



Demoras asistenciales e incapacidad temporal

DELAYS IN HEALTHCARE AND TEMPORARY INCAPACITY FOR WORK

Antonio María Puerto Barrio

Médico inspector

antoniopuertoster@gmail.com  0000-0003-0404-4644

Recibido: 17.06.2025 | Aceptado: 07.11.2025

RESUMEN

La asistencia sanitaria y la incapacidad temporal (IT) mantienen una relación indisoluble: la primera persigue la recuperación funcional del trabajador para posibilitar el alta médica por mejoría o, en su caso, la propuesta de incapacidad permanente cuando no existe expectativa de curación. Factores demográficos como el envejecimiento poblacional y el incremento de la carga de enfermedad condicionan la capacidad de respuesta del sistema sanitario, cuyas listas de espera prolongan los procesos de IT. Este trabajo analiza el marco normativo que regula la asistencia sanitaria en relación con la prestación económica por IT y propone medidas para mejorar la eficiencia: desarrollo de un régimen específico en listas de espera para trabajadores en situación de IT, la integración funcional de recursos asistenciales de Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en el Sistema Nacional de Salud y el desarrollo de una historia clínica única interoperable. Estas actuaciones reforzarían la sostenibilidad del sistema y garantizarían la recuperación laboral dentro del plazo legal previsto para la prestación por IT.

ABSTRACT

Healthcare and temporary incapacity for work (TIW) are inseparably linked: healthcare seeks to restore the worker's functional capacity to enable medical discharge due to recovery or, when improvement is not expected, to support a proposal for permanent incapacity. Demographic factors such as population aging and the growing burden of disease constrain the responsiveness of healthcare systems, with waiting lists significantly prolonging TIW processes. This paper examines the regulatory framework governing healthcare in relation to TIW benefits and proposes measures to improve efficiency: establishing a specific priority pathway in waiting lists for workers on TIW, integrating the healthcare resources of Social Security Collaborating Mutuels into the National Health System, and developing an interoperable electronic health record. These actions would strengthen system sustainability and ensure timely functional recovery within the legally defined duration of TIW benefits.

PALABRAS CLAVE

Asistencia sanitaria
Incapacidad temporal
Listas de espera en el
Sistema sanitario
Sistema de salud
Subsidio de incapacidad

KEYWORDS

Disability allowance
Health care system
Medical care
Temporary incapacity for
work
Waiting times for health
services



SUMARIO

- I. INTRODUCCIÓN
 - II. ASISTENCIA SANITARIA EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
 - III. MEDIDAS DE COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD Y LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL
 - IV. POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN DESDE LA NORMATIVA SANITARIA
 - A. Mecanismos de coordinación
 - B. La historia clínica como elemento de integración asistencial y la prestación de asistencia sanitaria por distintos proveedores
 - V. CONCLUSIONES
- Bibliografía

I. INTRODUCCIÓN

La inescindible relación entre incapacidad temporal (IT) y asistencia sanitaria proviene del propio concepto jurídico de incapacidad temporal como una situación caracterizada por la existencia de una situación clínico-funcional que impide la actividad laboral durante un espacio de tiempo limitado (trescientos sesenta y cinco días que podrán prorrogarse por otros ciento ochenta días más cuando se presuma que durante esta prórroga el trabajador podrá ser dado de alta médica por curación)¹. Este período de tiempo protegido a través de la prestación es el tiempo del que dispone la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) para, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 98 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974² (TRLGSS-1974), restablecer la salud y la aptitud para el trabajo del trabajador en situación de incapacidad temporal.

Algunas de las disposiciones del TRLGSS-1974, en particular las que regulan la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, no han sido derogadas expresa ni tácitamente a pesar de la publicación de posteriores textos refundidos de la Ley General de la Seguridad Social en 1994 (TRLGSS-1994) y 2015 (TRLGSS-2015)³, por lo que permanecen vigentes. En el contexto del conjunto de la legislación sanitaria que se ha dictado con posterioridad, en particular, la Ley General de sanidad (LGS)⁴ y la Ley de Cohesión

1. Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre (BOE núm. 261, de 31 de octubre de 2015). La duración de la incapacidad temporal está tasada en el artículo 169 del texto legal, incorporándose esa duración a la definición de la situación de incapacidad temporal.

2. Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo (BOE núm. 173, de 20 de julio de 1974).

