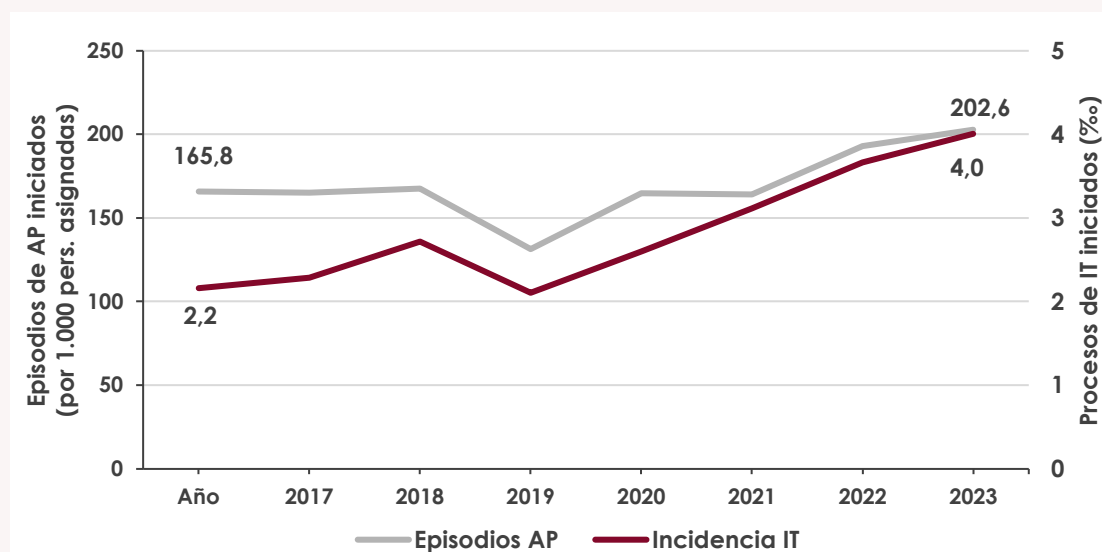
PANEL A. ENFERMEDADES DE HUESOS, ARTICULACIONES Y MÚSCULOS



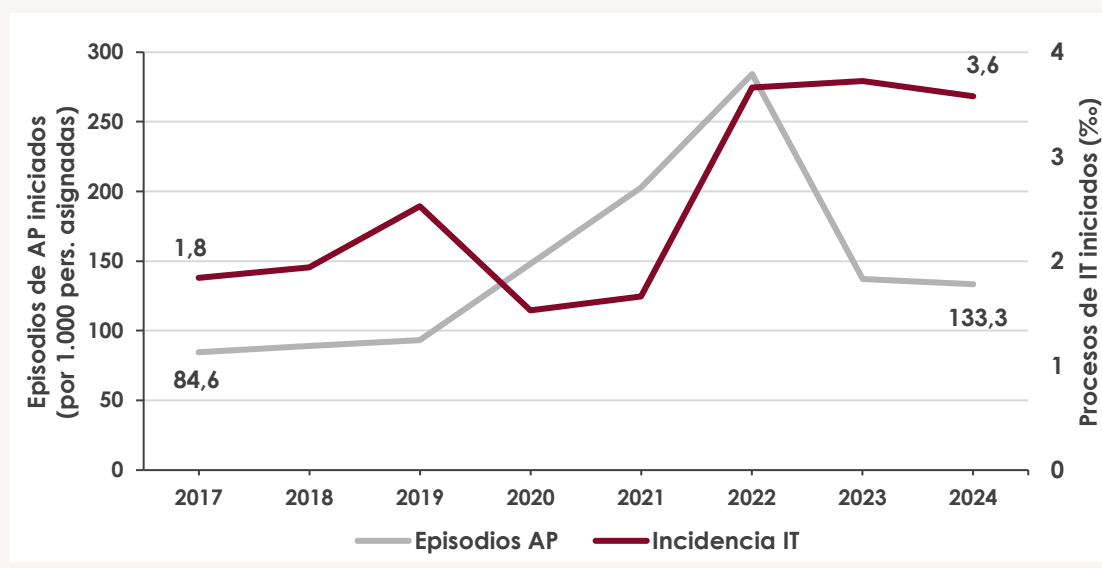
PANEL B. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

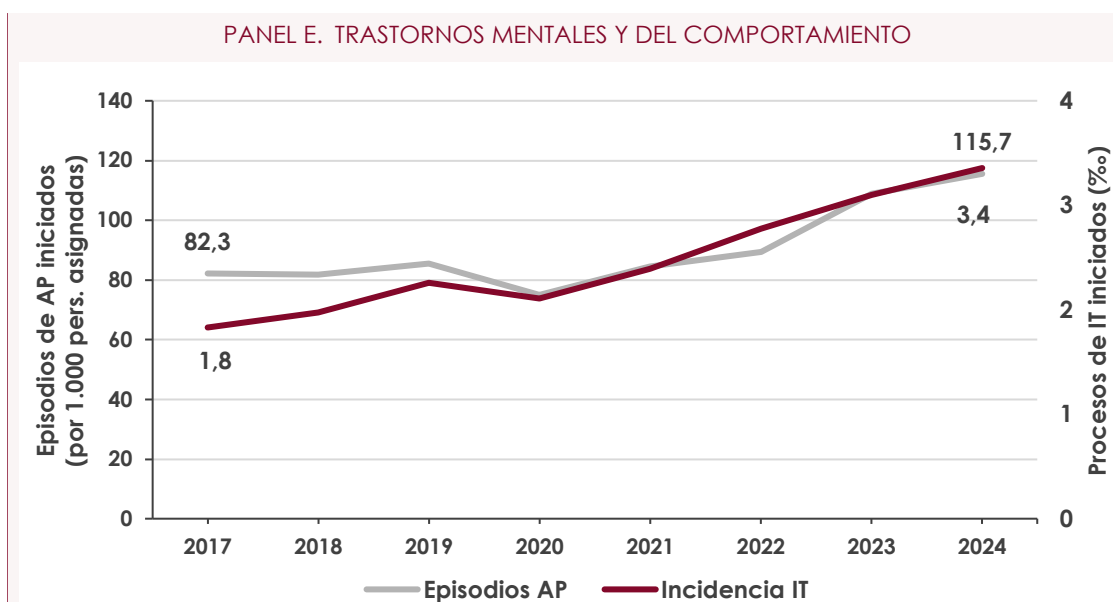


PANEL C. ENFERMEDADES DIGESTIVAS



PANEL D. ENFERMEDADES INFECCIOSAS





Fuente: AIReF a partir de INCA, BDCAP y la estadística de afiliación.

En conclusión, tras la pandemia de COVID-19, el incremento de la IT se produce en un contexto de creciente demanda asistencial en atención primaria. Este hallazgo supone un cambio respecto a la etapa prepandémica, cuando los aumentos en la incidencia de IT no venían acompañados de incrementos en los nuevos episodios registrados en el SNS. A partir de 2020, sin embargo, ambos indicadores muestran una evolución paralela en la mayoría de las categorías diagnósticas analizadas —enfermedades respiratorias, musculoesqueléticas, mentales y del comportamiento, y digestivas—, lo que sugiere que el repunte de la IT tiene lugar en un contexto de incremento de la morbilidad incidente.

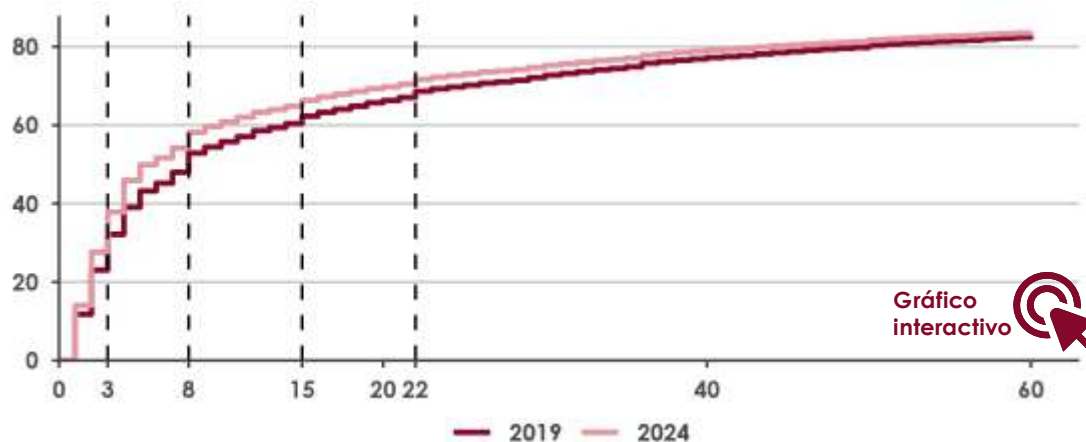
2.2.4. Las duraciones de la IT y sus factores relacionados

Esta sección profundiza en el estudio de las duraciones de la IT a través del análisis de sus distribuciones, evolución temporal y factores correlacionados. De forma complementaria al análisis descriptivo de las duraciones promedio presentado en la sección 2.1.1, se lleva a cabo un estudio del indicador de duración de la IT. En primer lugar, se examina la evolución de las IT según tramos de duración y se desglosan por grupo diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En segundo lugar, la sección concluye con la estimación de modelos de supervivencia para identificar los factores que se correlacionan con las duraciones de la IT. La sección se completa con un recuadro que analiza la relación entre la IT y las listas de espera explotando la heterogeneidad de la limitada información agregada disponible por comunidad autónoma, semestre y patología.

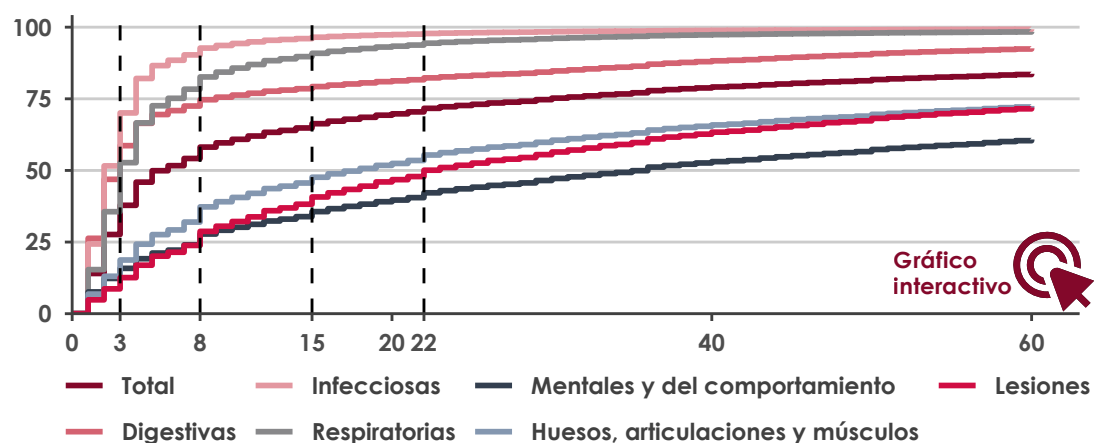
La distribución acumulada de las duraciones de la IT muestra una elevada concentración en duraciones inferiores a 15 días (el 65 % de los episodios en 2024) (gráfico 21). El panel A del gráfico 21 representa el porcentaje acumulado de episodios de IT en 2019 y 2024 por número de días de duración. El gráfico 21 trunca la visualización en el día 60, ya que los aumentos en la proporción son reducidos a partir de ese punto. Tanto en 2019 como en 2024 se aprecian saltos de mayor magnitud en la proporción acumulada en los días 1, 2, 3, 4, 5, 8, 15 y 22. La distribución acumulada de 2024 se sitúa por encima de la de 2019 hasta el día 50 y pasa a casi converger en duraciones más largas. Por su parte, el panel B del gráfico 21 desglosa la distribución acumulada por grupo CIE. Se observa que los grupos CIE correspondientes a las condiciones infecciosas, respiratorias y digestivas concentran en torno al 80 % de los episodios de IT en duraciones inferiores a 10 días. Por el contrario, las condiciones mentales y del comportamiento y las de huesos, articulaciones y músculos concentran menos del 40 % de sus IT en duraciones inferiores a los 10 días. Al observar la parte final del gráfico, destaca la diferencia en las distribuciones acumuladas por grupo CIE. Mientras que prácticamente el 100 % de los episodios de IT relativos a condiciones infecciosas, respiratorias y digestivas presentan duraciones iguales o inferiores a 60 días, esto solo ocurre en el 70 % y el 60 % de los episodios de IT ligados a condiciones de huesos, articulaciones y músculos, o mentales y del comportamiento, respectivamente. Por último, el panel C del gráfico 21 desglosa la distribución acumulada por grupo y comunidad autónoma. Se observa que los episodios de IT tienen duraciones superiores en Extremadura, Galicia y Asturias. Por el contrario, acumulan más episodios de IT con duraciones cortas la Comunidad Foral de Navarra, la Comunidad de Madrid, Cataluña y La Rioja.

GRÁFICO 21. DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LAS DURACIONES DE IT

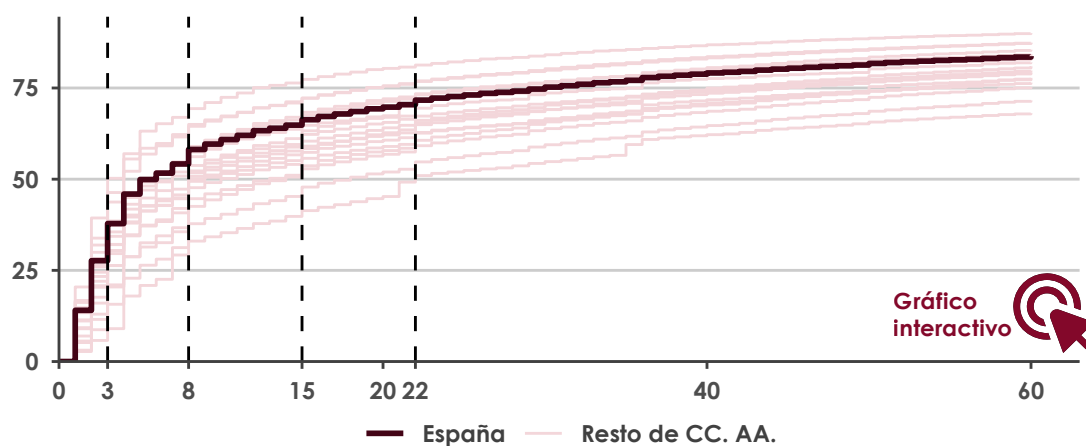
PANEL A. DESGLOSE ENTRE 2019 Y 2024



PANEL B. DESGLOSE POR GRUPO CIE EN 2024



PANEL C. DESGLOSE POR COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2024

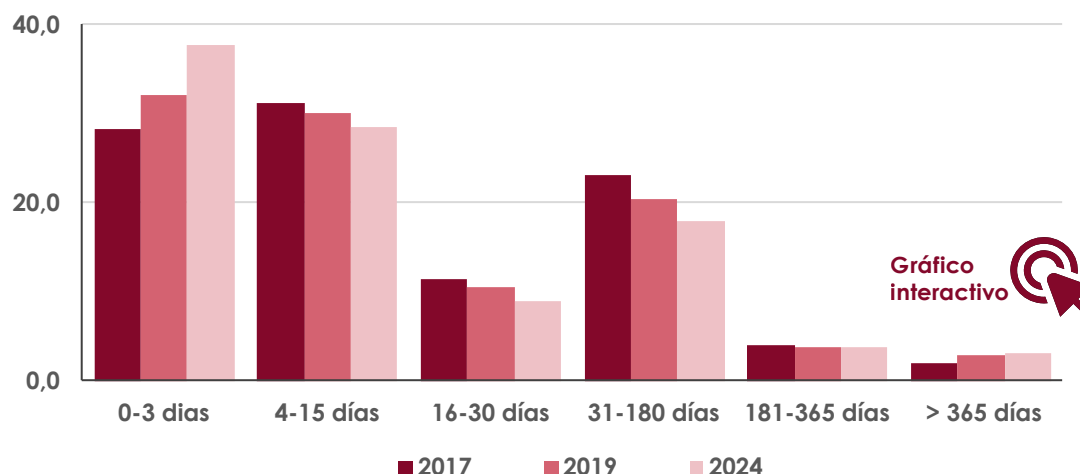


Fuente: AIReF a partir de los microdatos de episodios de IT de INCA.

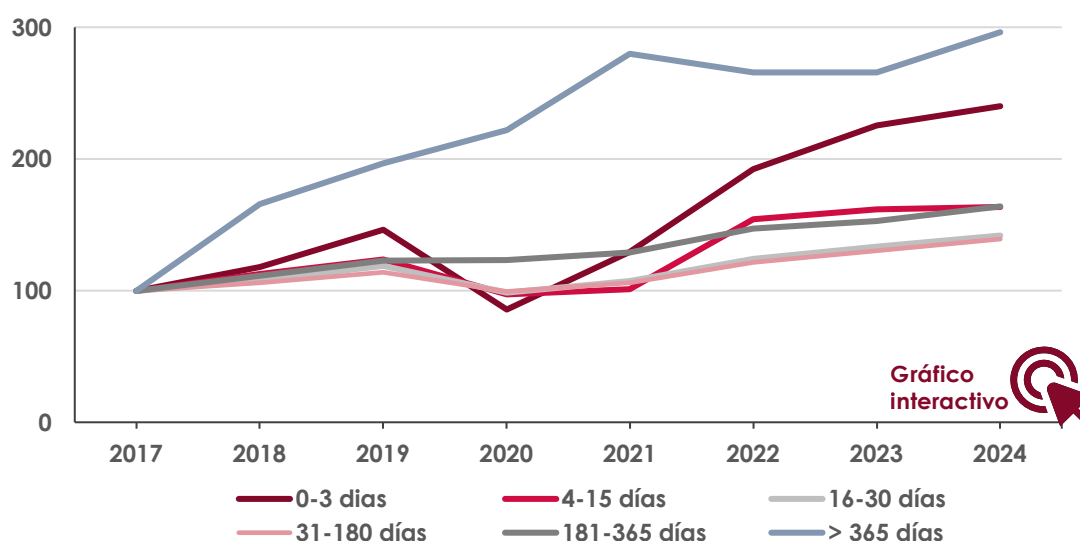
En el periodo de estudio ganan peso las IT de menos de 3 días y de más de 365 días, en detrimento de las que duran entre 4 y 180 días (gráfico 22). El gráfico 22 pone de relieve un cambio temporal en la composición de las bajas según sus tramos de duración. En concreto, el panel A muestra el porcentaje sobre el total de IT de cada tramo de duración en 2017, 2019 y 2024. Por su parte, el panel B del gráfico 22 representa el crecimiento acumulado en el total de IT por tramo de duración entre 2017 y 2024. Mientras que en 2017 las IT entre 1 y 3 días representaban el 28,4 % del total, en 2024 suponen el 37,9 %. Este tramo registra el segundo mayor crecimiento acumulado: un 141 % entre 2017 y 2024. Las IT de más de 365 días pasan de representar el 1,9 % del total en 2017 al 3,2 % en 2024, registrando el mayor crecimiento acumulado en el periodo, un 205 %. El resto de los tramos se incrementa el total de episodios de IT en el periodo, pero estos pierden peso relativo.

En las IT por condiciones mentales, ganan peso las de más de 31 días (gráfico 22). En concreto, las IT asociadas a condiciones mentales y del comportamiento entre 31 y 181 días pasan de representar el 33 % en 2017 al 35 % en 2024. En este mismo grupo CIE, las IT entre 181 y 365 días incrementan su proporción desde el 9 % en 2017 al 11 % en 2024. Por el contrario, en este CIE disminuye el peso de las bajas de menos de 30 días.

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



PANEL B. TASA DE CRECIMIENTO (2017 = 100)



Fuente: AIReF a partir de los microdatos de episodios de IT de INCA.

Se han estimado modelos de Cox de riesgos proporcionales (Cox, 1972) para profundizar en los determinantes de la permanencia en la prestación de IT en el año 2024. El modelo permite estimar la relación entre el alta de un episodio de IT en un día determinado y una serie de variables explicativas⁴¹. De este modo, se puede estimar qué variables se correlacionan con un alta más tardía,

⁴¹ Concretamente, las variables son: edad, sexo, régimen de episodio de empleo (general o especial de trabajadores autónomos), comunidad autónoma y diagnóstico (clasificación CIE agrupada por capítulos según el [Manual de codificación CIE10](#) publicado por el Ministerio de Sanidad).

o de forma equivalente, con una mayor permanencia en la prestación de IT. El modelo se estima para una muestra del 25 % de los episodios de IT que se inician en 2024⁴².

Controlando por el resto de los factores, la estimación revela que la duración del episodio de IT es mayor en trabajadores autónomos, para los grupos de enfermedades musculoesqueléticas, por lesiones y trastornos mentales, en los grupos de edad más avanzada y en el caso de las mujeres. El cuadro 15 recoge los *hazard ratios* y su nivel de significatividad estadística. El *hazard*, o tasa de riesgo, refleja la probabilidad de que el episodio de IT finalice en el día t , dado que sigue activo en el día anterior. Así, el *hazard ratio* es el cociente entre las tasas de riesgo instantáneo de dos individuos que difieren en una unidad en esa variable (manteniendo iguales el resto de las variables). De esta forma, cuando el *hazard ratio* es mayor (menor) que 1, es más (menos) probable que el episodio de IT finalice antes y, por tanto, la duración esperada sea menor (mayor).

En virtud de esta interpretación, el cuadro permite comprender que la duración del episodio de IT es mayor en trabajadores autónomos frente a trabajadores por cuenta ajena y también es menor para los grupos CIE de enfermedades digestivas, infecciosas y respiratorias frente a enfermedades mentales, musculoesqueléticas y por lesiones. En el caso de la edad, cada incremento de 10 años en la edad supone una reducción cercana a 10 puntos en la probabilidad de obtener el alta. Por comunidad autónoma, la duración esperada es mayor en Extremadura, Galicia, Asturias y Región de Murcia (categoría base de la estimación). En el lado opuesto se encuentran las comunidades autónomas de Comunidad Foral de Navarra, Cataluña, Comunidad de Madrid e Illes Balears. Por último, los hombres tienen una probabilidad un 1,1 % mayor de finalizar la baja que las mujeres.

⁴² Existe la posibilidad de optar por modelos lognormal o gamma para modelizar la duración de los episodios de IT que finalizan en 2024. Sin embargo, se ha optado por el modelo de Cox ya que permite aprovechar la información de los episodios de IT censurados (es decir, que a 31 de diciembre de 2024 no hubieran finalizado). El modelo de Cox es por tanto la alternativa metodológica más oportuna para modelizar el proceso temporal (i.e. cómo evoluciona el riesgo de obtener el alta), la inferencia es más eficiente y contiene un menor sesgo derivado del truncamiento de un modelo lognormal o gamma.

CUADRO 15. RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DEL MODELO DE COX EN EL RÉGIMEN GENERAL, 2024

Características	HR	p-valor
Rojo (HR < 1): menor probabilidad de finalizar la IT / mayor duración del episodio		
Verde (HR > 1): mayor probabilidad de finalizar la IT / menor duración del episodio		
Sexo: hombre	1,011***	0,000
Edad: entre 25 y 35 años	0,845***	0,000
Edad: entre 35 y 45 años	0,724***	0,000
Edad: entre 45 y 55 años	0,642***	0,000
Edad: entre 55 y 65 años	0,544***	0,000
Edad: más de 65 años	0,496***	0,000
Régimen: cuenta propia	0,561***	0,000
Andalucía	1,060***	0,000
Aragón	1,113***	0,000
Asturias, Principado de	0,910***	0,000
Balears, Illes	1,214***	0,000
Canarias	1,045***	0,000
Cantabria	1,035***	0,000
Castilla-La Mancha	1,124***	0,000
Castilla y León	1,022***	0,000
Cataluña	1,466***	0,000
Comunitat Valenciana	1,024***	0,000
Extremadura	0,859***	0,000
Galicia	0,866***	0,000
Madrid, Comunidad de	1,302***	0,000
Navarra, Comunidad Foral de	1,547***	0,000
País Vasco	1,177***	0,000
Rioja, La	1,180***	0,000
Enfermedad digestiva	1,676***	0,000
Enfermedad de huesos, articulaciones y músculos	0,767***	0,000
Enfermedad infecciosa	2,901***	0,000
Enfermedad por lesiones	0,683***	0,000
Enfermedad mental y del comportamiento	0,546***	0,000
Enfermedad respiratoria	2,100***	0,000

Fuente: AIReF a partir de los microdatos de episodios de IT de INCA.

Nota: Los valores en verde corresponden a *hazard ratios* (HR) superiores a 1, lo que implica un mayor riesgo instantáneo de alta en comparación con el grupo de referencia, excluidas el resto de variables. Los valores en rojo indican HR inferiores a 1, asociados a un menor riesgo instantáneo de alta en comparación con el grupo de referencia, excluidas el resto de variables. Los asteriscos reflejan el nivel de significatividad estadística de las variables usadas en el modelo: *** p < 0,01; ** p < 0,05; * p < 0,10.

Centrando el análisis en los diagnósticos musculoesqueléticos y de lesiones, las contingencias profesionales presentan menor duración que las contingencias comunes, controlando por el resto de los factores. Si el modelo de Cox se

estima sobre una muestra restringida a los grupos CIE de enfermedades musculoesqueléticas y lesiones —que concentran el 87 % de los episodios de IT por contingencias comunes iniciados en 2024—, el *hazard ratio* asociado a la contingencia profesional es de 1,096, lo que implica que estos episodios tienen una probabilidad un 9,6 % mayor de finalizar en un día determinado en comparación con los de contingencias comunes.

CUADRO 16. RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DEL MODELO DE COX EN EL RÉGIMEN GENERAL EN DIAGNÓSTICOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y LESIONES, 2024

Características	HR	p-valor
Rojo (HR < 1): menor probabilidad de finalizar la IT / mayor duración del episodio		
Verde (HR > 1): mayor probabilidad de finalizar la IT / menor duración del episodio		
Contingencia profesional	1,096***	0,000
Sexo: hombre	1,107***	0,000
Edad: entre 25 y 35 años	0,842***	0,000
Edad: entre 35 y 45 años	0,768***	0,000
Edad: entre 45 y 55 años	0,727***	0,000
Edad: entre 55 y 65 años	0,638***	0,000
Edad: más de 65 años	0,588***	0,000
Régimen: cuenta propia	0,641***	0,000
Andalucía	1,069***	0,000
Aragón	0,107***	0,000
Asturias, Principado de	0,915***	0,000
Baleares, Illes	1,253***	0,000
Canarias	1,133***	0,000
Cantabria	0,959***	0,000
Castilla-La Mancha	1,189***	0,000
Castilla y León	1,020***	0,004
Cataluña	1,337***	0,000
Comunitat Valenciana	1,046***	0,000
Extremadura	0,952***	0,000
Galicia	0,895***	0,000
Madrid, Comunidad de	1,267***	0,000
Navarra, Comunidad Foral de	1,326***	0,000
País Vasco	1,097***	0,000
Rioja, La	1,142***	0,000

Fuente: AIReF a partir de los microdatos de episodios de IT de INCA.

Nota: Los valores en verde corresponden a *hazard ratios* (HR) superiores a 1, lo que implica un mayor riesgo instantáneo de alta en comparación con el grupo de referencia, excluidas el resto de variables. Los valores en rojo indican HR inferiores a 1, asociados a un menor riesgo instantáneo de alta en comparación con el grupo de referencia, excluidas el resto de variables. Los asteriscos reflejan el nivel de significatividad estadística de las variables usadas en el modelo: *** p < 0,01; ** p < 0,05; * p < 0,10.

Recuadro 4. La incidencia de las listas de espera en las duraciones de los episodios de incapacidad temporal

Este recuadro explora la relación entre los tiempos de espera en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y las duraciones de la incapacidad temporal (IT), con el objetivo de contrastar si las dilaciones en la asistencia sanitaria pueden resultar un factor de demora en el alta de los episodios de IT. El análisis de los tiempos de espera abarca el acceso tanto a las consultas de especialidades como a las intervenciones quirúrgicas, examinando su evolución entre 2017 y 2024. Además, se comparan las distintas especialidades clínicas y comunidades autónomas. No obstante, para enmarcar la importancia en términos agregados de este fenómeno, debe destacarse que en 2024 el 66,7 % de las IT presentan tiempos inferiores a 15 días, en los que, en pocos casos, habrá tenido lugar una interconsulta con un especialista o una prueba diagnóstica. Por consiguiente, la potencial afectación de las listas de espera se circunscribiría especialmente al 33,3% de los episodios de IT.

Las listas de espera suponen uno de los principales retos del SNS. A junio de 2024, el tiempo medio para cirugía era de 121 días, y de 94 días para una primera consulta especializada. El tiempo medio de espera quirúrgica registra un incremento acumulado del 16 % respecto al primer semestre de 2017 y una cifra récord en la serie histórica, con un 20,5 % de pacientes con espera superior a seis meses. Estas demoras son especialmente acusadas en cirugía plástica (236 días), neurocirugía (198 días) y angiología (148 días). Por otra parte, las esperas para consultas de atención especializada se sitúan por encima de las cifras previas a la pandemia (81 días en junio de 2019). Las especialidades con mayores demoras en consulta son neurología (125 días), dermatología (118 días) y traumatología (101 días).

La evidencia internacional plantea que las demoras en el acceso a la atención sanitaria pueden tener consecuencias más allá del ámbito clínico, afectando a la recuperación funcional y la reincorporación laboral. En Noruega, Godøy et al. (2017) estiman que cada diez días adicionales de espera para una cirugía ortopédica incrementan en 2,6 días la duración total de la baja laboral⁴³. En un estudio posterior con un diseño similar, Godøy et al. (2019) confirman y amplían estos resultados, mostrando que los mayores tiempos de espera quirúrgica incrementan la ausencia laboral por motivos de salud en 8,7 días acumulados durante los cinco años siguientes, así como un aumento del 0,4 % en la probabilidad de recibir pensión por incapacidad permanente⁴⁴.

Las deficiencias en los datos del Sistema de Información sobre Listas de Espera del SNS (SISLE-SNS) han limitado la profundidad y calidad de este análisis.

El SISLE-SNS constituye la fuente oficial del Ministerio de Sanidad para el seguimiento de los tiempos de espera en la atención especializada en España. Este sistema publica información semestral sobre los tiempos medios de espera y el número de pacientes en lista para consultas de especialidades e intervenciones quirúrgicas, sin que existan datos sobre listas de espera de consultas de atención primaria ni de pruebas diagnósticas. Los datos se presentan de forma agregada por comunidad autónoma y especialidad médica. Esta limitada desagregación ha imposibilitado realizar un análisis granular (a nivel de episodio clínico, paciente o facultativo). Además, la publicación de esta estadística se realiza en formato PDF. No existen ficheros abiertos tratables disponibles para su descarga y análisis. Estas deficiencias han limitado la profundidad y calidad del estudio. En primer lugar, la extracción de los datos disponibles ha requerido emplear técnicas de reconocimiento óptico de caracteres (OCR) para su tratamiento y sistematización. En segundo lugar, los microdatos de los episodios de IT se han tenido que agregar para poder compararlos con las series disponibles de listas de espera.

El análisis de este recuadro se centra en el cálculo y la visualización de las correlaciones entre los tiempos de espera y las duraciones promedio de los episodios de IT superiores a 15 días.

Se parte del cruce entre la base de datos de IT (INCA) y las tablas de tiempos de espera obtenidas del SISLE-SNS. Para ello, la AIReF ha desarrollado un procedimiento de mapeo que vincula cada episodio de IT, codificado según su CIE-10, con las especialidades médicas o quirúrgicas disponibles en los datos publicados en el SISLE-SNS. Como resultado se desglosan diez especialidades de consulta y 14 de cirugía. A continuación, se obtienen los promedios por especialidad y comunidad autónoma de las duraciones de las IT finalizadas en cada semestre. Con el objetivo de incluir en el análisis los episodios de IT que presumiblemente pudieran verse afectados por las listas de espera, se descartan aquellos de duración inferior a los 15 días. Una vez conformada esta base de datos a nivel agregado (por semestre,

⁴³ Godøy, A., Haaland, V. F., Huitfeldt, I., & Votruba, M. (2017). Waiting for Surgery: Effects on Health and Labor Supply.

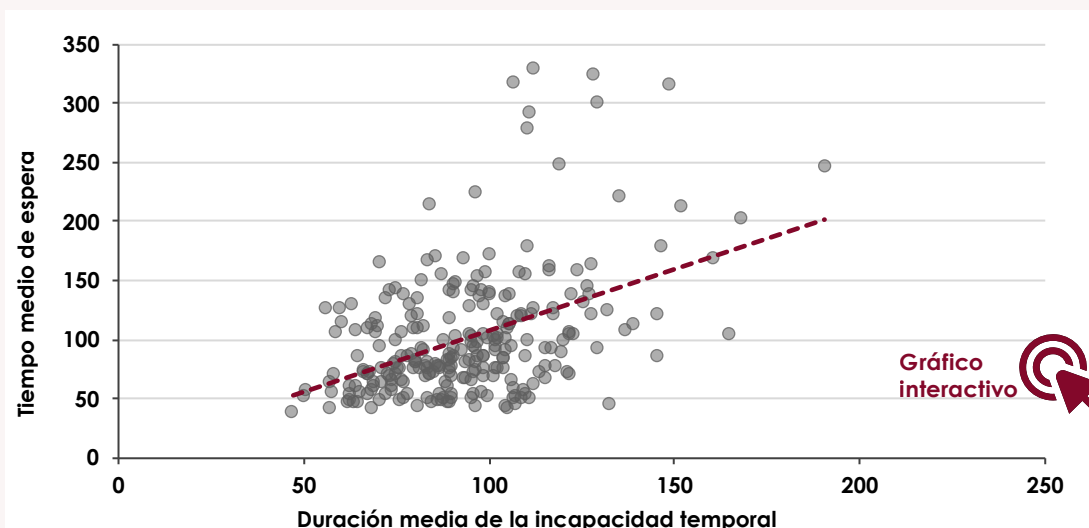
⁴⁴ Anna Godøy, Venke Furre Haaland, Ingrid Huitfeldt, and Mark Votruba. (2019). "Impacts of Hospital Wait Time on Health and Labor Supply". IRLE Working Paper No. 105-17. <https://irle.berkeley.edu/files/2019/11/Impacts-of-Hospital-Wait-Time-on-Health-and-Labor-Supply.pdf>

especialidad y comunidad autónoma), se han calculado los coeficientes de correlación de Pearson entre los tiempos medios de espera y las duraciones medias de la IT, y se han elaborado diversos gráficos de nube de puntos.

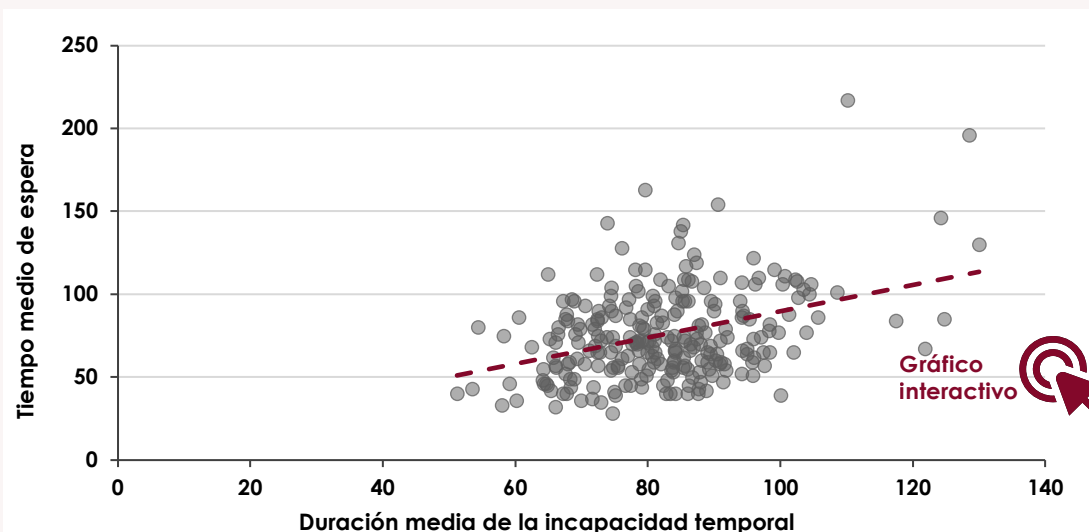
Se observa una correlación positiva entre la duración de la IT y el tiempo de espera para cirugías (gráfico re_4.1). El eje de abscisas del gráfico re_4.1 representa la duración promedio de los episodios de IT, mientras que el eje de ordenadas recoge el tiempo de espera promedio. Cada punto del diagrama de dispersión es un semestre entre 2017 y 2024 para una determinada comunidad autónoma. El gráfico incluye, además, una línea de ajuste lineal a la nube de puntos y el dato del coeficiente de correlación entre ambos indicadores. Asimismo, se puede seleccionar la especialidad médica cuyos resultados se quieren visualizar. Se observa que los mayores tiempos de espera quirúrgica guardan una correlación positiva con la duración de las incapacidades temporales, aunque la relación varía según la especialidad clínica. En especialidades como angiología, oftalmología o cirugía maxilofacial, en las que la intervención quirúrgica constituye con frecuencia un paso decisivo en la resolución del proceso clínico, se observa una tendencia positiva. En cambio, en otras especialidades con cirugías más programables o de carácter electivo, la dispersión de los puntos sugiere una ausencia de patrón claro, lo que indica que los retrasos quirúrgicos no siempre se correlacionan con bajas más prolongadas.

GRÁFICO RE_4.1. RELACIÓN ENTRE LOS TIEMPOS DE ESPERA QUIRÚRGICOS Y LA DURACIÓN MEDIA DE IT. 2017-2024

PANEL A. ANGIOLOGÍA



PANEL B. OFTALMOLOGÍA



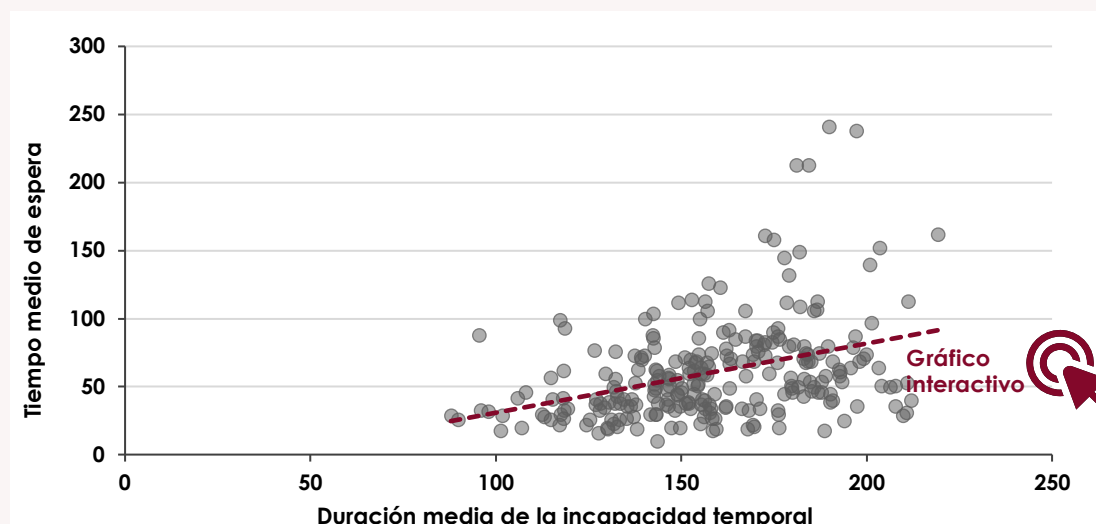
Fuente: AIReF a partir de INCA y SISLE-SNS.

En el ámbito de las consultas de especialidades, la relación entre los tiempos medios de espera y la duración media de la IT también es positiva, pero más débil y heterogénea que en las cirugías (gráfico re_4.2). En disciplinas como neurología, aparato digestivo o traumatología, en las que la evaluación especializada puede ser un paso clave para confirmar el diagnóstico o definir el tratamiento, se observa una asociación positiva: a mayores tiempos de espera, se observan duraciones más largas de la IT. En cambio, en especialidades

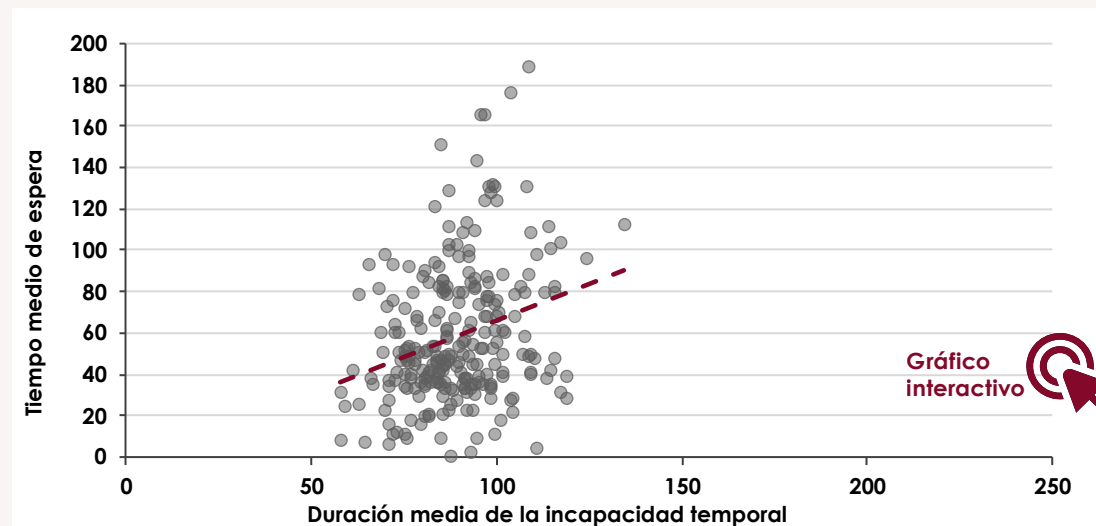
con menor dependencia para la reincorporación como consultas de cirugía general, dermatología o ginecología, la dispersión de los puntos refleja falta de correlación.

GRÁFICO RE_4.2. RELACIÓN ENTRE LOS TIEMPOS DE ESPERA PARA CONSULTAS EXTERNAS Y LA DURACIÓN MEDIA DE IT. 2017-2024

PANEL A. NEUROLOGÍA



PANEL B. APARATO DIGESTIVO



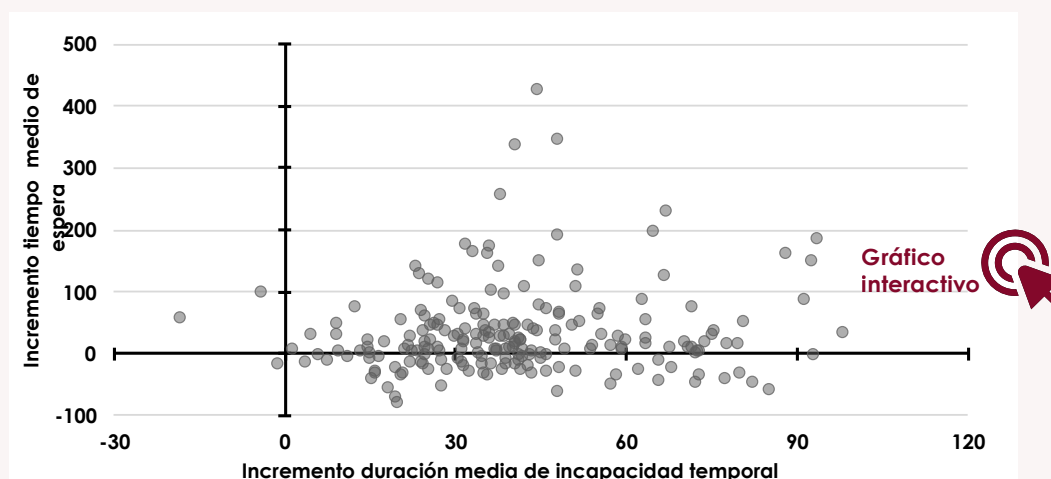
Fuente: AIREF a partir de INCA y SISLE-SNS.