3. Con posterioridad al TRLGSS-1974 se publican el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE núm. 154, de 29 de junio de 1994) y el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE núm. 261, de 31 de octubre de 2015). No hay derogación expresa en estas normas refundidas posteriores, ni en la legislación sectorial sanitaria promulgada con posterioridad a 1974, de algunas de las normas que regulan la asistencia sanitaria en el TRLGSS-1974 que, también en ausencia de derogación tácita, permanecen vigentes.

4. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986).

y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS)⁵, así como de la numerosa legislación de carácter autonómico, estas normas vigentes contenidas en el TRLGSS-1974 han de ser interpretadas desde una perspectiva sistemática que permite la conexión de la normativa sanitaria con la regulación de las prestaciones por IT. La necesidad de considerar normas integradas en distintos bloques (sanidad, seguridad social) y procedentes tanto del legislador autonómico como del legislador estatal, conlleva que el marco normativo de la asistencia sanitaria en la España de 2025 sea mucho más complejo que el que existía en el momento en el que se formulan, en la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963⁶ (LBSS), los cimientos jurídicos de la actual incapacidad temporal.

En el marco jurídico actual, la asistencia sanitaria ha migrado, desde una concepción como prestación contributiva regulada en el mismo texto legal que la prestación por incapacidad temporal, a tener una regulación prácticamente independiente y paralela al sector normativo de la Seguridad Social, siendo este último el que retiene el conjunto normativo que disciplina la prestación económica por IT. Y, además, ha pasado desde una gestión centralizada a integrarse en el abanico de competencias propias de las Comunidades Autónomas (CC. AA)⁷.

No cabe duda de que la sociedad actual es muy distinta en relación con la de 1963, con distinta estructura y organización productiva y con un mercado laboral muy distante del de entonces. Pero también es distinta la sociedad de 2025 en cuanto a patrones de enfermedad y estructura demográfica; con un sistema sanitario radicalmente distinto y con unos valores también distintos. Esta evolución social y, desde luego, la evolución desde un Estado centralizado hacia el actual Estado de las autonomías, precisa una legislación que, a la hora de regular la protección de la incapacidad para el trabajo, vaya en consonancia con los cambios sociales descritos, pero también con una distinta perspectiva en lo que se refiere al trabajo y a la protección social en el marco del Estado social, democrático y de derecho definido en la Constitución de 1978, que establece las bases de una asistencia sanitaria con vocación universal que se erige como mecanismo de garantía del derecho a la protección de la salud.

En el momento actual, las cifras económicas a las que alcanza la prestación por IT, y las cotas alcanzadas por el fenómeno del absentismo laboral subyacente, han hecho poner el foco del sistema en la prestación por incapacidad temporal. prestación

5. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 128, de 29 de mayo de 2003).

6. Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social (BOE núm. 312, de 30 de diciembre de 1963). La entonces incapacidad laboral transitoria (hoy IT) se regulaba en la Base Séptima, y la asistencia sanitaria en la Base Sexta. La conexión entre ambas prestaciones, la primera “en especie” y la segunda con carácter económico, era evidente: la incapacidad laboral transitoria se verificaría “mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo”. Esta vinculación se mantiene a lo largo del tiempo hasta la actual definición, contenida en el TRLGSS-2015.

7. La organización territorial del Estado, articulada en la Constitución Española (BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978), a través de su Título VIII, determina un modelo organizativo del poder político (y consecuentemente de la Administración) basado en un reparto competencial entre el Estado y las Comunidades Autónomas. En este modelo, la asistencia sanitaria pública puede ser asumida, y de hecho así lo ha sido, por éstas, surgiendo un modelo descentralizado para la asistencia sanitaria pública.



que ocupa a diario la prensa especializada y generalista, y que es objeto de estudios continuos tratando de analizar las causas últimas del fenómeno y de proponer posibles soluciones⁸. El fenómeno se caracteriza por un mayor número de procesos de IT, pero también por una mayor duración de éstos, de manera que el número de procesos de larga duración, aquellos que superan los 365 días de duración, muestra una clara tendencia creciente. Una descripción muy básica de la situación pasa por considerar que los procesos de larga duración suponían el 16,4 % de los procesos en vigor a finales de 2023 frente al 12,7 % de 2018, duplicando su número en los seis años considerados. En este mismo período, los días de IT correspondientes a procesos de más de 365 días aumentaron un 87 %, frente a un incremento más moderado, del 35 %, en los procesos de duración inferior a 12 meses⁹.

II. ASISTENCIA SANITARIA EN EL ÁMBITO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La perspectiva de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social diseñada en la LBSS-1963 y desarrollada en los posteriores textos articulados de la Ley General de la Seguridad Social ha cambiado notablemente; desde su primitiva concepción como un sistema prestacional de base contributiva basado en la condición de beneficiario hasta un Sistema Nacional de Salud (SNS) que tiene como misión prestar una asistencia sanitaria universal, pasando desde la originaria financiación con cuotas sociales hasta su financiación actual mediante los presupuestos generales del Estado¹⁰. La naturaleza de estos cambios, no obstante, mantiene la asistencia sanitaria, ya universalizada, en el ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social, tal y como se mantiene en el artículo 42 TRLGSS-2015, de manera que la universalidad no resulta incompatible con el modelo de asistencia sanitaria enmarcado en el sistema de Seguridad Social, en el que, eso sí, quedaría como una prestación de carácter no contributivo¹¹.

8. Particularmente ilustrativo sobre la situación de la prestación es el informe elaborado por AMAT (Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo) bajo el título *El absentismo laboral derivado de la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC) en el ejercicio 2023*. El informe está disponible en <https://www.amat.es/wp-content/uploads/2024/05/2024-05-09-Informe-de-Absentismo-Laboral-derivado-de-la-ITCC-2023.pdf> (acceso a 15 de mayo de 2025).

9. Peiró, José María; Serrano Martínez, Lorenzo, Goerlich Gisbert, Francisco José; Mínguez Bosque, Consuelo; Pascual Lavilla, Fernando; Davcheva, Marija; Mesa Biosca, Juan Manuel: "Evolución de la incapacidad temporal y la siniestralidad en España", Umivale Activa (MCSS nº 3) e Ivie (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas), junio 2025, disponible en https://doi.org/10.12842/2025_ABS_IT_UmivaleActiva_Ivie. (acceso a 15 de junio de 2025).

10. Moreno Fuentes, Francisco Javier: "Del sistema sanitario de la seguridad social al sistema nacional de salud descentralizado", en Moreno Fernández, Luis (ed.): *Reformas de las políticas del bienestar en España, Siglo XXI*, Madrid, 2009, pp. 101-135. La transformación del sistema de financiación de la sanidad pública culmina en 1999, momento en el que resulta asumida íntegramente desde los presupuestos generales del Estado.

11. Sánchez Fierro, Julio S.: "El Tribunal Constitucional ante una reforma sanitaria aprobada por real decreto-ley", *FORO, Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales Nueva Época*, núm. 19(2), 2016, pp. 395-412. Recuerda el autor que el Pacto de Toledo ratificó en su día que las prestaciones sanitarias han de entenderse como prestaciones no contributivas de la Seguridad Social atendiendo al cambio de modelo de financiación de la sanidad, que había migrado desde un modelo mixto (financiación con cotizaciones e impuestos) hacia un modelo financiado exclusivamente desde la recaudación fiscal.

Este cambio en la orientación de la asistencia sanitaria y del contexto en el que se presta, ha precisado el desarrollo de un andamiaje jurídico completo para la asistencia sanitaria del SNS. Este nuevo marco, si bien no llega a derogar los conceptos inherentes a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, sí que los ha llegado a matizar de manera significativa. Así, han caído prácticamente en el olvido disposiciones legales vigentes a fecha de hoy y recogidas en el ya aludido TRLGSS-1974, resultando particularmente relevante para lo que nos ocupa, el objeto que la precitada norma atribuye a la ASSS, que no se limita sólo conservar o restablecer la salud, sino que además ha de procurar la recuperación de la aptitud para el trabajo¹².

En el Estado social, democrático y de derecho nacido del régimen constitucional de 1978, los derechos sociales son ya inherentes al ciudadano y, entre ellos, se reconoce el derecho a la protección de la salud en el artículo 43º de la Constitución, imponiendo a los poderes públicos la obligación de intervenir en las actuaciones de protección de la salud de los ciudadanos. Y el modelo a través del cual ha de articularse esa protección ha de desarrollarse en un determinado terreno de juego: el del Estado de las Autonomías. La ASSS se situaba en 1978 bajo la responsabilidad de una Entidad Gestora, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), incardinado en el departamento ministerial competente en materia de sanidad¹³. El INSALUD constituyó así un ente “de transición”, que dio paso a los servicios sanitarios públicos que se organizarían posteriormente en el ámbito de las administraciones autonómicas. En el modelo de organización territorial que se diseña en el título VIII de la Constitución, la sanidad se dibuja en un paisaje descentralizado en el ámbito de las competencias de las CC.AA, quedando reservadas al Estado las competencias en cuanto a legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social mientras que las CC. AA asumían la asistencia sanitaria propia de la Seguridad Social¹⁴ (dicho sea de paso, junto a otros subsistemas de asistencia sanitaria, como la sanidad local o la gestionada por las diputaciones provinciales).