Los resultados son similares cuando se realiza el análisis desde una perspectiva complementaria. En concreto, entre 2017 y 2024, la mayoría de las comunidades autónomas registran un aumento tanto en los tiempos de espera como en la duración media de los procesos de IT (gráfico re_4.3). El gráfico re_4.3 representa en el eje de abscisas el crecimiento acumulado, entre el primer semestre de 2017 y el primer semestre de 2024, de la duración

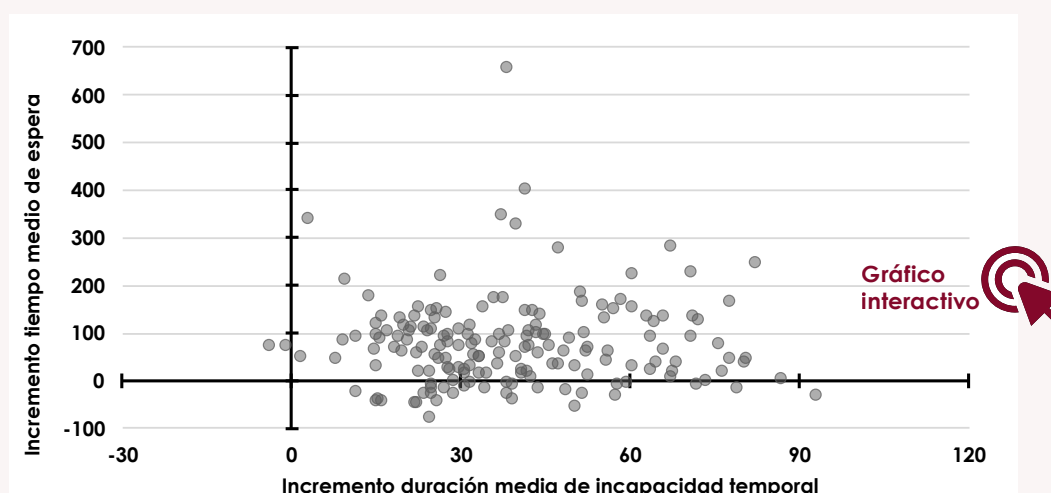
promedio de los episodios de IT. En el eje de ordenadas se grafica la misma variación para el indicador de los tiempos de espera. En este gráfico interactivo también es posible seleccionar la especialidad clínica, representando cada punto una comunidad autónoma diferente. Así, los puntos que se sitúan en el primer cuadrante del plano son las comunidades autónomas cuyo crecimiento acumulado de ambos indicadores ha sido positivo entre 2017 y 2024. Los resultados evidencian que, en todas las especialidades de cirugía y consulta, la mayoría de las comunidades autónomas se sitúan en el primer cuadrante del plano, es decir, en el periodo completo registran crecimientos positivos tanto de los tiempos de espera como de las duraciones de los episodios de IT.

GRÁFICO RE_4.3. CRECIMIENTO DE TIEMPOS DE ESPERA VS. DURACIÓN MEDIA DE IT. 2017-2024

PANEL A. ESPECIALIDADES DE CIRUGÍA



PANEL B. ESPECIALIDADES DE CONSULTA



Fuente: AIReF a partir de INCA y SISLE-SNS.

En conclusión, este recuadro evidencia la correlación entre los promedios de tiempos de espera y las duraciones de la IT. No obstante, el resultado debe ponerse en relación con la menor proporción relativa de los episodios de IT que podrían verse afectados por esta demora y debe tomarse con cautela, dada la escasa calidad de los datos disponibles sobre listas de espera. Los análisis realizados muestran que, por lo general, los incrementos de los tiempos de espera para cirugías y consultas coexisten con aumentos de las duraciones de IT. Sin embargo, la agregación de los datos disponibles de listas de espera ha impedido llevar a cabo un análisis más granular y con la aplicación de las metodologías microeconómicas más adecuadas. Por consiguiente, los resultados deben tomarse como una mera constatación de correlación, sin poder inferirse que los incrementos de las listas de espera sean la causa de una mayor duración de los episodios de IT. Además, incluso de haberse podido obtener evidencia robusta, conviene recordar que la mayor parte de los episodios de IT presentan duraciones cortas, por lo que no serían susceptibles de experimentar demoras derivadas de las listas de espera por interconsulta o cirugías pendientes.

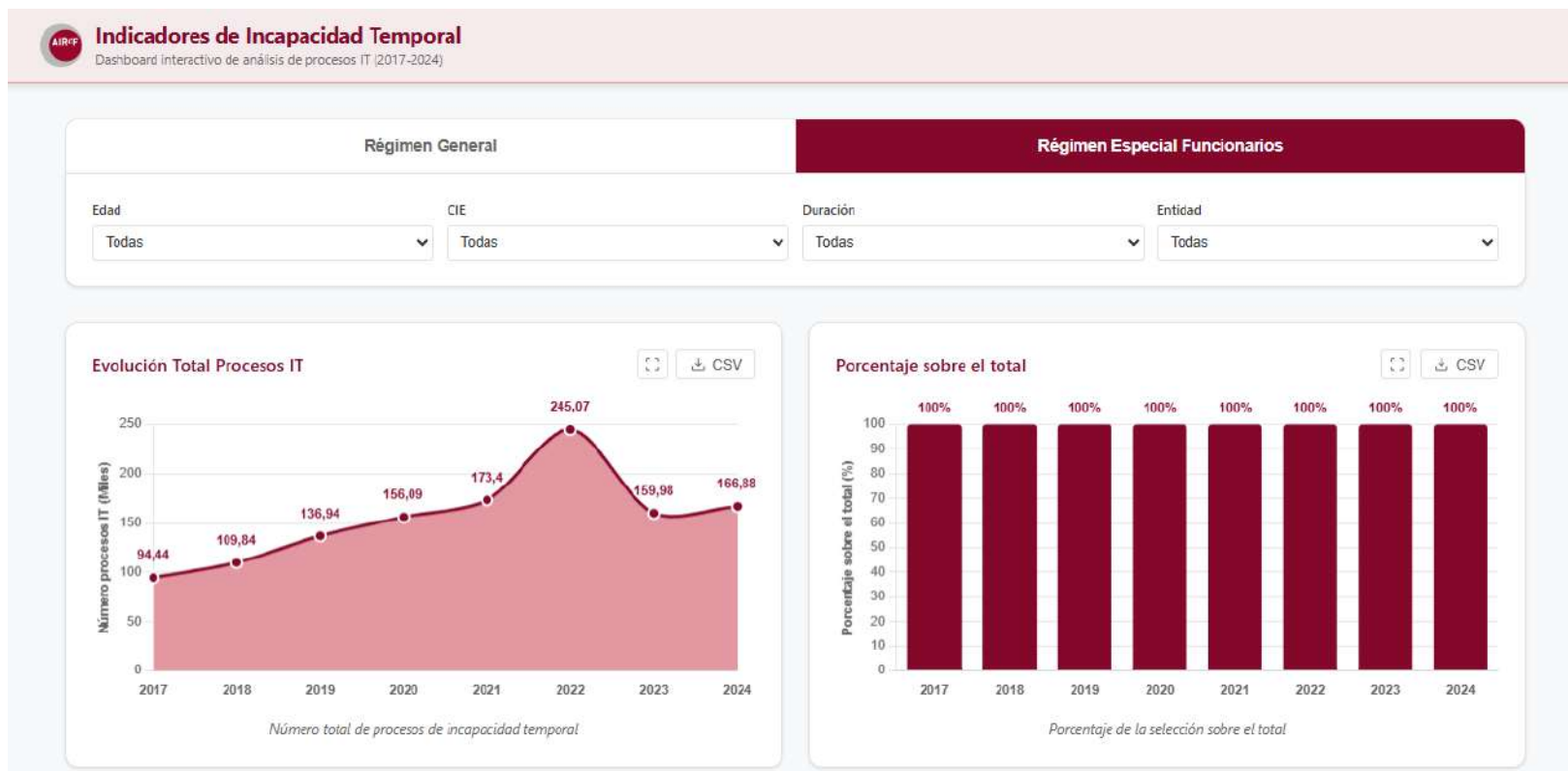
2.2.5. La incapacidad temporal en el régimen especial de funcionarios civiles del Estado

La herramienta interactiva desarrollada por la AIREF para visualizar la evolución de la incapacidad temporal entre 2017 y 2024 incluye un apartado diferenciado para el colectivo de los mutualistas de Muface, categorizados según su edad, grupo CIE de diagnóstico, tramo de duración de la IT y modalidad de provisión sanitaria (cuadro 17). El análisis de esta sección se ha realizado con los microdatos proporcionados por Muface sobre todos los episodios de IT iniciados entre 2017 y 2024 en el colectivo de mutualistas. De forma análoga a la presentada en la sección 2.2.1, la herramienta ofrece tres indicadores: el número de episodios de IT y lo que representan sobre el total, la incidencia (número de casos iniciados por cada 1.000 mutualistas de Muface) y la duración promedio de los procesos. Para los dos primeros indicadores, la evolución se representa según el año de inicio de la IT. Para el cálculo de la duración promedio, se utiliza el año de su finalización. La herramienta permite seleccionar y visualizar la evolución de estos indicadores en 240 grupos de mutualistas, definidos por las siguientes variables: edad, grupo CIE de diagnóstico, tramo de duración de la IT y modalidad de provisión sanitaria⁴⁵.

⁴⁵ La herramienta elaborada para el colectivo de mutualistas no incluye desagregación por tipo de contingencia dado que la base de datos recogida por Muface no incorpora esta dimensión.

Si bien Muface representa una proporción pequeña en comparación con el número total de episodios del régimen general, ambos sistemas experimentaron un crecimiento similar durante el periodo analizado. En 2024 se registraron 166.884 episodios de IT en Muface, frente a los 9.333.767 episodios en el régimen general, una diferencia que refleja claramente la distinta magnitud de ambos colectivos. En cuanto a las tasas de crecimiento entre 2017 y 2024, Muface aumentó un 76,7 %, mientras que el régimen general lo hizo un 74,8 %, lo que indica que el crecimiento proporcional en el periodo ha sido muy similar en ambos colectivos.

CUADRO 17. HERRAMIENTA INTERACTIVA DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL COLECTIVO DE MUTUALISTAS DE MUFACE



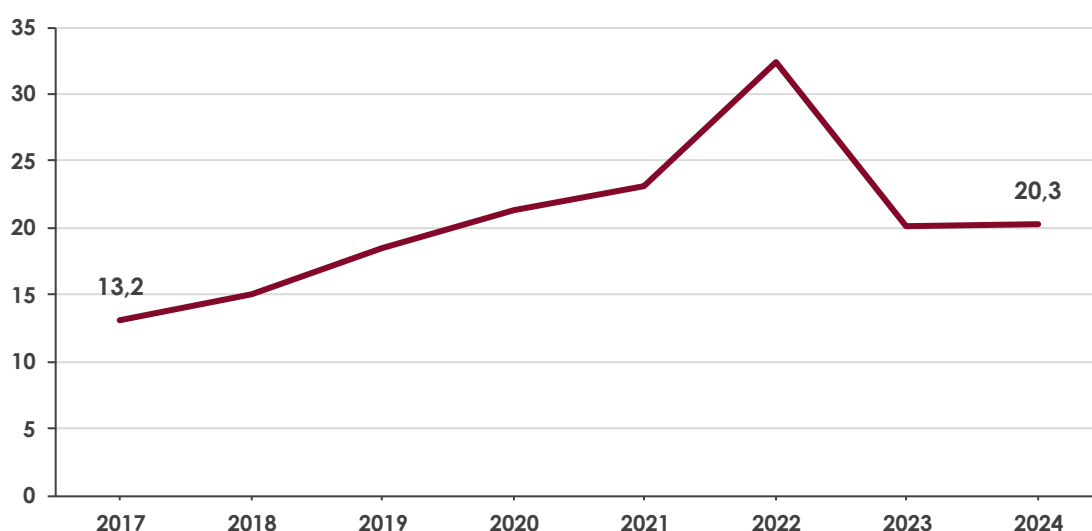
Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Nota: La herramienta no muestra los datos de las categorías que contienen un número reducido de observaciones para preservar la anonimización de los datos.

Gráfico interactivo 

La incidencia de IT en Muface muestra un crecimiento sostenido entre 2017 y 2024, al pasar de 13,2 a 20,3 casos por cada 1.000 mutualistas (gráfico 23). En el periodo entre 2017 y 2022, el crecimiento acumulado es del 146 %. En el año 2022, con la reanudación de la actividad presencial tras la pandemia, se registró un incremento significativo, debido a la convergencia de la reaparición de otras patologías con los procesos asociados a la propia COVID-19. A partir de 2023, en un contexto de normalización, la incidencia vuelve a niveles próximos a la trayectoria previa. La incidencia es inferior a la de los trabajadores en el régimen general: 36,8 casos por cada 1.000 afiliados en 2024 para todas las contingencias y 33,9 en las comunes.

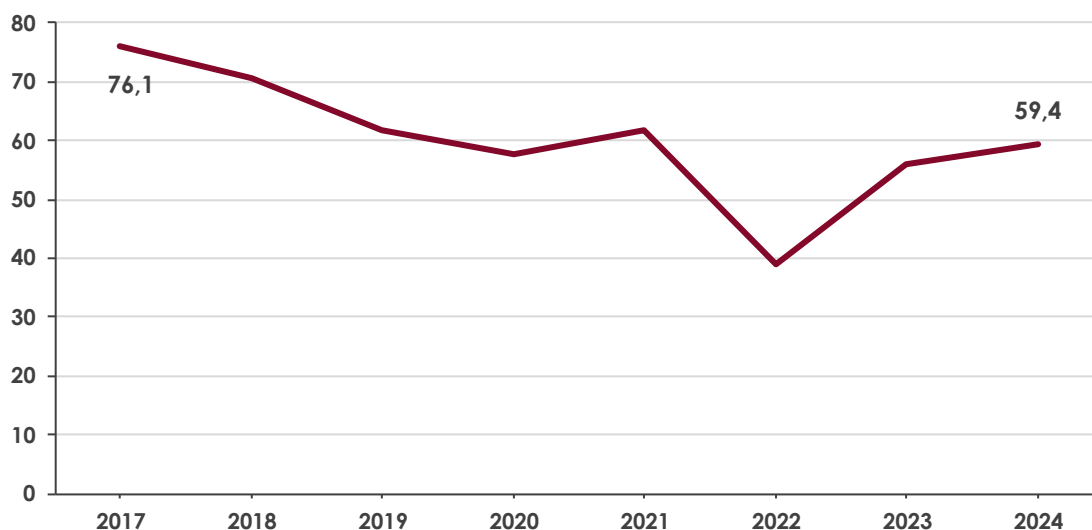
GRÁFICO 23. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT. 2017-2024 (EPISODIOS POR 1.000 MUTUALISTAS). MUFACE



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

En 2024, la duración media de los procesos de IT en el colectivo de Muface fue de 59,4 días, lo que representa una disminución del 22 % en comparación con 2017 (gráfico 24). Cabe destacar que tanto la tendencia como los niveles de la duración promedio en Muface difieren de los observados en el conjunto de trabajadores del régimen general. Si bien la duración media de los procesos es mayor en los funcionarios, esta diferencia ha ido disminuyendo. Concretamente, la duración media en funcionarios ha pasado de 76 días en 2017 a 59 días en 2024, mientras que la duración media en el régimen general ha crecido de 40 a 45,9 días a lo largo del mismo periodo.

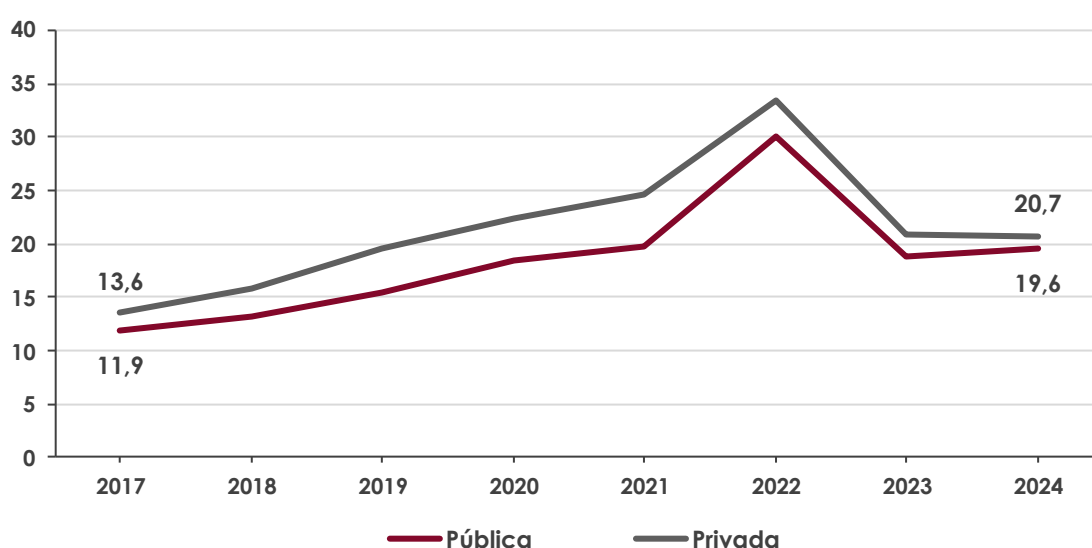
GRÁFICO 24. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA DE LOS EPISODIOS DE IT. 2017-2024 (DÍAS). MUFACE



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Por modalidad de provisión, la opción privada presenta mayor incidencia de IT (gráfico 25). Ambas modalidades de atención sanitaria registran incrementos respecto a 2017: en la provisión pública, la incidencia pasa de 11,9 a 19,6 episodios por 1.000 mutualistas, lo que supone un aumento del 65 %. En la opción privada, se incrementa de 13,6 a 20,7 situaciones de IT por 1.000 mutualistas, un crecimiento del 52 %.

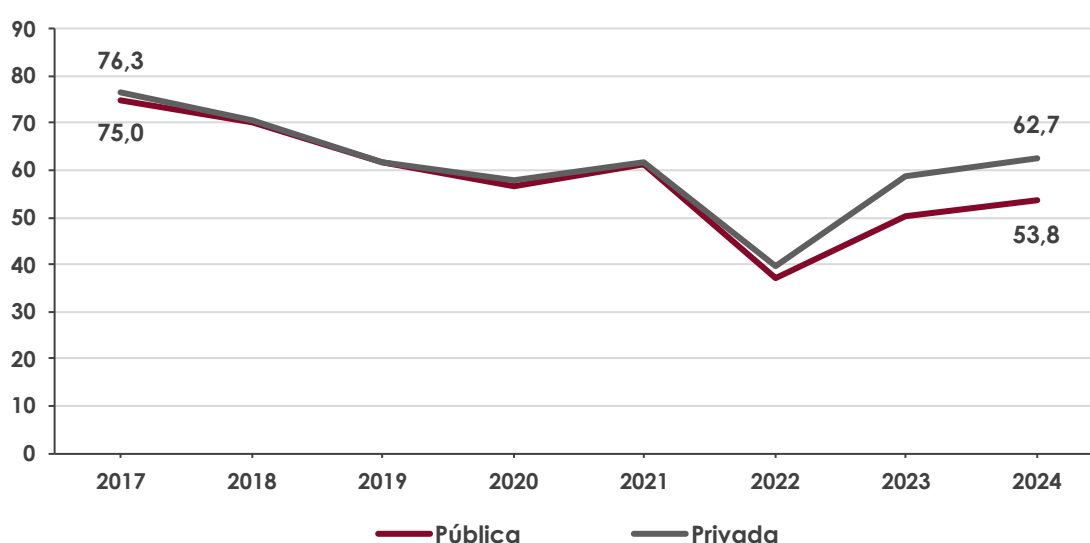
GRÁFICO 25. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT, POR TIPO DE ENTIDAD. 2017-2024 (EPISODIOS POR 1.000 MUTUALISTAS). MUFACE



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

La duración media de los procesos de IT es superior en la opción privada respecto a la pública, y la diferencia se ha ampliado en los últimos años (gráfico 26). En 2024, la duración media se sitúa en 62,7 días para la provisión privada y en 53,8 días para la pública, ampliándose la diferencia entre ambas modalidades en los últimos años. Ambos modelos han experimentado una reducción desde 2017, descendiendo desde valores iniciales próximos a los 75 días: la pública acumula una disminución del 28 % y la privada del 17 %.

GRÁFICO 26. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA DE LA IT, POR TIPO DE ENTIDAD. 2017-2024 (DÍAS). MUFACE

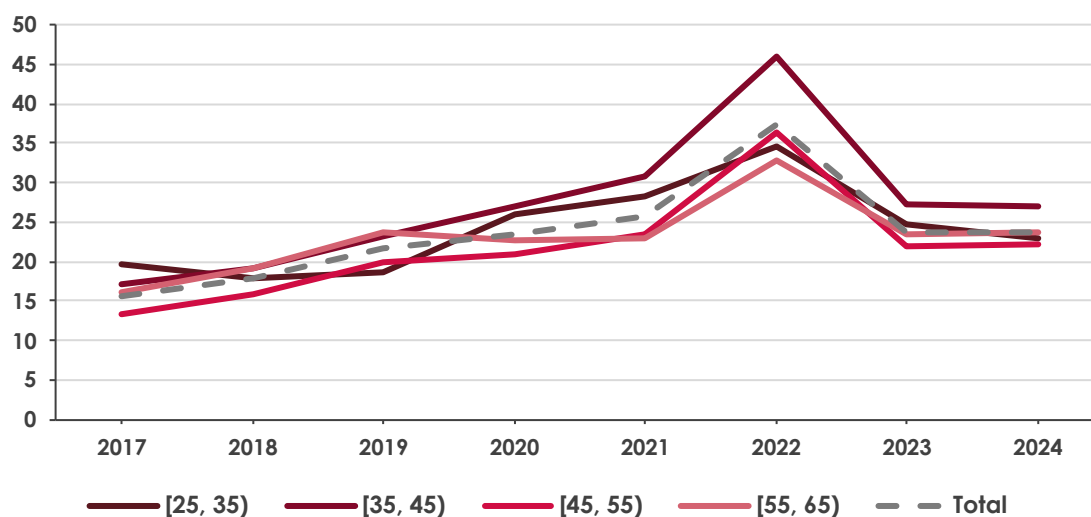


Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

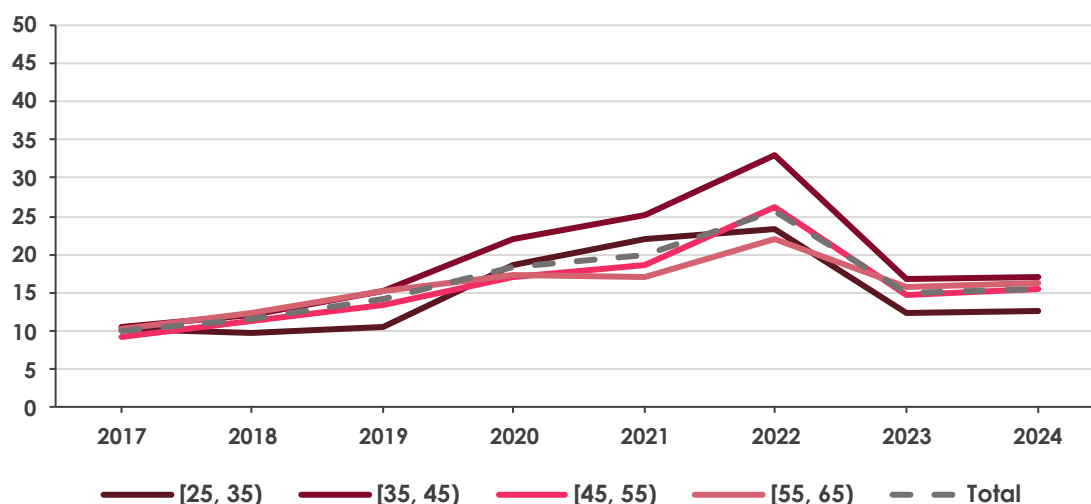
Las mujeres mutualistas registran una mayor incidencia de IT, observándose el nivel más alto en el grupo de 35 a 45 años (27,1). En los varones la incidencia más elevada se alcanza también en el tramo de 35 a 45 años (17,0), seguido del grupo de 55 a 65 años (16,3) (gráfico 27). Todos los grupos etarios muestran una incidencia creciente a lo largo del periodo de estudio. Este patrón es similar al observado en la población del régimen general. En términos de incidencia por grupos etarios, en el régimen general la incidencia observada en 2024 desciende progresivamente con la edad: en mujeres, el máximo se alcanza en el grupo de 16 a 25 años (57,2) y desciende hasta 27,8 en el grupo de mayores de 65 años; en hombres, la tendencia es similar y pasa de 43,5 en los más jóvenes a 14,9 en los mayores de 65, mientras que entre los mutualistas las incidencias más altas en 2024 se observan en edades intermedias.