Si la situación del servicio sanitario transferido desde el INSALUD ya era problemática, la descentralización hacia los servicios de salud de las comunidades autónomas ha dado lugar a un total de diecisiete situaciones distintas (dieciocho si contamos con la gestión de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla) y no menos problemáticas

12. Así se establece en el artículo 98.1 al recogerse que la asistencia sanitaria del Régimen General de la Seguridad Social tiene por objeto la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos conducentes a conservar o restablecer la salud de los beneficiarios de dicho régimen, así como su aptitud para el trabajo.

Debe entenderse que esta protección alcanza también a los trabajadores por cuenta propia en una interpretación sistemática de este precepto en relación con los artículos 314 y 42 TRLGSS-2015.

13. El Real Decreto-ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo (BOE núm. 276, de 18 de noviembre de 1978) crea, como Entidades Gestoras de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para la administración y gestión de servicios sanitarios.

14. Será el artículo 149.1. 17ª de la Constitución el que avale esta gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social por parte de las CC. AA, ya que, en su virtud, el Estado tiene competencia exclusiva sobre la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas. Carece de sentido técnico la separación entre “sanidad e higiene” (competencia de las CC. AA en virtud del artículo 148 CE) y asistencia sanitaria, por lo que la transferencia de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, gestionada por el INSALUD fue sólo cuestión de tiempo.

que, tanto individualmente como en su conjunto, condicionan la gestión de la prestación por incapacidad temporal. Así, la separación entre responsabilidad económica de la prestación y el control de la asistencia sanitaria inherente a la misma entre distintas administraciones añade un plus de dificultad a la gestión de la prestación, haciendo necesario que se establezcan mecanismos de coordinación entre distintas Administraciones Públicas para garantizar la eficiencia conjunta del sistema¹⁵.

No obstante, no se agotan las dificultades en la necesidad de articular mecanismos de coordinación, ya que a pesar de que ésta sea exquisita, es necesario tener en cuenta que cualquier problema de gestión que se produzca en el ámbito de la asistencia sanitaria, y por lo tanto en la gestión de las comunidades autónomas, tiene una translación inmediata a la gestión de la prestación económica como competencia de la Seguridad Social a través de las entidades gestoras o colaboradoras, que carecen por completo de capacidad para reaccionar ante problemas de gestión que son por completo ajenos a su ámbito de competencia. Y si hay alguna dificultad asistencial que preocupe sobremanera al sistema sanitario, y por ende a la gestión de la prestación económica, es sin duda el crecimiento de las listas de espera en el sistema sanitario público^{16, 17}. Si bien el énfasis se suele poner en los datos sobre las listas de espera quirúrgicas (cuya evolución se describe en los gráficos 1 y 2), lo cierto es que la indicación del tratamiento quirúrgico y su realización es sólo una parte del tratamiento, que precisa previamente de un diagnóstico para el que el usuario ha pasado por listas de espera sucesivas para acceder a consultas de atención especializada y de pruebas complementarias. Y no será extraño que, tras el tratamiento quirúrgico, el usuario precise de nuevas medidas diagnósticas y terapéuticas, como es el caso de la rehabilitación. Es por este motivo que el sistema de información de listas de espera quirúrgica resulta ser un buen termómetro sobre el funcionamiento del sistema, pero no nos proporciona datos sobre el tiempo invertido en proporcionar una solución médica al problema concreto de salud que se ha de atender y recuperar.