GRÁFICO 27. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT, POR SEXO Y EDAD.
2017-2024 (EPISODIOS POR 1.000 MUTUALISTAS). MUFACE

PANEL A. MUJERES



PANEL B. HOMBRES



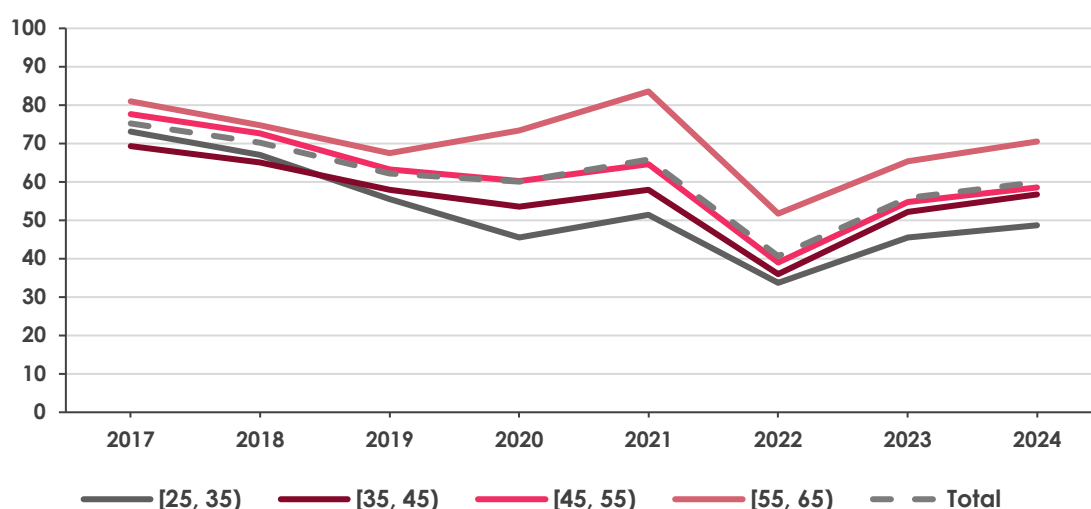
Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

La duración media de los procesos de IT es mayor en los tramos de edad más avanzada y ligeramente superior en las mujeres (gráfico 28). Por sexo, la duración promedio de la IT en 2024 alcanza los 59,9 días en las mujeres y los 58,2 días en los hombres. Estos valores se sitúan, de forma general, por debajo de los niveles de inicio del periodo. Las reducciones más marcadas se observan en los grupos de 25-35 y 45-55 años de ambos sexos. En las mujeres, estos tramos pasan de 73,2 a 48,6 días y de 77,6 a 58,5 días, respectivamente; en los hombres, de 63,8 a 32,1 días y de 81,3 a 58,5 días. Los grupos de mayor edad

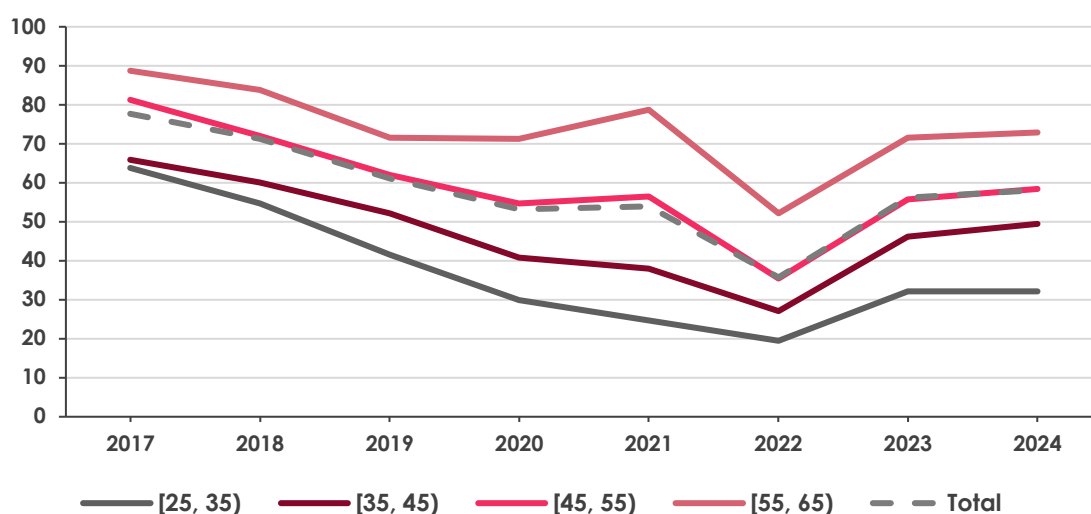
mantienen duraciones más elevadas a lo largo de toda la serie. En conjunto, las mujeres presentan duraciones superiores en la mayoría de los grupos, salvo en el tramo de 55-65 años, en el que los hombres registran las cifras más altas. Estos resultados contrastan con los hallazgos para el régimen general: mientras que entre los funcionarios la duración promedio de todos los grupos de edad ha disminuido a lo largo del periodo, en el régimen general la duración media se ha incrementado en prácticamente todos los grupos.

GRÁFICO 28. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA DE LA IT, POR SEXO Y EDAD. 2017-2024 (DÍAS). MUFACE

PANEL A. MUJERES



PANEL B. HOMBRES

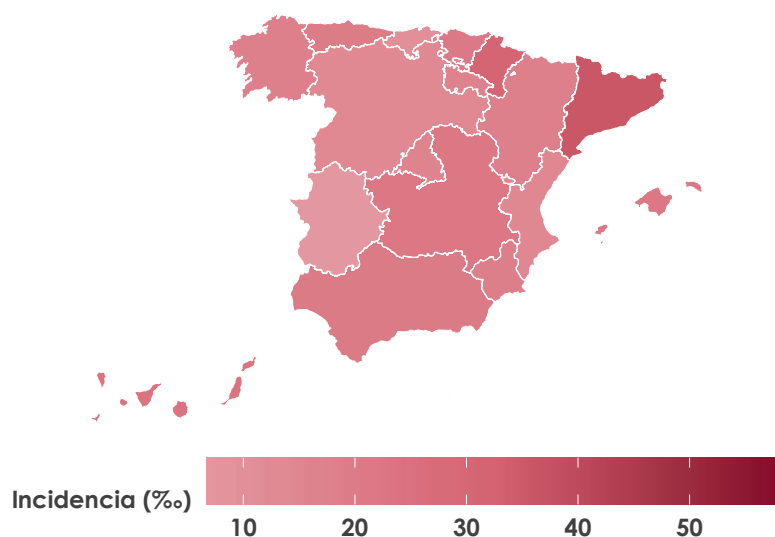


Fuente:AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

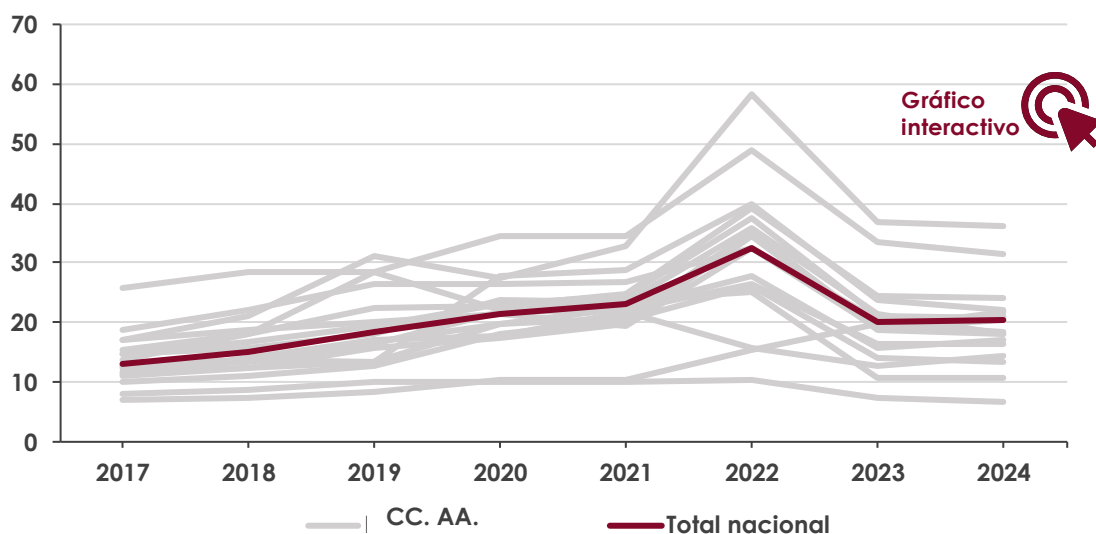
En 2024 Cataluña, la Comunidad Foral de Navarra y Canarias son las comunidades autónomas que registran mayor incidencia de IT en el colectivo de mutualistas de Muface. Desde una perspectiva longitudinal, la Región de Murcia, Cataluña y Castilla-La Mancha registran los crecimientos acumulados más elevados (gráfico 29). Las comunidades autónomas con mayores niveles de incidencia en 2024 son: Cataluña (36,1), la Comunidad Foral de Navarra (31,3) y Canarias (24,1), mientras que Extremadura (6,8), Cantabria (10,8), Melilla (11,8) y Castilla y León (13,5) tienen los menores niveles de incidencia. Los crecimientos acumulados más elevados entre 2017 y 2024 se observan en la Región de Murcia (167%), Cataluña (113%) y Castilla-La Mancha (89%). Extremadura y Cantabria son también las comunidades autónomas con mayor descenso acumulado, de un 16% y un 21%, respectivamente. Aunque, de forma general, los niveles de incidencia y los perfiles de crecimiento por comunidad autónoma difieren de los registrados por los trabajadores en el régimen general, Cataluña y la Comunidad Foral de Navarra presentan los niveles de incidencia de IT más elevados en ambos colectivos.

GRÁFICO 29. INCIDENCIA DE IT POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2017-2024 (EPISODIOS POR 1.000 MUTUALISTAS). MUFACE

PANEL A. TASA DE INCIDENCIA. 2017-2024



PANEL B. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE INCIDENCIA. 2017-2024



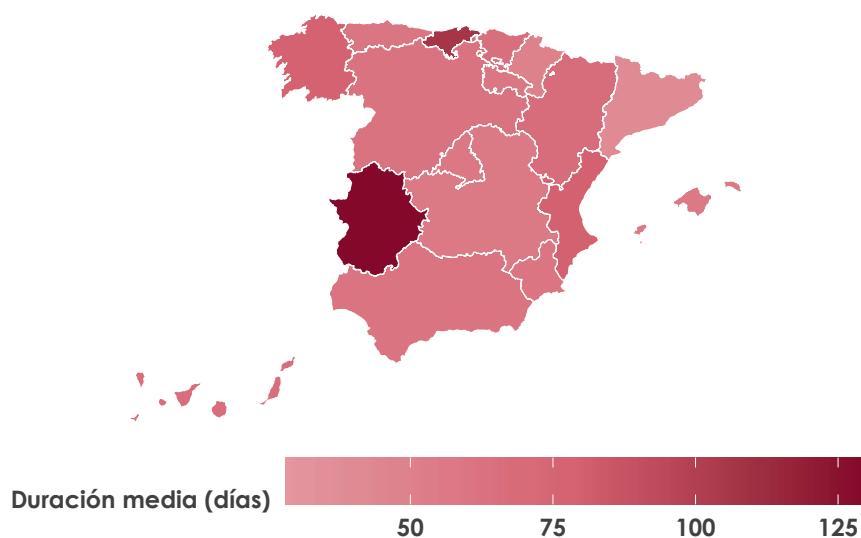
Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Extremadura y Cantabria destacan por registrar las mayores duraciones medias en 2024, con 129 y 107 días, respectivamente. Estos niveles se acompañan de incrementos acumulados en el periodo (24,0% y 52,1%), siendo las únicas dos comunidades, junto con la Comunidad Foral de Navarra, con una evolución creciente en la duración promedio (gráfico 30). En contraste, Melilla (83 días), la Comunitat Valenciana (79,1), Galicia (78,6) y Aragón (69,1) combinan una duración superior a la media con descensos moderados. En el extremo opuesto, Cataluña y la Región de Murcia registran algunas de las duraciones más bajas

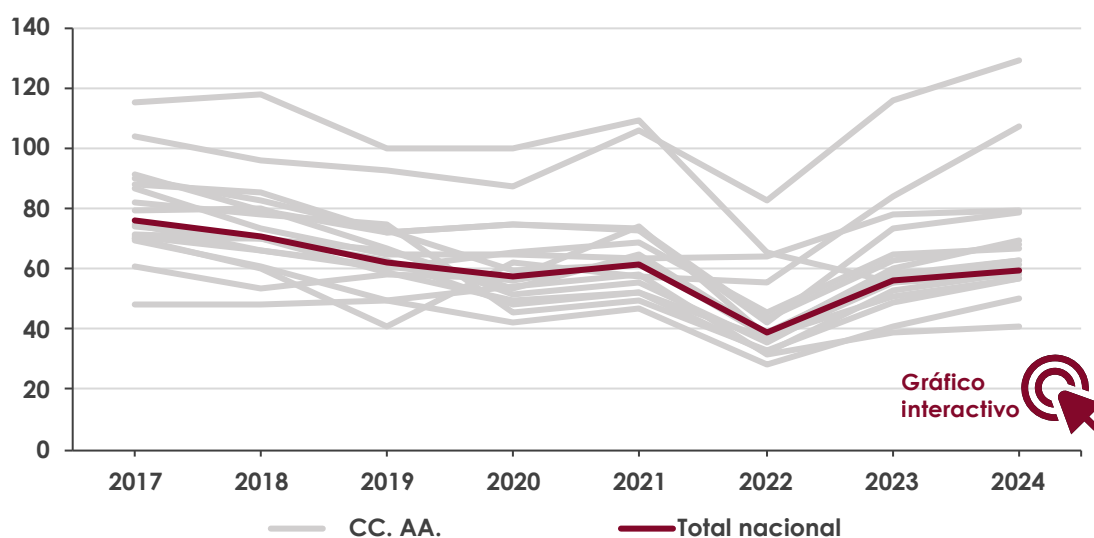
en 2024 (40,7 y 61,5 días, respectivamente), con caídas muy acusadas durante el periodo (-41,2% y -46,8%). En comparación con el régimen general, en el que varias comunidades presentan tanto duraciones elevadas como crecimientos acumulados positivos, en Muface solo tres comunidades registran incrementos en la duración promedio.

GRÁFICO 30. DURACIÓN MEDIA DE LA IT, POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 2017-2024 (DÍAS). MUFACE

PANEL A. DURACIÓN MEDIA. 2017-2024



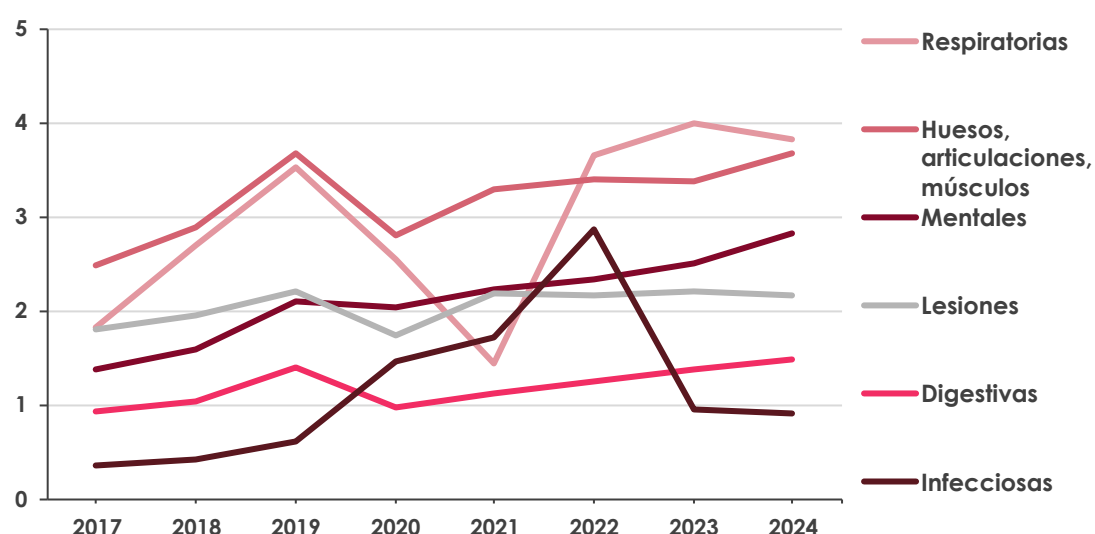
PANEL B. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA. 2017-2024



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Las enfermedades respiratorias y musculoesqueléticas tienen los niveles más elevados de incidencia en 2024: 3,81 y 3,68 casos por 1.000 mutualistas respectivamente. Las enfermedades infecciosas registran el mayor crecimiento entre 2017 y 2024, seguidas de las mentales, ya que pasan de 0,3 a 0,9 y de 1,3 a 2,8 casos por 1.000 mutualistas, respectivamente (gráfico 31). Las enfermedades respiratorias se convierten en la categoría con mayor incidencia en 2024, con 3,81 casos por 1.000, seguidas de las musculoesqueléticas (3,68) y de los trastornos mentales (2,81). Por el contrario, las enfermedades infecciosas, que alcanzaron un máximo en 2022 con 2,85 casos, descienden posteriormente hasta 0,91 casos en 2024. La categoría de otras patologías, que agrupa otros capítulos CIE-10 con menor representatividad individual, pasa de 4,40 a 5,42 casos por 1.000 mutualistas⁴⁶. En Muface, a diferencia del régimen general, el incremento de la incidencia en los trastornos mentales hace que se sitúe como el tercer grupo de afecciones con mayor nivel en 2024. En el régimen general de la Seguridad Social, los trastornos mentales resultan ser uno de los grupos CIE agregados con menor incidencia en 2024.

GRÁFICO 31. EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE IT, POR DIAGNÓSTICO CIE-10. 2017-2024 (EPISODIOS POR 1.000 MUTUALISTAS). MUFACE



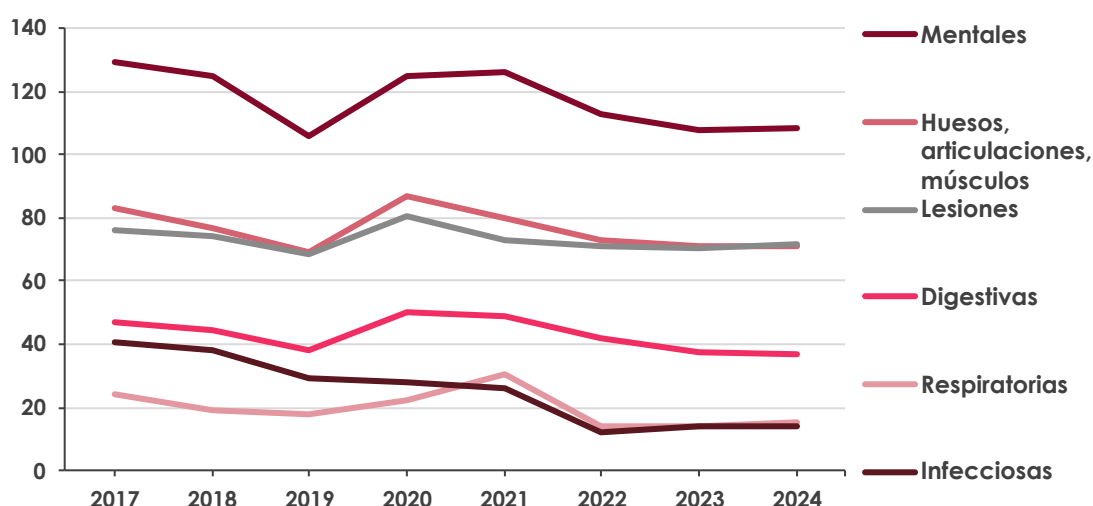
Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Los trastornos mentales representan el grupo de patologías con mayores duraciones medias: 108 días en 2024. Todos los grupos CIE registran una tendencia decreciente en la duración promedio (gráfico 32). Los trastornos

⁴⁶ No se muestra la categoría que engloba el resto de los capítulos CIE-10. Esta categoría agrupa patologías de menor incidencia individual, que por sí solas no superan la incidencia de ninguna de las seis categorías mostradas.

mentales, las lesiones y las enfermedades musculoesqueléticas muestran las mayores duraciones promedio en 2024: 108, 72 y 71 días respectivamente. Si bien la tendencia general es decreciente, la disminución más acusada se observa en las enfermedades infecciosas, cuya duración cae de 40,4 a 14,1 días. Las digestivas y las respiratorias también experimentan reducciones moderadas, hasta situarse en 36,5 y 15,2 días, respectivamente. Los mutualistas presentan un patrón distinto al de la población general, en el que se aprecia un aumento en la duración de los trastornos mentales, las patologías musculoesqueléticas y las lesiones. El colectivo de Muface se caracteriza por una reducción generalizada de las duraciones.

GRÁFICO 32. EVOLUCIÓN DE LA DURACIÓN MEDIA DE LA IT, POR DIAGNÓSTICO CIE-10. 2017-2024 (DÍAS). MUFACE



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

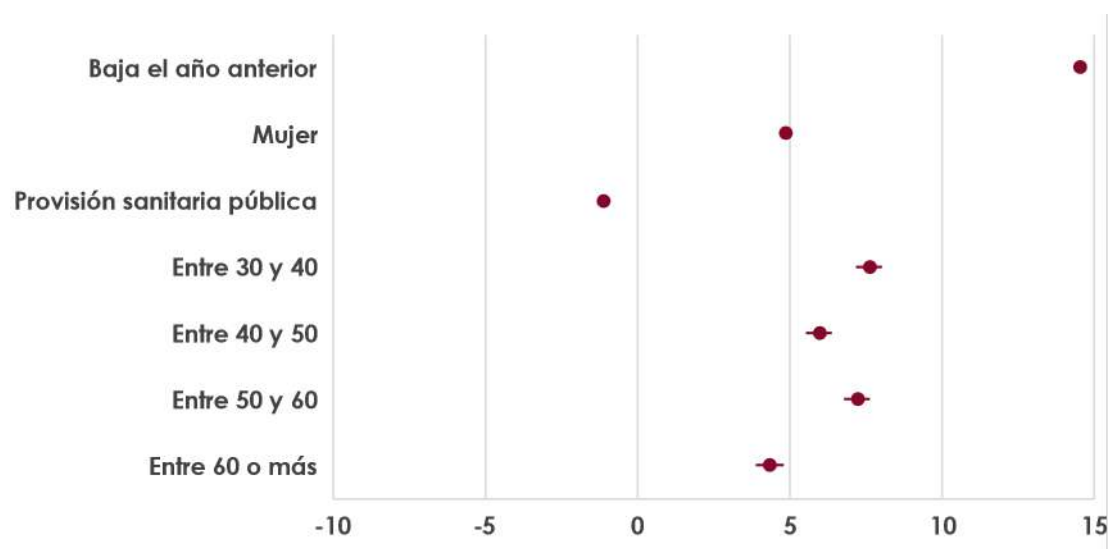
2.2.5.1. Factores relacionados con la probabilidad de incapacidad temporal en funcionarios

Al igual que en la sección relativa al régimen general, se han estimado modelos probit para identificar las características individuales y del puesto de trabajo relacionadas con tener un episodio de IT por parte de los mutualistas de Muface en 2024. Estos modelos utilizan como variable dependiente el hecho de si la persona ha tenido al menos un episodio de IT durante el año, incorporando además factores vinculados a su situación laboral y a su historial reciente de IT. En concreto, entre las variables explicativas incluidas en el modelo, se encuentran el haber tenido un episodio de IT el año anterior, el sexo, la edad, el cuerpo funcional y grupo al que pertenece el mutualista, la entidad sanitaria elegida (pública o privada) y la comunidad autónoma de residencia.

El análisis de los efectos marginales muestra que, manteniendo constantes el resto de las variables, el factor que más influye en la probabilidad de iniciar una IT en 2024 es haber tenido un episodio en el año previo (gráfico 33). En concreto, los mutualistas con una IT en 2023 presentan una probabilidad de volver a iniciar un nuevo episodio en 2024 un 91 % superior a la de quienes no la tuvieron (14,5 p. p. más que la probabilidad media estimada de quienes no iniciaron una IT en 2023, el 15,8 %).

Las mujeres mutualistas presentan una probabilidad de tener episodios de IT superior a la de los hombres. Entre las características individuales mostradas en el gráfico 33, el sexo destaca como uno de los determinantes más relevantes: las mujeres muestran una probabilidad de IT un 31 % mayor que los hombres (aproximadamente 5 p. p. más que la probabilidad media estimada de los hombres, el 16 %). Con respecto a la edad, comparando con el grupo de mutualistas más jóvenes, los tramos de edad posteriores presentan una probabilidad significativamente superior de iniciar una IT en 2024. La diferencia alcanza su valor máximo de 30 a 40 años, cuya probabilidad de IT es 59,8 % más alta que la del grupo de menores de 30 (7,6 p. p. más que la probabilidad media estimada para esta categoría base, el 12,7 %), seguida por los tramos de 40 a 50 años (47 % o 6 p. p. más) y de 50 a 60 años (56 % o 7,2 p. p. más). En el grupo de 60 años o más, el incremento relativo se atenúa, con una probabilidad de un 31,4 % mayor (4 p. p.) que la del grupo de referencia.

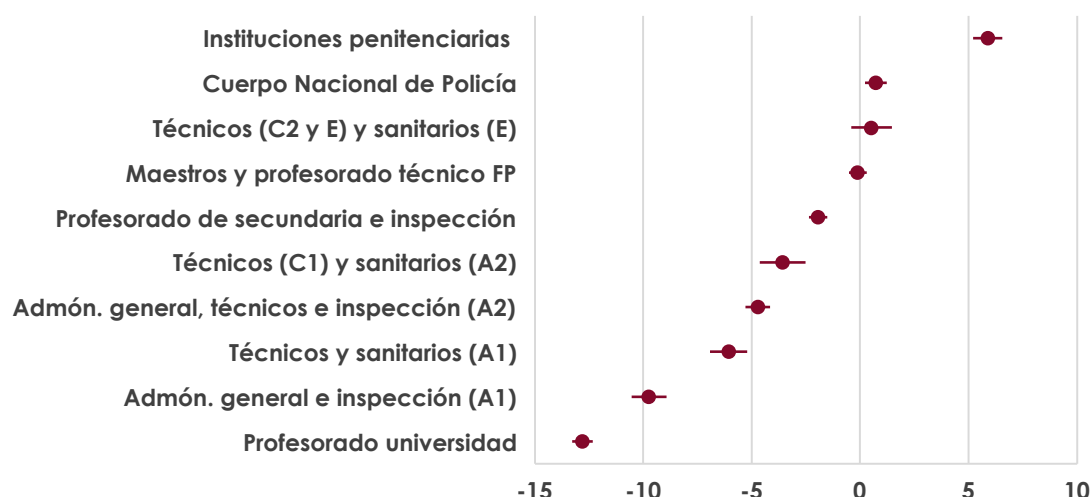
GRÁFICO 33. EFECTOS MEDIOS MARGINALES DE ESTIMACIÓN PROBIT PARA LA PROBABILIDAD DE IT EN MUTUALISTAS. 2024. COEFICIENTES DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Las probabilidades de IT entre cuerpos funcionariales muestran heterogeneidad (gráfico 34). En comparación con el grupo de referencia (Administración general, grupos C1, C2 y E), destacan los funcionarios de instituciones penitenciarias y policías, con una probabilidad un 28,9 % y un 3,4 % superior (5,9 y 0,7 p. p más respectivamente que la probabilidad media estimada del grupo de referencia, el 20,4 %). En contraste, el resto de los cuerpos muestran una probabilidad significativamente menor de iniciar una IT, como el profesorado universitario, con una reducción del 62,7 % (12,8 p. p. menos que la probabilidad estimada de la categoría base), seguido por los cuerpos de la Administración general (A1).

GRÁFICO 34. EFECTOS MEDIOS MARGINALES DE ESTIMACIÓN PROBIT PARA LA PROBABILIDAD DE IT EN MUTUALISTAS. 2024. COEFICIENTES POR CUERPO-GRUPO FUNCIONARIAL



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Al estimar la probabilidad de IT asociada a los principales grupos CIE, se repiten los perfiles con mayor probabilidad de IT: personas con algún episodio de IT el año anterior y fundamentalmente mujeres (cuadro 18). En todas las categorías estudiadas, la variable con mayor capacidad explicativa es haber iniciado una IT en el año previo. También se aprecia una influencia destacada del sexo: las mujeres presentan mayores probabilidades de IT en la mayoría de los grupos diagnósticos, salvo en las patologías digestivas. La edad introduce diferencias específicas según el tipo de enfermedad. Para los procesos de origen musculoesquelético, las mayores probabilidades se concentran en los tramos de 30 a 40 años, mientras que en las enfermedades digestivas y mentales los valores más elevados se sitúan en edades posteriores, entre 50 y 60 años. Para los procesos infecciosos y respiratorios no se identifica un tramo etario cuyo efecto marginal sea estadísticamente significativo. En la mayoría

de los grupos diagnósticos, la probabilidad de IT es mayor entre mutualistas adscritos a entidades de provisión sanitaria privadas, excepto en enfermedades infecciosas. En cuanto al cuerpo funcional, el de instituciones penitenciarias concentra la mayor probabilidad relativa de IT en la mayoría de los grupos diagnósticos, con la excepción de las patologías mentales y de los procesos respiratorios, que tienen mayor probabilidad entre el profesorado.

CUADRO 18. DESGLOSE DE LOS PERFILES DE MUTUALISTAS CON MAYOR PROBABILIDAD DE IT POR GRUPO CIE. MUFACE

Característ.	Todas las IT	Digestivas	Huesos	Infecciosa	Mentales	Respiratorias
Sexo	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer
Edad	30 - 40 años	50 - 60 años	30 - 40 años	-	50-60 años	-
Tipo de entidad	Privada	-	Privada	Pública	Privada	Privada
Cuerpo funcional	Instituciones penitenciarias	Instituciones penitenciarias	Instituciones penitenciarias	-	Maestros y profesorado técnico FP	Profesorado secundaria e inspección
IT año previo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Nota: Las celdas vacías indican que el efecto marginal estimado no resultó estadísticamente significativo al 95 %.

2.2.5.2. Duraciones de la incapacidad temporal en los funcionarios

El análisis de las duraciones de los episodios de IT entre mutualistas de Muface muestra una distribución concentrada en procesos cortos, aunque en menor medida de lo observado en los trabajadores del régimen general (gráfico 35). La distribución acumulada indica que alrededor del 45% de los episodios iniciados en 2024 finalizaron antes de los 15 días y en torno al 30% continúan abiertos en el día 60. El panel A evidencia que la distribución de 2024 sigue una dinámica muy similar a la de 2019, concentrando en los mismos tramos los principales saltos (días 1, 3, 8, 15, 30 y 90), pero situándose por encima en todo el rango de duraciones, lo que refleja una reducción de la extensión de los episodios.

El análisis comparado de las distribuciones acumuladas de la duración de los episodios, según el tipo de entidad sanitaria, muestra que los casos atendidos en la provisión privada requieren, en promedio, más días para resolverse que los de la provisión pública (gráfico 35, panel B). Esta diferencia se aprecia

desde los primeros días: mientras que en la provisión pública el 50 % de los procesos de los mutualistas finalizan en 15 días, en la provisión privada este mismo porcentaje no se alcanza hasta más allá de los 20 días.

Las afecciones infecciosas y respiratorias se resuelven generalmente con rapidez, observándose que alrededor del 80 % de los episodios de IT derivados de estas causas se recuperan en un plazo inferior a 15 días. En contraste, los trastornos de salud mental presentan una mayor persistencia, con un porcentaje estimado del 50 % de los episodios aún activos tras 60 días.

GRÁFICO 35. FUNCIÓN DE DISTRIBUCIÓN ACUMULADA DE LAS DURACIONES DE IT EN MUTUALISTAS

PANEL A. DESGLOSE ENTRE 2019 Y 2024

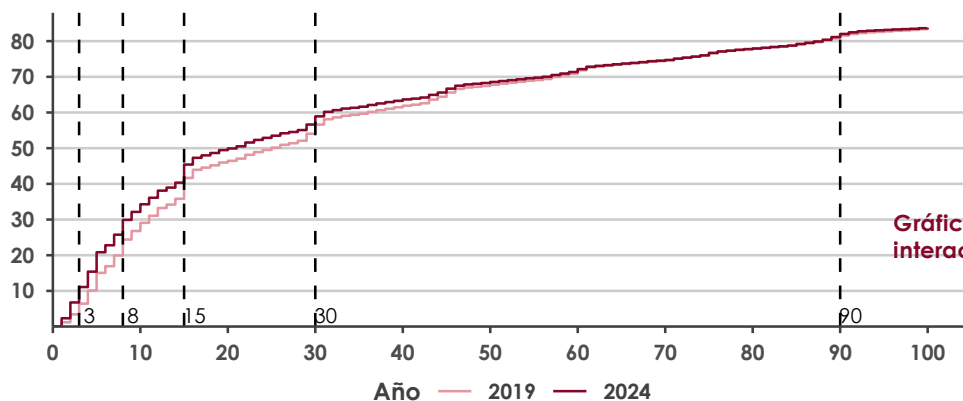


Gráfico interactivo



PANEL B. DESGLOSE POR TIPO DE PROVISIÓN SANITARIA. 2024

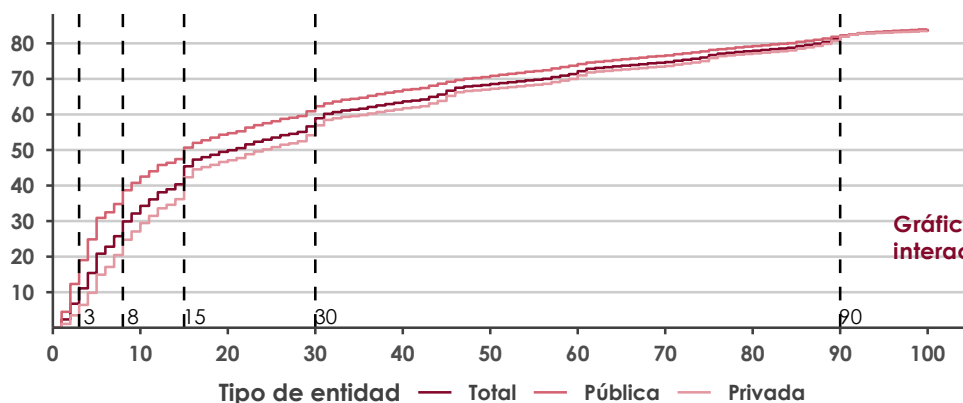


Gráfico interactivo



PANEL C. DESGLOSE POR GRUPO CIE. 2024

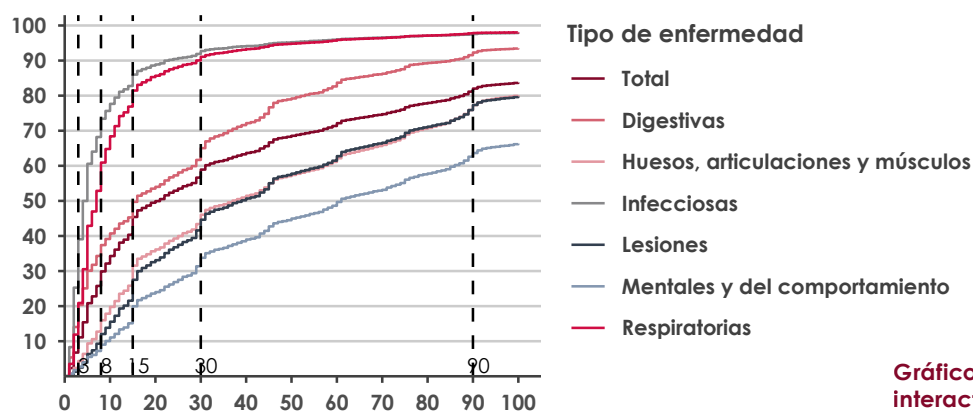


Gráfico interactivo



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

La composición de los episodios de IT en mutualistas de Muface ha cambiado entre 2017 y 2024. Los de 0 a 3 días aumentan su peso relativo, al pasar de algo más del 3 % del total en 2017 al 11 % en 2024 (gráfico 36). También aumentan las IT de 4 a 15 días, que crecen desde el 29 % del total hasta situarse algo por encima del 34 %. El tramo con mayor peso continúa siendo el de 31 a 180 días, cuyo porcentaje desciende desde algo más del 43 % en 2017 hasta alrededor del 33 % en 2024. Por su parte, las IT de más de 365 días mantienen un peso reducido y disminuyen ligeramente, desde el 3,5 % hasta algo más del 2 % en el conjunto del periodo.

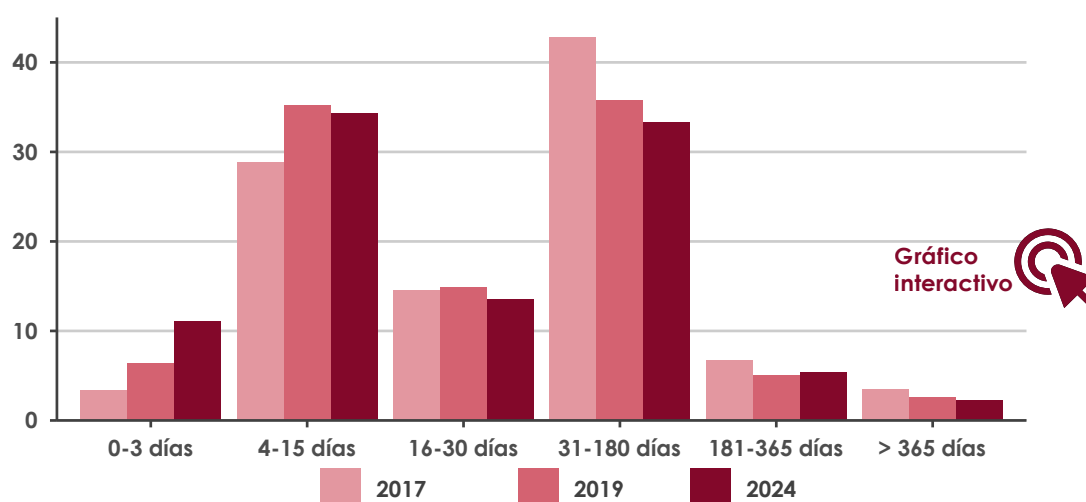
Las patologías infecciosas y respiratorias son las que registran un mayor cambio hacia episodios cortos: en ambas categorías aumenta con fuerza el peso de los episodios de 0 a 3 días. El panel A del gráfico 36 en su versión interactiva permite visualizar el porcentaje de episodios por tramos con respecto al total y sus tasas de crecimiento para los grandes grupos de enfermedades. En las infecciosas, las IT de 0 a 3 días pasan del 9 % en 2017 a algo más del 39 % en 2024, y en las respiratorias lo hacen del 10 % a cerca del 21 %. En paralelo, en ambos grupos las IT de 4 a 15 días se mantienen en 2024 como el tramo mayoritario, con pesos próximos al 47 % en las infecciosas y al 61 % en las respiratorias. Las patologías musculoesqueléticas y mentales mantienen una estructura más desplazada hacia duraciones medias y largas. En el caso de huesos, articulaciones y músculos, aproximadamente la mitad de los episodios se concentran en el tramo de 31 a 180 días (53 % en 2017 y 46 % en 2024), mientras que entre un 5 % y un 7 % corresponden a duraciones de 181 a 365 días. En los trastornos mentales, el peso de los episodios de 31 a 180 días se sitúa igualmente en torno a la mitad del total (50 % en 2017 y 48,5 % en 2024), y los de 181 a 365 días se mantienen por encima del 10 % (14 % y 13 %, respectivamente), siendo estas enfermedades las que concentran mayor proporción de episodios prolongados.

A lo largo del periodo, la provisión pública ha experimentado un aumento de los episodios más cortos, lo que contribuye a una redistribución del peso de los distintos tramos de duración. El panel B del gráfico 36 muestra el peso de cada tramo sobre el total de episodios de IT por tipo de entidad sanitaria de los mutualistas. En la provisión privada, las bajas de 0 a 3 días pasan del 3 % en 2017 a algo más del 6 % en 2024. En paralelo, los episodios de duración media y larga disminuyen, aunque mantienen un peso elevado y relativamente estable: los tramos de 31 a 180 días pasan de en torno al 43 % al 35 %, y los de 181 a 365 días se disminuyen del 7 % al 5 % del total. En contraste, los mutualistas en la provisión pública experimentan un desplazamiento más claro hacia duraciones cortas. Las bajas de 0 a 3 días crecen del 5,5 % al 19 % en 2024, y las de 4 a 15 días se mantienen en torno al 30-32 % del total. Al mismo tiempo,

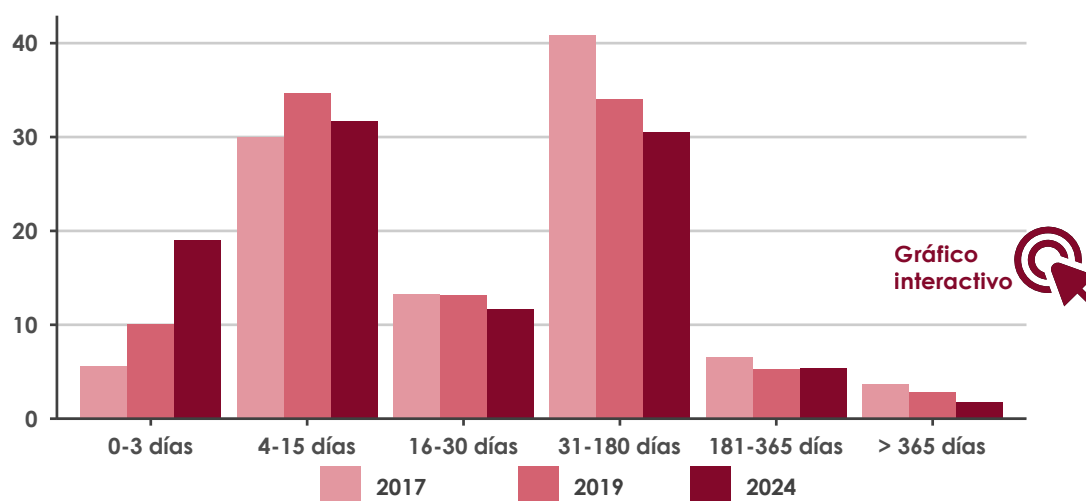
los episodios de 31 a 180 días reducen su peso del 41 % al 30,5%, aunque continúan representando el principal tramo de duración entre las situaciones de incapacidad en mutualistas con provisión sanitaria pública.

GRÁFICO 36. DURACIONES DE LAS IT EN MUTUALISTAS POR TRAMOS

PANEL A. PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE BAJAS POR GRUPO CIE. 2017, 2019 Y 2024



PANEL B. PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE BAJAS. PROVISIÓN PÚBLICA. 2017, 2019 Y 2024



Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Para analizar los factores que influyen en la duración de los episodios de IT entre los mutualistas durante 2024, se ha estimado un modelo de riesgos proporcionales de Cox⁴⁷. Este enfoque permite estudiar cómo distintas características del mutualista o del episodio se asocian con la probabilidad instantánea de que una IT finalice. A partir de esta relación es posible identificar qué variables están vinculadas a una mayor o menor permanencia en la situación de IT, una vez controlado el efecto del resto de factores incluidos en el modelo.

El modelo revela que la duración de los episodios es mayor en los trastornos mentales, las patologías musculoesqueléticas y las lesiones, así como en varios colectivos profesionales, entre ellos el profesorado universitario, los maestros y el profesorado técnico, y el Cuerpo Nacional de Policía (cuadro 19). Las mujeres presentan una probabilidad instantánea de salir de la situación de IT un 4% inferior a la de los hombres ($HR = 0,96$), lo que se traduce en episodios más largos. La duración también aumenta con la edad: los mutualistas de 35 a 45 años presentan un riesgo de alta un 9% inferior ($HR = 0,91$); los de 45 a 55 años, un 14% inferior ($HR = 0,86$), y los de 55 a 65 años, un 24% inferior ($HR = 0,77$). Los profesores universitarios ($HR = 0,77$), maestros y profesorado técnico ($HR = 0,82$) y policías ($HR = 0,86$) muestran reducciones significativas del *hazard ratio*. En cambio, algunos cuerpos como el de Administración general, técnicos e inspección A2 ($HR = 1,09$) y el de técnicos y sanitarios A1 ($HR = 1,11$) presentan *hazard ratios* superiores, que suponen episodios más breves. En relación con el tipo de entidad que les provee la atención sanitaria, se observa que la modalidad pública presenta un riesgo de alta instantánea un 6% mayor que la privada ($HR = 1,06$), lo que sugiere que, una vez controladas las características del mutualista, los episodios asociados a la entidad privada tienden a ser más largos. Por grupos diagnósticos, los episodios vinculados a trastornos mentales ($HR = 0,59$), musculoesqueléticos ($HR = 0,83$) y lesiones ($HR = 0,85$) son relativamente más prolongados. Por el contrario, los episodios por enfermedades infecciosas ($HR = 3,37$) y respiratorias ($HR = 2,81$) muestran riesgos de alta inmediata más elevados. A nivel territorial, Extremadura ($HR = 0,55$), Cantabria ($HR = 0,65$) y Comunitat Valenciana ($HR = 0,83$) presentan *hazard ratios* asociados a episodios de IT más largos, mientras que Cataluña ($HR = 1,42$),

⁴⁷ Existe la posibilidad de optar por modelos lognormal o gamma para modelizar la duración de los episodios de IT que finalizan en 2024. Sin embargo, se ha optado por el modelo de Cox ya que permite aprovechar la información de los episodios de IT censurados (es decir, que a 31 de diciembre de 2024 no hubieran finalizado). El modelo de Cox es por tanto la alternativa metodológica más oportuna para modelizar el proceso temporal (i.e. cómo evoluciona el riesgo de obtener el alta), la inferencia es más eficiente y contiene un menor sesgo derivado del truncamiento de un modelo lognormal o gamma.