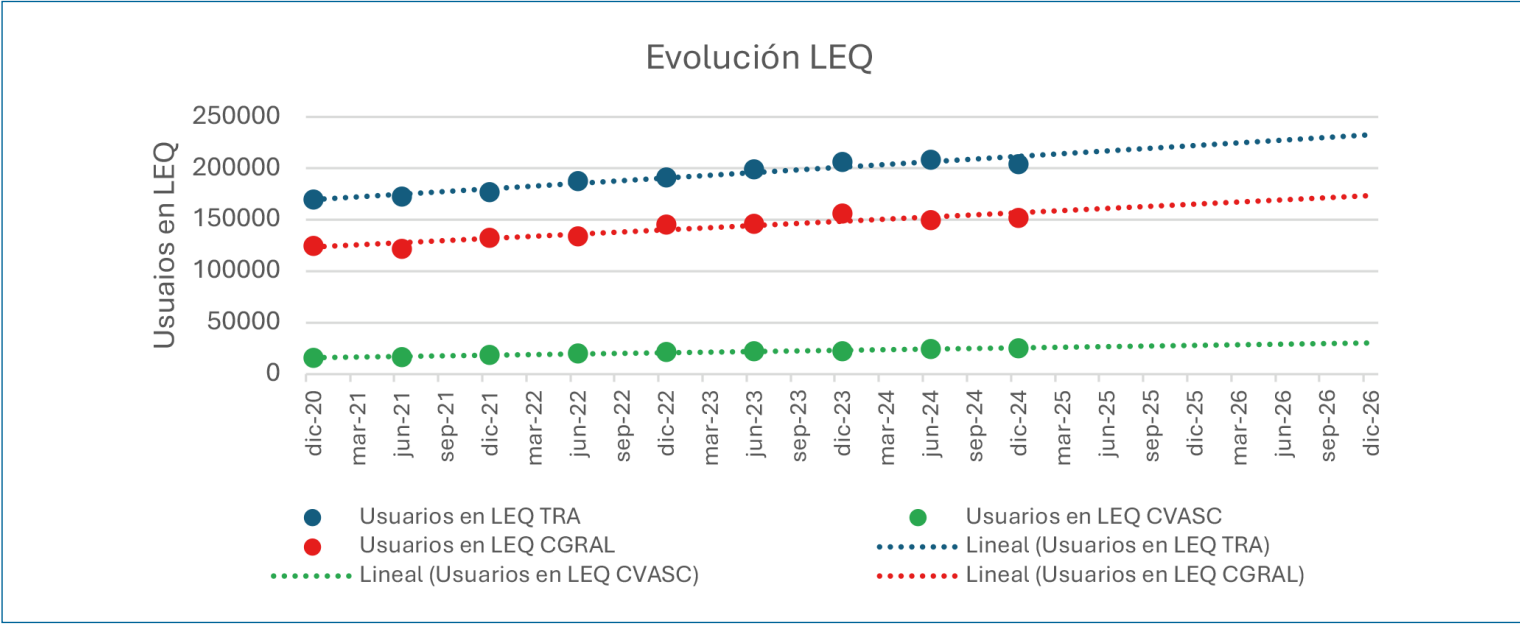
15. Monereo Pérez, José Luis y Rodríguez Iniesta, Guillermo: "Propuestas de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formuladas por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) (Análisis técnico jurídico y de política del Derecho)", *Revista de Derecho de la Seguridad Social-Laborum*, núm. 38, 2024, pp. 15-38. La gestión separada entre el responsable económico y el prestador de la atención sanitaria añade complejidad a la gestión de la prestación por IT. Las propuestas de reformas legislativas han de contemplar esta realidad y han de comprender, necesariamente, medidas sobre la regulación normativa de la asistencia sanitaria en relación con la IT.

16. Navarro Arribas, Carmen y Chicano Díaz, Salvador: "La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión", *Medifam*, núm. 13(1), 2003, pp. 37-42. Desde el punto de vista del médico asistencial que ejerce en atención, la reducción de las listas de espera es un elemento clave para mejorar la gestión de la IT. Describen los autores una serie de experiencias que, en el ámbito de la atención quirúrgica y de la patología reumatológica, han abordado medidas para la reducción de las esperas asistenciales, traduciéndose éstas en un impacto favorable en lo que a la duración de la IT en estos procesos se refiere.

17. Caldas Blanco, Ramón; Violán Fors, Carmen; García Fernández, Juan José; Domínguez, Francisco Pedro; Ruiz Téllez, Antonio; Quijano Terán, Fernando y Borrell i Carrió, Francesc (coord.): "Incapacidad temporal: mejoras en la gestión", *Atención Primaria*, núm. 25(2), 2000, pp. 116-125. La preocupación por el impacto de las listas de espera en la gestión de la IT no es nueva. Recogen los autores en su artículo un estudio de los factores que determinan la prolongación de las situaciones de IT, entre las que claramente identifican, ya hace 25 años, la situación de las listas de espera en atención especializada, incluyendo los retrasos para acceder a pruebas complementarias o para la rehabilitación postquirúrgica.