Comunidad Foral de Navarra (HR = 1,35) y Castilla-La Mancha (HR = 1,12) muestran riesgos de alta instantánea mayores, con una menor duración esperada.

CUADRO 19. ESTIMACIÓN DEL MODELO DE COX EN MUTUALISTAS. 2024

Características	HR	p-valor
Rojo (HR < 1): menor probabilidad de finalizar la IT / mayor duración del episodio		
Verde (HR > 1): mayor probabilidad de finalizar la IT / menor duración del episodio		
Sexo: mujer	0,959***	0,000
Provisión sanitaria pública	1,059***	0,000
Edad: entre 35 y 45 años	0,914***	0,000
Edad: entre 45 y 55 años	0,860***	0,000
Edad: entre 55 y 65 años	0,765***	0,000
Admón. general e inspección A1	1,031	0,256
Admón. general, técnicos e inspección A2	1,090***	0,000
Cuerpo Nacional de Policía	0,864***	0,000
Instituciones penitenciarias	0,905***	0,000
Maestros y profesorado técnico FP	0,823***	0,000
Profesorado de secundaria e inspección	0,934***	0,000
Profesorado universidad	0,773***	0,000
Técnicos (C1) y sanitarios (A2)	0,884***	0,002
Técnicos (C2 y E) y sanitarios (E)	0,901***	0,000
Técnicos y sanitarios (A1)	1,108***	0,017
Huesos, articulaciones y músculos	0,832***	0,000
Infecciosas	3,374***	0,000
Lesiones	0,852***	0,000
Mentales y del comportamiento	0,593***	0,000
Respiratorias	2,817***	0,000
Digestivas	1,487***	0,000
Aragón	1,009	0,642
Asturias, Principado de	1,066***	0,002
Baleares, Illes	1,045**	0,022
Canarias	1,027	0,060
Cantabria	0,654***	0,000
Castilla-La Mancha	1,159***	0,000
Castilla y León	0,983	0,246
Cataluña	1,418***	0,000
Comunitat Valenciana	0,827***	0,000
Extremadura	0,553***	0,000
Galicia	0,838***	0,000
Madrid, Comunidad de	1,021	0,032
Murcia, Región de	0,948***	0,001
Navarra, Comunidad Foral de	1,347***	0,000
País Vasco	1,116**	0,001
Rioja, La	0,953	0,215

Fuente: AIReF a partir de los datos de situaciones de incapacidad temporal de Muface.

Nota: Los valores en verde corresponden a *hazard ratios* (HR) superiores a 1, lo que implica un mayor riesgo instantáneo de alta. Los valores en rojo indican HR inferiores a 1, asociados a un menor riesgo instantáneo de alta. Los valores en gris identifican efectos no estadísticamente significativos, es decir, diferencias que no permiten concluir que exista un cambio real en el

riesgo de alta. Los asteriscos reflejan el nivel de significatividad estadística: *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$; * $p < 0,10$. Las estimaciones se interpretan en relación con las siguientes categorías de referencia: edad entre 25 y 35 años; Administración general (grupos C1, C2 y E) en el cuerpo funcional; grupo diagnóstico "Otros"; y la comunidad autónoma de Andalucía.

2.3. El impacto causal de las políticas públicas sobre la incapacidad temporal

2.3.1. La importancia de la cuantía de la prestación en la incidencia de la incapacidad temporal. Efectos del Real Decreto 956/2018

El Real Decreto 956/2018 incrementa al 100% el complemento retributivo en las situaciones de incapacidad temporal para todo el personal de la Administración General del Estado y los organismos o entidades públicos dependientes. Esta medida entra en vigor el 28 de julio de 2018 y revierte el régimen que operaba desde julio de 2012 con la aprobación del Real Decreto-ley 20/2012. Antes de la entrada en vigor del Real Decreto 956/2018, los trabajadores del sector público estatal cobraban el 50% de su base reguladora hasta el tercer día de baja, el 75% entre el día 4 y el 20, y el 100% en adelante. Por lo tanto, el Real Decreto 956/2018 supone un incremento de la retribución durante los 20 primeros días de IT para el personal de la Administración General del Estado.

La literatura económica encuentra que el recorte del complemento por IT del Real Decreto-ley 20/2012 reduce la incidencia y los días de ausencia, pero incrementa la duración media de los procesos y las contingencias profesionales (Marie & Vall Castelló, 2023). El ejercicio econométrico (Marie & Vall Castelló, 2023) se realiza con la base de datos del registro administrativo que contiene todos los episodios de IT (INCA) entre 2010 y 2014. En su especificación central, el grupo de tratamiento está conformado por las CNAE con mayor proporción de trabajadores públicos⁴⁸. A partir de la metodología de diferencias en diferencias, estiman el impacto de la medida en un indicador de margen extensivo, otro de margen intensivo y un tercero que incorpora ambas dimensiones. En el margen extensivo, encuentran que el recorte en el complemento retributivo de IT provoca una reducción de la

⁴⁸ Las autoras construyen dos variables de tratamiento. La primera (versión discreta), incluye a los trabajadores en las CNAE con una proporción de trabajadores públicos del 95% o más, mientras que el grupo de control está conformado por trabajadores en las CNAE con menos del 5% de trabajadores públicos. La segunda (versión continua) utiliza la proporción de trabajadores públicos como variable de tratamiento, la cual refleja la intensidad o exposición de cada sector al cambio de régimen.

incidencia de en torno al 30 %. En el margen intensivo, obtienen un impacto de aproximadamente un 30 % más de días de duración de la IT. En el global, la medida provoca un 12 % menos de días en los que el trabajador está ausente como consecuencia de la IT.

La AIReF estima el impacto causal del Real Decreto 956/2018 sobre la probabilidad de IT, la duración promedio y los días ausentes del trabajo, apoyándose en la base de datos INCA cruzada con la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL), ambas del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. A diferencia de (Marie & Vall Castelló, 2023), la base de microdatos INCA de episodios de IT utilizada contiene un identificador anonimizado de persona, que se cruza con la MCVL. Se configura así un panel mensual de personas con episodios laborales entre enero de 2017 y diciembre de 2019⁴⁹. El grupo de tratamiento se compone de las personas empleadas por una Administración pública⁵⁰. Tomando como fecha de aplicación de la medida el tercer trimestre de 2018, se estiman modelos de diferencias en diferencias⁵¹ para cada uno de los tres indicadores de resultado: la probabilidad de iniciar un proceso de IT (margen extensivo), los días de duración de las IT iniciadas (margen intensivo) y los días no trabajados por encontrarse en situación de IT (indicador que incorpora el efecto total o agregado de la política). Adicionalmente, se estiman los efectos sobre otros dos indicadores: el porcentaje de episodios de IT que son recaídas y la probabilidad de iniciar un episodio de IT por contingencia profesional.

En primer lugar, se obtiene que la medida incrementa en torno a un 40 % la probabilidad de iniciar una IT al mes (gráfico 37). El panel A del gráfico 37 representa la evolución en la probabilidad promedio de iniciar un episodio de IT, diferenciando entre el grupo de tratamiento y el grupo de control. Se aprecia un incremento del indicador en el grupo de tratamiento a partir de la aplicación de la medida. Por su parte, el panel B del gráfico 37 muestra

⁴⁹ Para garantizar un perfil estable el panel lo componen las personas que tuvieron episodios de empleo con fecha de inicio anterior a julio de 2018 y fecha de fin posterior a agosto de 2018. El panel trimestral presenta un equilibrio elevado: máximo de 351.410 personas en el tercer trimestre de 2018 (50.199 tratadas y 301.211 controles) y mínimo de 268.625 personas en el primer trimestre de 2017.

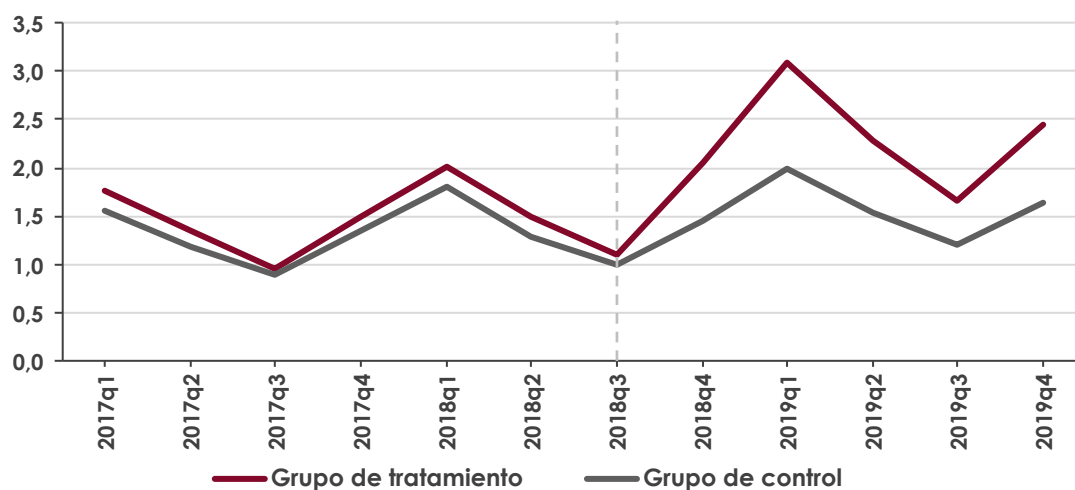
⁵⁰ En concreto, se emplea la variable "forma jurídica del empleador" de la MCVL, definiendo como grupo de tratamiento a los trabajadores cuyo empleador corresponde a un organismo público, un órgano de la Administración General del Estado o de las comunidades autónomas, o una corporación local.

⁵¹ Se utilizan dos estimadores; el TWFE (*two-way fixed effect*) y el IPW (*inverse probability weighting*). Los resultados son robustos a ambas especificaciones. Se muestran los resultados para el estimador IPW.

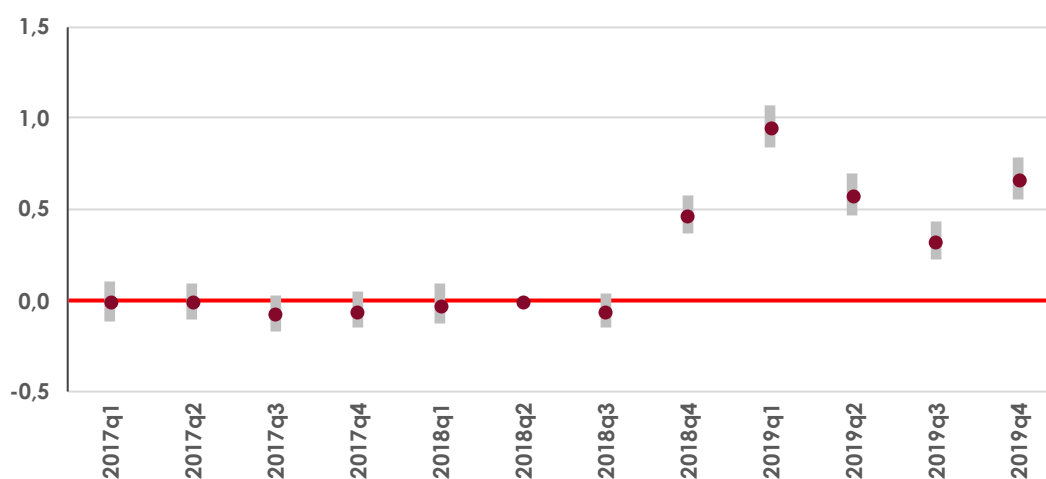
los efectos promedio de la medida en los trimestres anteriores y posteriores a la entrada en vigor del Real Decreto 956/2018. Los efectos son nulos antes de la entrada en vigor y pasan a ser de en torno a 0,5 p. p. en los trimestres siguientes. Por último, el panel C del gráfico 37 recoge los resultados del modelo conjunto: el Real Decreto 956/2018 tiene un impacto causal de incremento en la probabilidad de iniciar una IT de entre 0,5 y 0,7 p. p. (en torno a un 40 % sobre la probabilidad en los trimestres anteriores a la aplicación de la medida).

GRÁFICO 37. IMPACTO DEL RD 956/2018 SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT

PANEL A. EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT



PANEL B. IMPACTO POR TRIMESTRE SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT



PANEL C. IMPACTO GLOBAL SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT

Categoría	(1)	(2)	(3)
Postreforma x grupo de tratamiento	0,71*** (0,03)	0,55*** (0,02)	0,59*** (0,03)
Promedio en prerreforma	1,46	1,46	1,46
Impacto (%)	48,63	37,67	40,41
Efectos fijos año-mes	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos trabajador	No	Sí	No
IPW	No	No	Sí
Número de observaciones	11.357.204	11.357.204	11.357.204

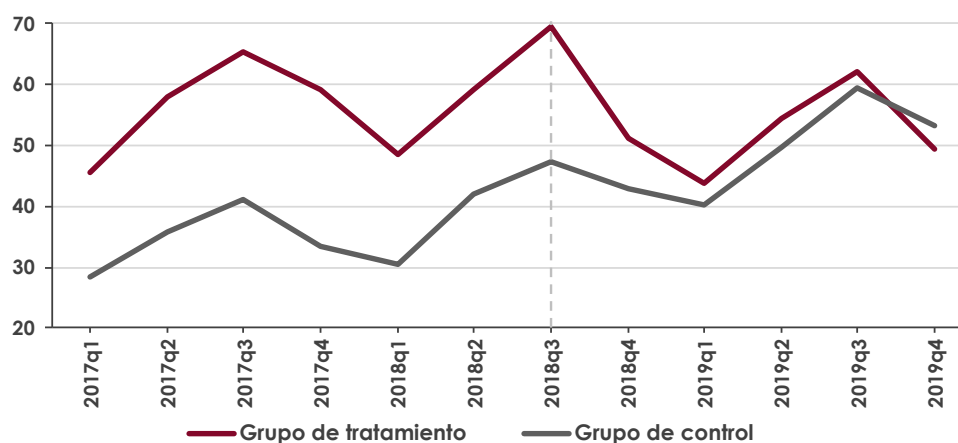
Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL.

En segundo lugar, la mejora del complemento retributivo reduce la duración promedio de las IT en un 30 %, lo que equivale a 17 días menos de baja respecto a los 55,7 días de media previos a la reforma (gráfico 38). Se observa que, a partir de la aplicación de la política, disminuye la duración⁵² promedio de los episodios de IT iniciados cada trimestre por los trabajadores públicos (gráfico 38, panel A). Este cambio de nivel en la serie tiene reflejo en la estimación de los efectos trimestrales tras la aplicación de la medida disminuyendo de forma sostenida la duración de las IT (gráfico 38, panel B). En el global, el Real Decreto 956/2018 tiene un impacto causal de reducción de la duración promedio de las IT de 17 días que se evidencia en los resultados del modelo de diferencias en diferencias (gráfico 38, panel C).

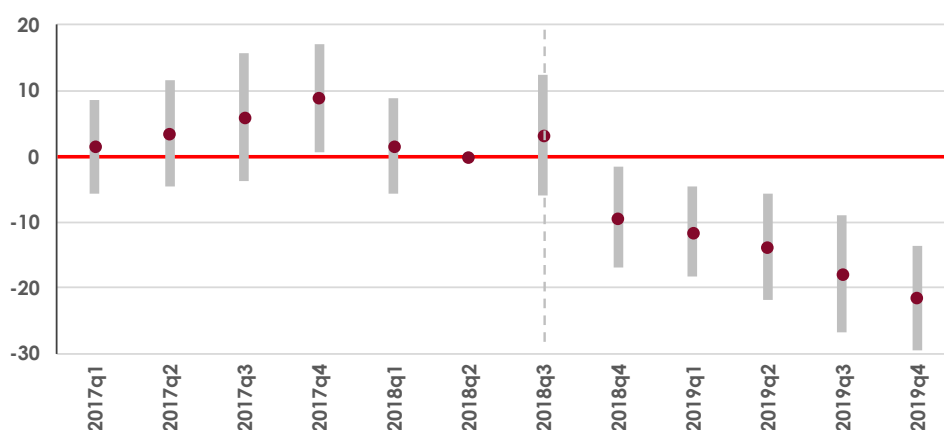
⁵² Adicionalmente, se realiza la estimación de los modelos transformando la variable “duración” a logaritmos. Esta transformación persigue limitar la incidencia de valores extremos en la distribución de la variable original. Así, en los trimestres anteriores a la reforma, el promedio de la duración es de 56 días en el grupo de tratamiento y de 38 días en el grupo de control, y en la variable transformada es de 15,71 días en el grupo de tratamiento.

GRÁFICO 38. IMPACTO DEL RD 956/2018 SOBRE LA DURACIÓN DE LOS EPISODIOS DE IT

PANEL A. EVOLUCIÓN DEL PROMEDIO DE LA DURACIÓN EN DÍAS DE LOS EPISODIOS DE IT INICIADOS CADA MES



PANEL B. IMPACTO POR TRIMESTRE SOBRE LA DURACIÓN PROMEDIO EN DÍAS DE LOS EPISODIOS DE IT



PANEL C. IMPACTO GLOBAL SOBRE LA DURACIÓN DE LOS EPISODIOS DE IT

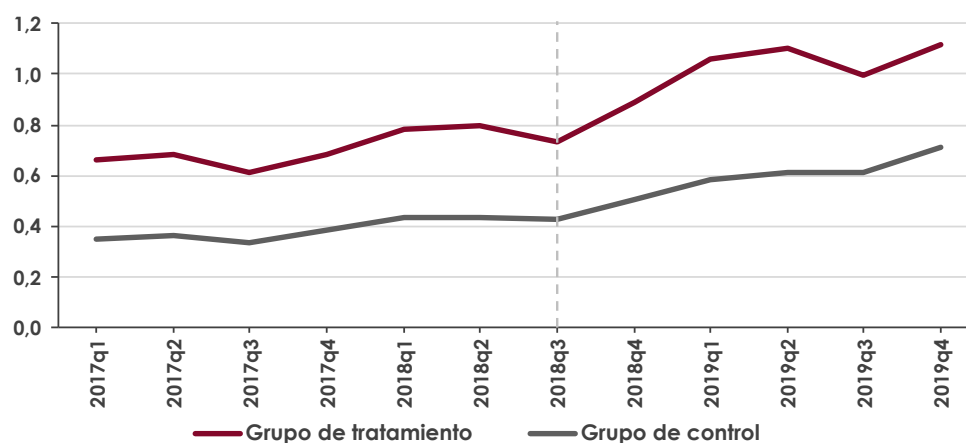
Categoría	(1)	(2)	(3)
Postreforma x grupo de tratamiento	-16,47*** (1,40)	-16,15*** (1,38)	-16,61*** (1,62)
Promedio prerreforma	55,73	55,73	55,73
Impacto (%)	-29,55	-28,98	-29,80
Efectos fijos año-mes	Sí	Sí	Sí
Características socioeconómicas	No	Sí	No
IPW	No	No	Sí
Número de observaciones	159.967	159.967	159.967

Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL.

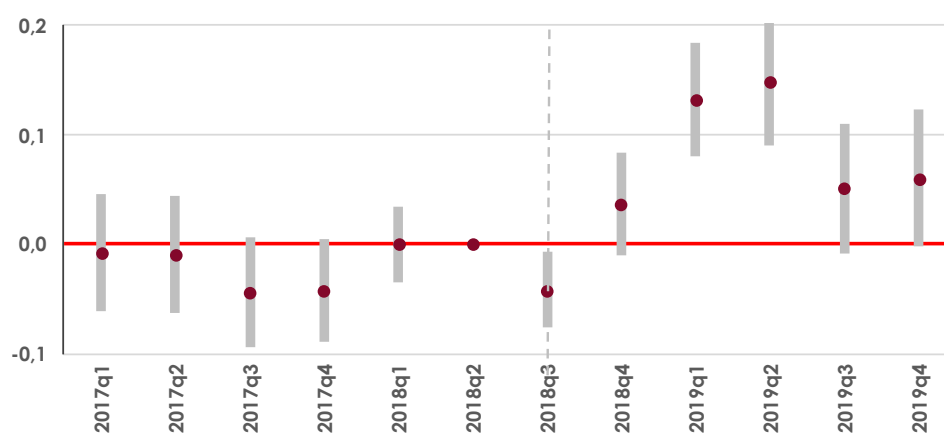
En tercer lugar, la modificación normativa del Real Decreto 956/2018 provoca un incremento del 14% en el total de días no trabajados por IT al mes (gráfico 39). Los días promedio en los que los trabajadores, tanto públicos como de empresas privadas, no acuden al trabajo por estar en situación de IT siguen una evolución creciente a lo largo del periodo de estudio (gráfico 39, panel A). No obstante, en el panel A del gráfico 39 se aprecia que el ritmo de crecimiento se acelera en mayor grado para los trabajadores públicos a partir de la entrada en vigor del Real Decreto 956/2018. Esta diferente evolución entre los grupos de tratamiento y de control lleva a que los estimadores del primer y del segundo trimestre de 2019 sean mayores que cero y estadísticamente significativos (gráfico 39, panel B). En el global, la política tiene un impacto causal de incremento en los días no trabajados al mes por estar en situación de IT de 0,1 días (en torno a un 14% con respecto al promedio previo a la reforma) (gráfico 39 panel C). Este resultado refleja que el aumento en la probabilidad de iniciar una IT compensa con creces la reducción en la duración media de los episodios.

GRÁFICO 39. IMPACTO DEL RD 956/2018 SOBRE LOS DÍAS NO TRABAJADOS POR ENCONTRARSE EN SITUACIÓN DE IT

PANEL A. EVOLUCIÓN DE LOS DÍAS PROMEDIO NO TRABAJADOS POR ENCONTRARSE EN SITUACIÓN DE IT



PANEL B. IMPACTO POR TRIMESTRE SOBRE LOS DÍAS NO TRABAJADOS POR ENCONTRARSE EN SITUACIÓN DE IT



PANEL C. IMPACTO GLOBAL SOBRE LOS DÍAS NO TRABAJADOS POR SITUACIÓN DE IT

Categoría	(1)	(2)	(3)
Postreforma x grupo de tratamiento	0,42*** (0,02)	0,09*** (0,02)	0,10*** (0,02)
Promedio prerreforma	0,71	0,71	0,71
Impacto (%)	59,15	12,68	14,08
Efectos fijos año-mes	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos trabajador	No	Sí	No
IPW	No	No	Sí
Número de observaciones	11.357.204	11.357.204	11.357.204

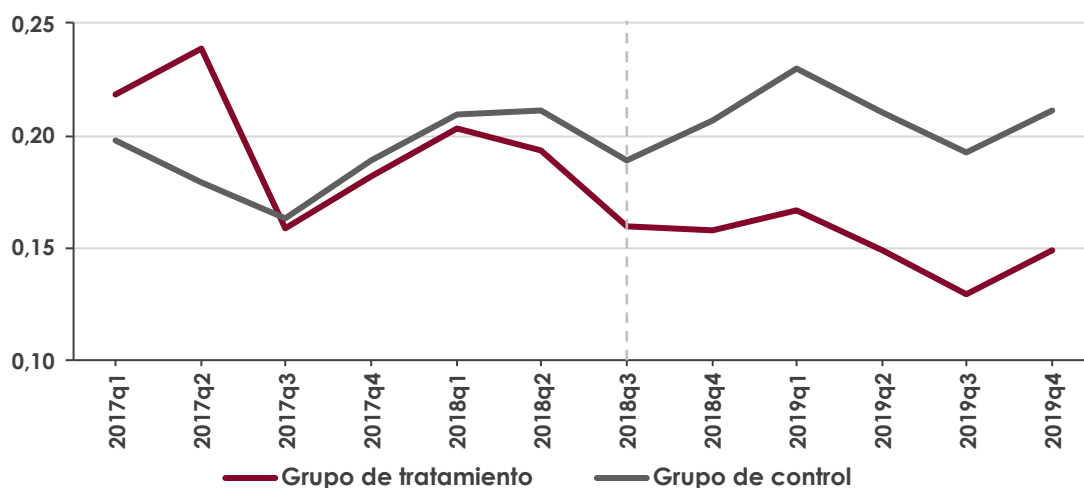
Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL.

Finalmente, se obtiene que el Real Decreto 956/2018 reduce un 26 % la probabilidad de iniciar un episodio de IT por contingencias profesionales.

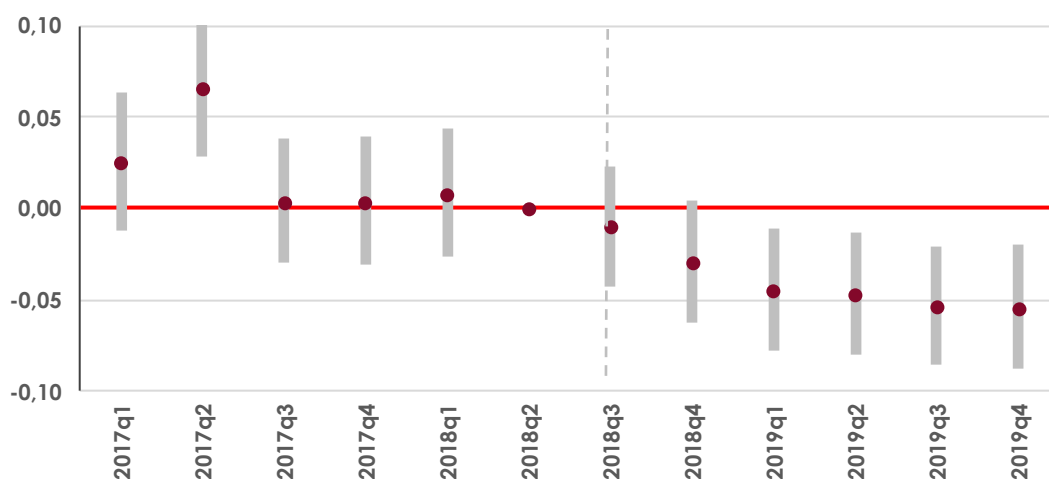
Este análisis resulta pertinente, ya que la reforma altera la remuneración relativa entre contingencias comunes y profesionales. Antes de la reforma, en contingencias comunes los trabajadores del sector público estatal percibían el 50 % de su base reguladora hasta el tercer día, el 75 % entre el día 4 y el 20, y el 100 % en adelante, mientras que en contingencias profesionales la prestación era del 100 % desde el primer día. Tras el Real Decreto 956/2018, las contingencias comunes pasan a remunerarse al 100 % desde el inicio, igualándose así ambos tipos de prestación. El gráfico 40 ilustra estos resultados. El panel A muestra una divergencia entre el grupo de tratamiento y el de control tras la reforma; el panel B confirma efectos significativos en los trimestres posteriores, y el panel C presenta el impacto agregado: una caída de 0,05 p. p., significativa al 1 %, equivalente a una reducción del 26 %.

GRÁFICO 40. IMPACTO DEL RD 956/2018 SOBRE CONTINGENCIAS PROFESIONALES

PANEL A. EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT POR CP



PANEL B. IMPACTO GLOBAL SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT POR CP



PANEL C. IMPACTO GLOBAL SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT POR CP

Categoría	(1)	(2)	(3)
Post reforma x grupo de tratamiento	-0,06*** (0,01)	-0,06*** (0,01)	-0,05*** (0,01)
Promedio en prerreforma	0,19	0,19	0,19
Impacto (%)	-31,58	-31,58	-26,32
Efectos fijos año-mes	Sí	Sí	Sí
Efectos fijos trabajador	No	Sí	No
IPW	No	No	Sí
Número de observaciones	11.357.204	11.357.204	11.357.204

Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL.

2.3.2. Análisis del impacto del contrato indefinido en la incapacidad temporal a partir de la reforma laboral

Esta sección profundiza en el análisis de los efectos de tener un contrato indefinido sobre la IT. Al estudiar los determinantes de la probabilidad de IT (sección 2.2.2), se observa que un trabajador con contrato indefinido incrementa la probabilidad de IT en 1,6 p. p. respecto a uno con contrato fijo discontinuo y 0,39 p. p. con relación a uno con contrato temporal. Sin embargo, dado que el tener un contrato indefinido es una variable endógena, resulta indispensable utilizar un *shock* exógeno que permita identificar el efecto causal de esta variable sobre la probabilidad de iniciar una IT. La reforma laboral brinda un experimento natural para lograr esta identificación; entra en vigor el 28 de diciembre de 2021 y elimina la figura del contrato por obra y servicio. La modificación normativa implica que si las empresas mantienen al trabajador deben convertir los contratos vigentes a otras modalidades. A nivel empírico, Holub et al. (2020) encuentran que la temporalidad reduce entre un 10% y un 30% la ratio de días en IT sobre el total de días trabajados, con cierta heterogeneidad sectorial⁵³.

La AIReF estima el impacto causal de pasar de un contrato temporal a uno indefinido tras la entrada en vigor de la reforma laboral sobre dos indicadores: la probabilidad de iniciar una IT y la ratio de días en IT respecto al total de días trabajados en el mes. Para la realización de este ejercicio, se construye un panel mensual a partir del cruce entre la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) de 2024 y el registro de datos administrativos de todos los episodios de IT (INCA). El análisis se focaliza en los episodios de empleo que se inician antes de la reforma laboral y que finalizan después de esta. Se excluyen aquellos que hayan concluido antes de la reforma laboral y que, por lo tanto, no

⁵³ Los autores utilizan como indicador de resultado los días en IT sobre el total de días trabajados en la semana. Para ello emplean la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) fusionada con los datos administrativos de episodios de IT (INCA), para el periodo 2005-2014. Su estrategia empírica se basa en una medida de riesgo de desempleo obtenida a partir de la estimación de un modelo logit de la probabilidad de perder el empleo, condicionada por indicadores de mes y año, región, sector, tipo de contrato, características del trabajador (edad, antigüedad, experiencia, sexo y nacionalidad) y otros controles. Una vez calculada esta medida, los autores estiman el cambio en dicha probabilidad para trabajadores que, dentro de una misma empresa, pasan de un contrato temporal a uno indefinido, manteniendo constantes las demás variables. Por último, evalúan el efecto del cambio en el riesgo de desempleo (y de otras variables) sobre el indicador de días en IT respecto al total de días trabajados en la semana.

experimentan el shock⁵⁴. Se aplica la metodología de diferencias en diferencias para dos indicadores de resultado: la probabilidad de iniciar un episodio de IT y la ratio de días en IT sobre el total de días trabajados en el mes. El grupo de tratamiento lo conforman individuos que pasan de tener un contrato por obra y servicio en algún momento del año anterior a la reforma a tener uno indefinido dentro de la misma empresa en algún momento posterior. Este grupo de tratamiento se compone de 11.339 observaciones. El grupo de control está conformado por individuos que se hayan mantenido como indefinidos dentro de la misma empresa, tanto antes como después de la reforma. El grupo de control se compone de 419.735 observaciones.

En primer lugar, se obtiene que el cambio de un contrato temporal a uno indefinido incrementa en torno a un 30 % la probabilidad de iniciar una IT al mes. El panel A del gráfico 41 muestra la evolución de la probabilidad de iniciar una IT para ambos grupos⁵⁵. Se observa que la distancia entre el grupo de tratamiento y el de control, relativamente constante en el periodo previo, se va estrechando por un aumento de la probabilidad de iniciar una IT en el grupo de tratamiento. El panel B del gráfico 41 presenta el efecto promedio trimestral en el grupo de tratamiento respecto del grupo de control⁵⁶. A partir del trimestre en que el trabajador cambia de contrato ($t = 0$), se observan efectos positivos sobre la probabilidad de iniciar una IT en los trimestres siguientes. Además, la ausencia de efecto previo al cambio de contrato proporciona evidencia favorable respecto al cumplimiento del supuesto de tendencias paralelas. En la tabla del panel C se observa que el efecto de tratamiento promedio sobre los tratados implica un aumento de 0,33 p. p. en la probabilidad de iniciar

⁵⁴ La unidad de observación para el análisis es el identificador de persona (IPF) y su código de cuenta de cotización (CCC), es decir cada observación es una persona en una empresa determinada. En el caso de personas que tengan más de un tipo de contrato para una CCC en el mes (solo un 2% del total de observaciones), se mantiene el tipo de contrato que acumula el mayor número de días en dicho mes.

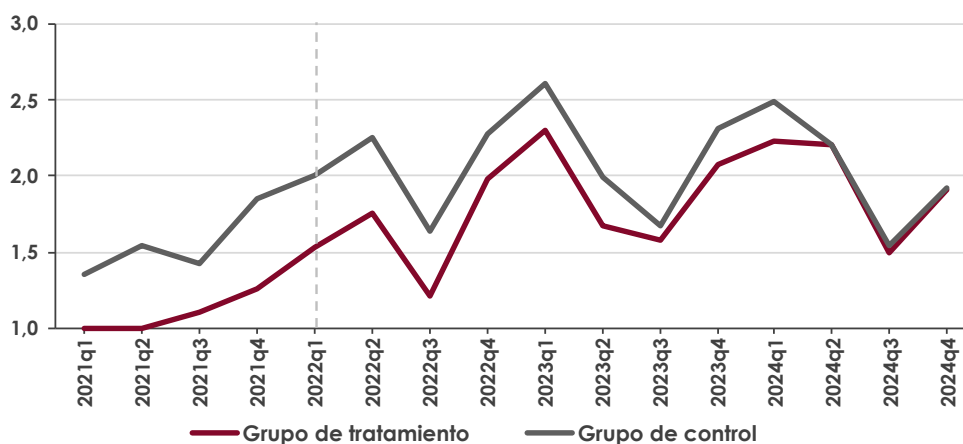
⁵⁵ Este gráfico se construye a partir del panel mensual, tomando para cada grupo el promedio trimestral del indicador.

⁵⁶ Los resultados se obtienen a partir de un modelo de regresión que incorpora efectos fijos por IPF-CCC y por año-mes. Además, se realizan dos ejercicios de robustez. En primer lugar, dado que el cambio al contrato indefinido se produce de manera escalonada, se utiliza un estimador para tratamientos escalonados (staggered) siguiendo a Callaway y Sant'Anna (2021). Los resultados se mantienen consistentes. En segundo lugar, se restringe el grupo de tratamiento a los trabajadores que pasan a contrato indefinido durante el primer y segundo trimestre de 2022, ya que en este subgrupo la capacidad de anticipación al shock es menor y, por tanto, se reduce el riesgo de sesgo de selección. En este caso, la dinámica del efecto es similar, aunque los intervalos de confianza son mayores debido a la menor cantidad de observaciones en el grupo de tratamiento.

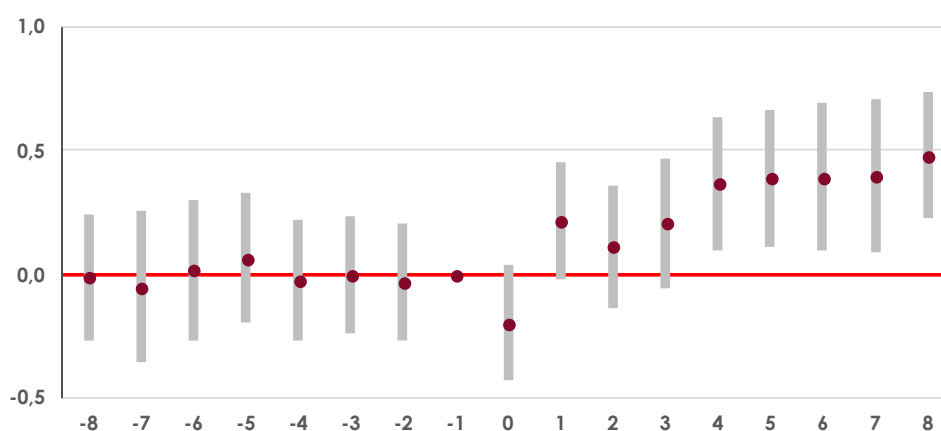
un episodio de IT. Esto equivale a un incremento de cerca del 30 % sobre el promedio del grupo tratado en el periodo previo al inicio de la aplicación de la reforma laboral.

GRÁFICO 41. IMPACTO DEL CAMBIO EN EL TIPO DE CONTRATO SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT

PANEL A. EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT



PANEL B. IMPACTO POR TRIMESTRE SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT



PANEL C. IMPACTO GLOBAL SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT

	(1)
Post reforma x grupo de tratamiento	0,33*** (0,05)
Promedio en prerreforma	1,10
Impacto (%)	30 %
Efectos fijos año-mes	Sí
Errores estándar a nivel clúster	IPF x CCC
Número de observaciones	430.978

Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL.

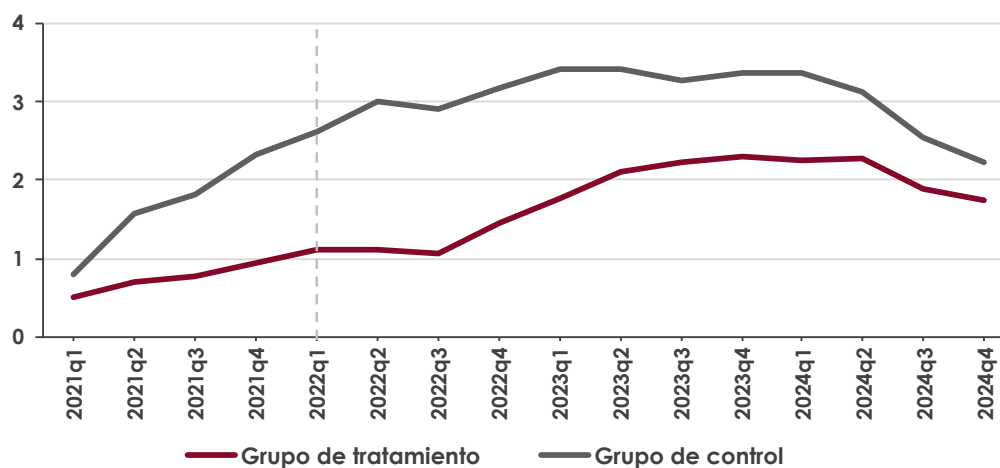
En segundo lugar, se obtiene que el cambio de un contrato temporal a uno indefinido incrementa en un 62 % la ratio de días en IT sobre el total de días trabajados. Para evitar el posible sesgo derivado de cambios en los días trabajados, se utiliza un indicador alternativo: los días en situación de IT divididos entre los trabajados en el mes⁵⁷. Se observa un incremento mayor de este indicador en el grupo de tratamiento que en el grupo de control tras la reforma (gráfico 42, panel A). El panel B del gráfico 42 presenta el efecto promedio trimestral en el grupo de tratamiento respecto del grupo de control⁵⁸. Se aprecia un incremento en la ratio de días en IT con relación a los días trabajados, aunque este efecto comienza a ser significativo a los tres trimestres del cambio de contrato. El panel C del gráfico 42 muestra un efecto promedio positivo correspondiente a 0,47 p. p., lo que equivale a un 62% tomando como referencia el promedio del grupo tratado en el periodo previo al inicio de la aplicación de la reforma laboral.

⁵⁷ Se ha comprobado que el shock de la reforma laboral, además de modificar el tipo de contrato, también afecta al número de días trabajados en el grupo de tratamiento, lo que a su vez puede incidir en la probabilidad de iniciar un episodio de IT.

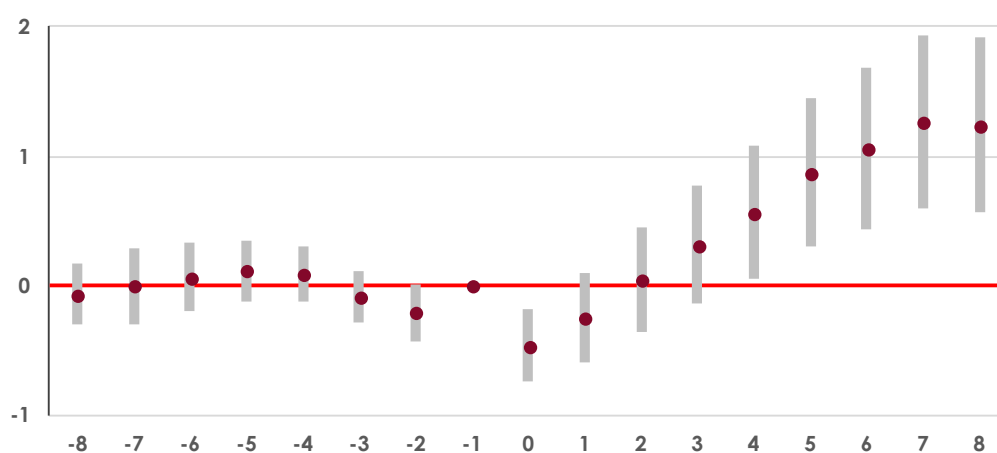
⁵⁸ Los resultados se obtienen ajustando por características socioeconómicas (sexo, edad, tipo de hogar, base de cotización preforma, antigüedad en la empresa, indicadores de provincia y de CNAE) mediante el método IPW, y también se incluye una tendencia lineal y la interacción de días trabajados en el periodo preforma (en tramos) con indicadores de mes-año, con el objetivo de mitigar posibles sesgos inducidos por la divergencia de tendencias entre grupos. Como chequeo de robustez, se restringe el grupo de tratamiento a los trabajadores que pasan a contrato indefinido durante el primer y segundo trimestre de 2022, los resultados se mantienen.

GRÁFICO 42. IMPACTO DEL CAMBIO EN EL TIPO DE CONTRATO SOBRE LA RATIO DE DÍAS IT / DÍAS TRABAJADOS EN EL MES

PANEL A. EVOLUCIÓN DE LA RATIO DIAS IT / DÍAS TRABAJADOS EN EL MES



PANEL B. IMPACTO POR TRIMESTRE DE LA RATIO DIAS IT / DÍAS TRABAJADOS EN EL MES



PANEL C. IMPACTO GLOBAL SOBRE LA RATIO DIAS IT / DÍAS TRABAJADOS EN EL MES

	(1)
Post reforma x grupo de tratamiento	0,47*** (0,15)
Promedio en prerreforma	0,76
Impacto (%)	62%
Efectos fijos año-mes	Sí
Tratados pre/postreforma	No
Tendencia lineal / IPW	Sí/No
Errores estándar a nivel clúster	IPF x CCC
Número de observaciones (IPF-CCC)	420.838

Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL.

2.3.3. Análisis del impacto del nivel salarial en la incapacidad temporal a partir de la subida del SMI en 2019

Esta sección analiza los efectos de una subida salarial en la probabilidad de iniciar un episodio de IT entre los trabajadores con salarios próximos al salario mínimo interprofesional (SMI). En la sección 2.2.2, se observa que la base de cotización se correlaciona de forma positiva con la probabilidad de iniciar un episodio de IT según los modelos probit y *random forest*. Sin embargo, los coeficientes de estos modelos podrían estar sesgados por endogeneidad. Por este motivo, se utiliza el incremento del SMI a modo de *shock* exógeno para poder identificar el efecto causal de esta variable sobre la probabilidad de iniciar un episodio de IT. En enero de 2019, el salario mínimo se incrementa de 735,9 euros a 900 euros, un 22,3%. A nivel empírico, Davies et al. (2024) analizan los aumentos de salarios mínimos locales y estatales en el estado de California entre los años 2000 y 2009, y encuentran que un aumento del 10% en el salario mínimo provoca un crecimiento de los accidentes laborales anuales del 11% en áreas metropolitanas completamente expuestas⁵⁹.

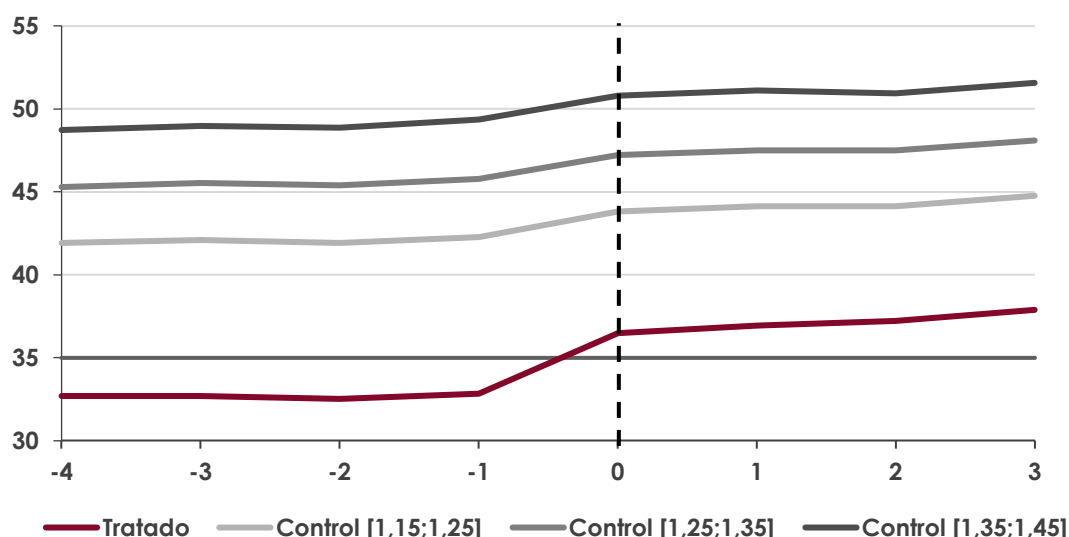
La AIReF estima el impacto causal de recibir un incremento salarial en la probabilidad de iniciar un episodio de IT a partir de la subida del SMI en 2019. Para realizar este análisis, se han utilizado los microdatos de la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) de 2019 y se han enlazado con el universo de los episodios de IT (base de datos INCA). Se aplica la metodología de diferencias en diferencias. El grupo de tratamiento está conformado por 8.661 trabajadores empleados en la misma empresa en 2018 y 2019, cuya base de cotización media diaria en 2018 es inferior al SMI de 2019 e igual o superior al SMI de 2018. El grupo de control está conformado por 19.422 trabajadores que, además de mantenerse empleados en la misma empresa durante todo el periodo de estudio, tienen una base de cotización media diaria en 2018 entre 1,25 y 1,35 veces el SMI de 2019⁶⁰. El gráfico 43 muestra que la base de cotización media diaria del grupo de tratamiento en 2018 se mantiene por debajo del SMI de 2019 (línea horizontal) y pasa a situarse por encima del nuevo SMI desde su

⁵⁹ Los autores utilizan una estrategia de diferencias en diferencias para estimar, a nivel de área metropolitana y año, el efecto de una subida del salario mínimo en los accidentes laborales. La variable de tratamiento es una interacción entre el crecimiento anual del salario mínimo al que está sujeta esa área metropolitana y un coeficiente de exposición a la medida.

⁶⁰ Se realizan pruebas con otros grupos de control con resultados equivalentes: aquellos trabajadores cuya base de cotización se encontraba entre 1,15 y 1,25 veces el SMI de 2019 (26.687 trabajadores), y aquellos cuya base de cotización se encontraba entre 1,35 y 1,45 veces el SMI de 2019 (28.582 trabajadores).

entrada en vigor. Asimismo, en el grupo de control solo se observa un ligero aumento, propio de las subidas salariales anuales que experimentan también otros grupos en enero.

GRÁFICO 43. EVOLUCIÓN DE LA BASE DE COTIZACIÓN MEDIA DIARIA DE LOS GRUPOS DE TRATAMIENTO Y DE CONTROL



Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL.

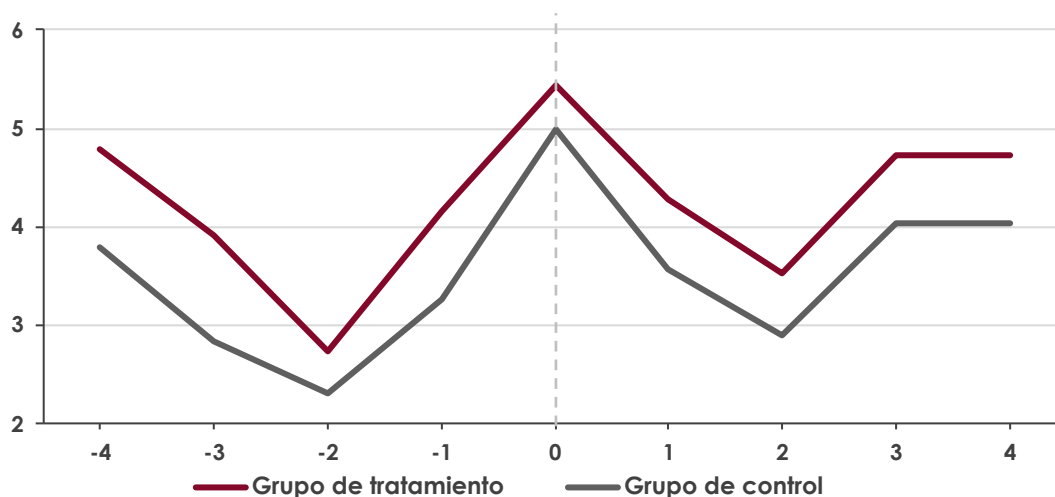
Se obtiene que el aumento salarial derivado del incremento del SMI de 2019 no provoca efectos en la probabilidad de iniciar un episodio de IT. El panel A del gráfico 44 muestra que la evolución de la probabilidad de iniciar un episodio de IT por grupo sigue una trayectoria similar. En el panel B del gráfico 44 se confirma que no hay efectos en este indicador⁶¹. Adicionalmente, se realiza un análisis de robustez conformando la muestra con un criterio más flexible. En concreto, en la identificación alternativa, no se exige a los trabajadores de los grupos de tratamiento y de control que mantengan el empleo a lo largo de todo 2018 y 2019. Para formar parte de la muestra alternativa, los trabajadores tienen que registrar un episodio de empleo en la misma empresa tanto antes como después de la subida del SMI de 2019⁶². Los resultados obtenidos en esta identificación alternativa son equivalentes: la subida salarial provocada por el incremento del SMI de 2019 no tiene efectos sobre la probabilidad de iniciar un episodio de IT.

⁶¹ El *event study* se limita a cuatro trimestres antes y después de la reforma para evitar los efectos tanto de la anterior subida del SMI como de la pandemia de COVID-19.

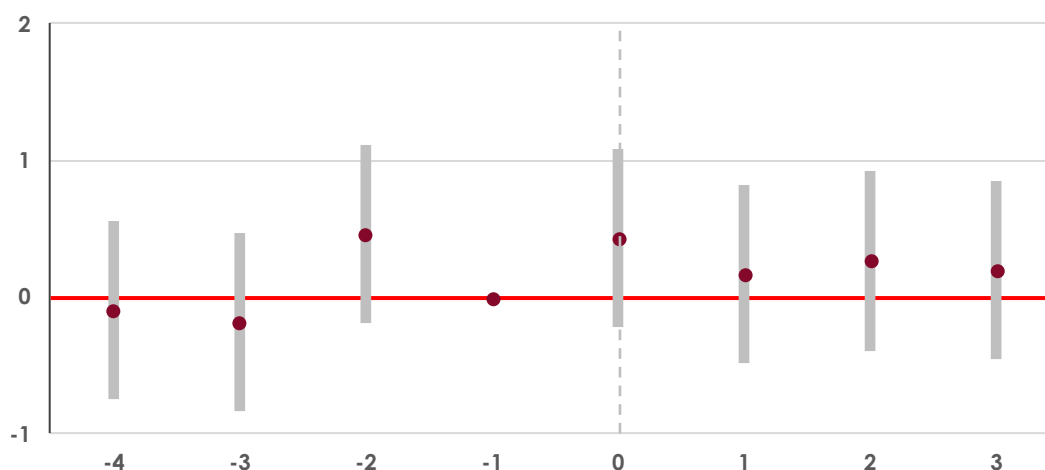
⁶² El grupo de tratamiento se compone de 16.493 individuos, mientras que el grupo de control se compone de 34.083.

GRÁFICO 44. IMPACTO DEL INCREMENTO DEL SMI SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT

PANEL A. EVOLUCIÓN DE LA PROBABILIDAD DE INICIAR IT POR TRIMESTRE (2019T1 = 0)



PANEL B. IMPACTO POR TRIMESTRE SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UN EPISODIO DE IT



PANEL C. IMPACTO GLOBAL SOBRE LA PROBABILIDAD DE INICIAR UNA IT EN EL TRIMESTRE

	(1)
Postreforma x grupo de tratamiento	0,22 (0,17)
Promedio en prerreforma	3,05 %
Impacto (%)	7,26 %
Efectos fijos año-trimestre	Sí
Efectos fijos individuales	Sí
Errores estándar a nivel clúster	IPF
Número de observaciones (IPF-CCC)	28.083

Fuente: AIReF a partir de los datos de episodios de IT (INCA) cruzados con la MCVL.

3.

PROPUESTAS

Propuesta 1: Avanzar hacia un sistema de información integrado e interoperable para mejorar la coordinación, supervisión y eficiencia de la incapacidad temporal

Desarrollar un sistema de información integrado e interoperable que conecte de forma sistemática a todos los agentes involucrados en la incapacidad temporal (IT), con el objetivo de mejorar la coordinación, reducir las asimetrías de información y reforzar la eficiencia en la gestión de la incapacidad temporal.

La evaluación identifica como una de las principales debilidades del sistema de IT la ausencia de mecanismos robustos e integrados de información y supervisión entre los distintos agentes implicados. Esta carencia se traduce en una limitada capacidad para realizar un seguimiento continuo de los procesos, detectar de forma temprana las desviaciones y evaluar de manera sistemática la adecuación de las duraciones observadas a criterios clínicos objetivos.

Desde un punto de vista institucional, la gestión de la IT presenta un problema estructural de principal-agente. El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), responsable de la financiación de la prestación (el principal), delega la decisión clínica en los médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud (SNS) (el agente), que no internalizan plenamente el coste económico agregado de dichas decisiones. Esta separación entre autoridad decisoria y responsabilidad financiera se ve reforzada por asimetrías de información, la fragmentación derivada de la organización autonómica del sistema sanitario y la limitada capacidad de supervisión continuada del INSS.

La falta de una base de información común impide, además, incorporar de forma automática elementos relevantes para la gestión eficiente de la IT, como las características del puesto de trabajo, la posibilidad de adaptaciones funcionales o de teletrabajo, o los patrones de reiteración a nivel de trabajador, empresa o sector.

Desde la teoría económica y la experiencia comparada, el desarrollo de sistemas de información integrados constituye una herramienta eficaz para mitigar los problemas principal-agente, al reducir las asimetrías de información, reforzar la capacidad de supervisión del principal y favorecer una mayor alineación de incentivos. En el ámbito de la IT, un sistema de información integrado permitiría mejorar la transparencia, la trazabilidad y la coordinación entre agentes, facilitando una gestión más homogénea, preventiva y basada en datos.

En concreto, se propone:

- Crear una plataforma tecnológica única e interoperable que integre la información del INSS, los servicios autonómicos de salud, las mutuas colaboradoras y las empresas.
- Incorporar una visión integral del proceso de IT, incluyendo información del trabajador (historial de episodios previos de IT, reiteraciones, edad, sexo y situación familiar), del puesto de trabajo (ocupación, exposición a riesgos laborales, condiciones ergonómicas, carga física o mental y posibilidad de adaptación del puesto o de teletrabajo), de la empresa (tamaño, sector de actividad, tasas de incidencia y duración de la IT y patrones de reiteración) y de cada episodio de IT (diagnóstico, contingencia, duración estimada, tratamientos prescritos y evolución clínica).
- Desarrollar herramientas analíticas avanzadas, basadas en técnicas estadísticas e inteligencia artificial, que permitan estimar duraciones esperadas e identificar desviaciones significativas respecto de los tiempos óptimos.
- Implantar sistemas de alerta temprana, orientados a detectar prolongaciones anómalas, reiteraciones frecuentes o patrones de riesgo, que faciliten la actuación temprana de los agentes responsables.
- Actualizar de forma continua los criterios técnicos y los tiempos óptimos de IT, utilizando la evidencia empírica generada por el propio sistema.

En este sentido, el INSS ha venido desarrollando en los últimos años un conjunto de mecanismos de intercambio de información y apoyo a la gestión de la IT basados en protocolos informáticos bidireccionales con los servicios públicos de salud, las mutuas colaboradoras y las empresas. Entre ellos, destacan la

incorporación diaria de los partes médicos a la base institucional INCA, su comunicación automática a través del Fichero INSS Empresas (FIE), así como el despliegue de herramientas de explotación estadística y analítica a través de MicroStrategy y de la Oficina del Dato de la Gerencia de Informática de la Seguridad Social. Adicionalmente, en el marco de los convenios de control de la IT suscritos con las comunidades autónomas, se han implementado instrumentos de analítica predictiva, tablas de duración óptima y sistemas de avisos dirigidos a facilitar la actuación clínica y el seguimiento de procesos prolongados.

Propuesta 2: Fortalecer las capacidades del INSS para el control y seguimiento temprano de la incapacidad temporal

Reforzar las capacidades operativas y analíticas del INSS mediante la creación de una unidad de seguimiento especializada en incapacidad temporal, orientada a intensificar el control, seguimiento y apoyo técnico en las fases tempranas de los procesos de IT.

La evaluación evidencia que, aunque el INSS puede intervenir formalmente en cualquier momento de la duración de la IT, en la práctica la actuación de la inspección médica sucede a partir del día 365. Este enfoque limita la capacidad de intervención durante el primer año de los procesos, periodo en el que se concentra la mayor parte del gasto y existe un margen más amplio para actuaciones preventivas y correctoras.

El análisis empírico refuerza la necesidad de una intervención más temprana y focalizada. En 2024, el 25 % de las personas concentraron el 55 % de los episodios de IT, y el porcentaje de trabajadores con más de un episodio anual aumentó del 23 % en 2017 al 31,8 % en 2024, lo que evidencia una reiteración creciente. Asimismo, la evaluación detecta una mayor concentración de procesos en duraciones muy cortas. Aunque el coste directo de estos episodios recae principalmente en las empresas, su elevada frecuencia, en ausencia de una actuación temprana del INSS, puede favorecer la prolongación de los procesos y su desplazamiento hacia duraciones más largas, con efectos negativos agregados sobre la organización del trabajo y la productividad y, en última instancia, sobre el gasto público vinculado a la IT.

En conjunto, estos resultados muestran que el patrón actual de intervención tardía reduce la eficacia de las actuaciones del INSS. La creación de una unidad especializada permitiría mejorar la focalización de los recursos, anticipar el control y reforzar la coordinación con la autoridad clínica, contribuyendo a una gestión más eficiente y homogénea de la IT.

En el plano operativo, se propone:

- Crear una unidad de seguimiento especializada en IT, incrementando los recursos humanos y técnicos para permitir actuaciones de control, seguimiento y apoyo técnico desde las fases iniciales de los procesos de IT, sin esperar al día 365.
- Establecer un sistema de priorización de intervenciones basado en criterios de riesgo, focalizando las actuaciones en trabajadores con episodios reiterados, diagnósticos con desviaciones sistemáticas respecto de los tiempos óptimos y procesos que superen umbrales predefinidos de duración.
- Generar alertas automáticas al INSS cuando la duración de un episodio supere el tiempo óptimo establecido en el Manual en un porcentaje determinado, activando protocolos de revisión y, en su caso, citación del trabajador.
- Diseñar un sistema de control más intensivo para trabajadores que inicien un segundo episodio de IT o alguno posterior en el mismo año natural.
- Fortalecer el respaldo técnico y la coordinación entre el INSS y los facultativos de atención primaria, proporcionando apoyo, criterios homogéneos y canales de comunicación estructurados que faciliten una gestión más eficiente de los procesos.

Propuesta 3: Facilitar a los facultativos de atención primaria información sistemática sobre las condiciones laborales del trabajador y reforzar su conexión con la inspecciones médicas y la unidad de seguimiento de la IT

Dotar a los médicos de atención primaria de información sistemática y estructurada sobre las condiciones laborales del trabajador, complementando la práctica clínica con herramientas digitales de apoyo a la decisión y formación específica en gestión de la IT. Reforzar la conexión y el apoyo a los facultativos de la unidad de seguimiento especializado en IT y de las inspecciones médicas.

La evaluación pone de manifiesto que los médicos de atención primaria, responsables de emitir los partes de baja, confirmación y alta en los procesos de IT por contingencias comunes, suelen carecer de información sistemática sobre el contexto laboral del trabajador, pese a que esta resulta clave para valorar la capacidad funcional y estimar de forma realista los tiempos de recuperación de la actividad laboral.

La ausencia de datos completos sobre la ocupación, las exigencias del puesto, los riesgos laborales, el tamaño y sector de la empresa o las posibilidades de adaptación del puesto y teletrabajo dificulta la integración del diagnóstico clínico con la realidad laboral del paciente, incrementa la disparidad de criterios en el reconocimiento de la IT y limita la aplicación homogénea de los tiempos óptimos.

En el plano operativo, esta mejora podría concretarse a través de:

- Integrar en los sistemas de atención primaria información laboral del trabajador (ocupación, sector, tamaño de la empresa, tipo de contrato, antigüedad, posibilidad de teletrabajo, funciones que se desarrollan en el puesto de trabajo y riesgos laborales relevantes).
- Desarrollar herramientas digitales de apoyo a la decisión clínica que estimen la duración esperada de la IT según el diagnóstico y las condiciones laborales, basadas en los tiempos óptimos.
- Proporcionar a los facultativos información periódica sobre sus indicadores de gestión de la IT, comparados con su área y con el conjunto de España, controlando por las características del cupo.
- Incorporar formación específica en gestión de la IT y coordinación con la inspección médica.
- Reforzar la conexión y el apoyo a los facultativos de la unidad de seguimiento especializado en IT y de las inspecciones médicas.

Propuesta 4: Promover la implicación activa de las empresas en la gestión responsable de la incapacidad temporal y la mejora de la salud laboral

Promover la implicación activa de las empresas en la gestión responsable de la IT y en la mejora de la salud laboral, especialmente en el caso de las empresas de mayor tamaño. La propuesta se orienta a reforzar la prevención, fomentar una gestión proactiva de la IT y facilitar la reincorporación gradual al trabajo, con el objetivo de reducir la incidencia, duración y recurrencia de los procesos.

La evaluación evidencia una elevada concentración de episodios de IT por contingencias comunes en las empresas de mayor tamaño. La probabilidad de IT es un 81 % más alta en las empresas grandes y un 51 % en las pymes, en comparación con las microempresas. Este patrón sugiere que las empresas de mayor dimensión concentran un volumen significativo de procesos y, al mismo tiempo, disponen de mayor capacidad organizativa y de recursos para implementar políticas activas de gestión de la salud laboral y de la IT.

El análisis de los convenios colectivos, realizado mediante técnicas de inteligencia artificial, muestra que una parte sustancial de los convenios incorpora complementos retributivos durante la IT que elevan de forma significativa la cobertura económica, alcanzando en muchos casos niveles próximos al salario habitual. Si bien estos mecanismos contribuyen a proteger la renta del trabajador, también refuerzan la necesidad de que las empresas adopten una gestión responsable y activa de la IT, complementando la protección económica con medidas de prevención, seguimiento y reincorporación efectiva.

En concreto, se propone:

- Impulsar, en colaboración con los agentes sociales, estrategias empresariales de gestión de la salud laboral y de la IT, especialmente dirigidas a empresas medianas y grandes.
- Reforzar la prevención y la promoción de la salud laboral en el ámbito empresarial, con especial atención a las patologías de mayor incidencia y duración, como los trastornos musculoesqueléticos y los mentales.
- Fomentar una gestión proactiva y temprana de la IT por parte de las empresas, incluyendo protocolos internos de seguimiento de los procesos y una comunicación estructurada con el trabajador durante la baja.
- Incentivar la implantación de programas de reincorporación gradual y adaptación del puesto de trabajo, especialmente en procesos de larga duración o con riesgo de cronificación, para facilitar el retorno a la actividad y reducir recaídas.
- Desarrollar guías de buenas prácticas empresariales en gestión de la IT, en colaboración con organizaciones empresariales y sindicales, que permitan difundir experiencias exitosas y establecer estándares de referencia.
- Estudiar posibles mecanismos de incentivo a la inversión empresarial en prevención de IT y salud ocupacional, valorando posibles bonificaciones de las cotizaciones sociales en función de los resultados alcanzados en la reducción de la incidencia de IT.

Propuesta 5: Abordar la evaluación de las listas de espera del Sistema Nacional de Salud

Mejorar y homogeneizar los sistemas de información sobre listas de espera del Sistema Nacional de Salud, ampliando su cobertura a la atención primaria. La limitada disponibilidad de información comparable y desagregada para el conjunto de las comunidades autónomas dificulta la evaluación de los determinantes de las demoras asistenciales y de su impacto sobre la IT y otras políticas públicas.

Se propone abordar la evaluación de las listas de espera del SNS, comenzando por la mejora de la calidad, cobertura y accesibilidad de la información disponible y, posteriormente, analizando sus causas y determinantes y su impacto sobre la IT y otras políticas públicas como el mutualismo administrativo evaluado en la fase I del Spending Review 2022-2026.

La evaluación realizada pone de manifiesto la existencia de una correlación entre los tiempos de espera del SNS y la duración de los episodios de IT. No obstante, las limitaciones estructurales del Sistema de Información sobre Listas de Espera (SISLE-SNS) —en términos de homogeneidad territorial, cobertura asistencial, periodicidad y nivel de desagregación— restringen la posibilidad de llevar a cabo análisis sólidos para el conjunto del territorio y el sistema sanitario.

La AIReF dispone, a partir de las evaluaciones del ámbito sanitario realizadas a diversas comunidades autónomas, de información a nivel micro sobre tiempos de espera, que incluye no solo la atención especializada y determinadas pruebas diagnósticas, sino también el acceso efectivo a la atención primaria. Esta información permitiría elaborar análisis más granulares del impacto de las demoras asistenciales sobre la duración de los procesos de IT, así como identificar diferencias por patología, nivel asistencial e, incluso, perfil del paciente.

Sin embargo, esta información no está disponible de forma centralizada, sistemática ni homogénea para el conjunto de las comunidades autónomas, lo que limita su utilización para evaluaciones comparables a escala nacional como las realizadas en los Spending Reviews. En particular, la ausencia de un sistema estatal de información sobre tiempos de espera en atención primaria impide analizar de forma integrada el itinerario asistencial completo del paciente y estimar el impacto acumulado de las demoras desde el primer contacto con el sistema sanitario hasta la resolución del proceso.

En concreto, se propone:

- Extender y sistematizar la medición de las listas de espera en atención primaria, incorporando indicadores comunes sobre acceso a citas, demoras en derivaciones y seguimiento de procesos relevantes para la IT.
- Mejorar la calidad, desagregación y comparabilidad de los datos, avanzando hacia la disponibilidad de microdatos anonimizados que permitan análisis por especialidad, prueba diagnóstica, nivel asistencial y características del paciente.
- Desarrollar una evaluación integral de las listas de espera del SNS, que analice conjuntamente la atención primaria y la especializada, identifique sus determinantes de oferta y demanda, y permita estimar su impacto sobre la duración de los procesos de IT y otras políticas públicas de interés.

La presidenta de la AIREF



Cristina Herrero Sánchez



Autoridad Independiente
de Responsabilidad Fiscal

José Abascal, 2-4, 2.ª planta

28003 Madrid

+34 910 100 599

info@airef.es

www.airef.es

 Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF)

 [@AIReF_es](https://twitter.com/AIReF_es)