Gráfico 1

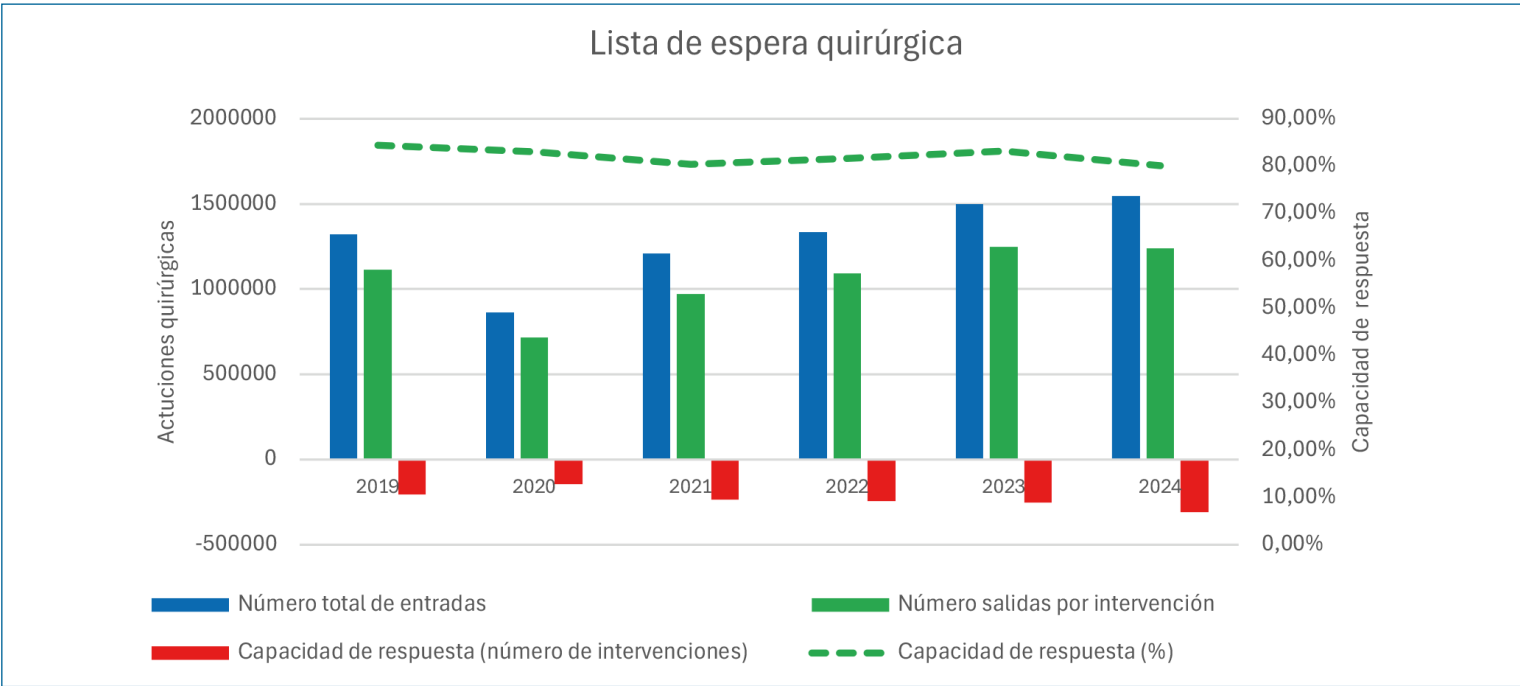
Evolución de la lista de espera quirúrgica (LEQ) en el período diciembre 2020 a diciembre 2024 y tendencia (lineal) en tres especialidades (TRA traumatología y cirugía ortopédica; CVASC cirugía vascular; CGRAL cirugía general y del aparato digestivo)



Elaboración propia a partir de datos publicados en el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad)¹⁸. En el período considerado, las LEQ han registrado incrementos del 22'2 % en traumatología y cirugía ortopédica, del 21'4 % en cirugía general y del aparato digestivo y del 61'0 % en cirugía vascular. Si bien sólo se recogen aquí los datos de tres especialidades, la situación en el conjunto de la lista de espera quirúrgica puede aproximarse bastante bien a través del comportamiento que se muestra.

Gráfico 2

Evolución de las actuaciones quirúrgicas en el período 2019-2024



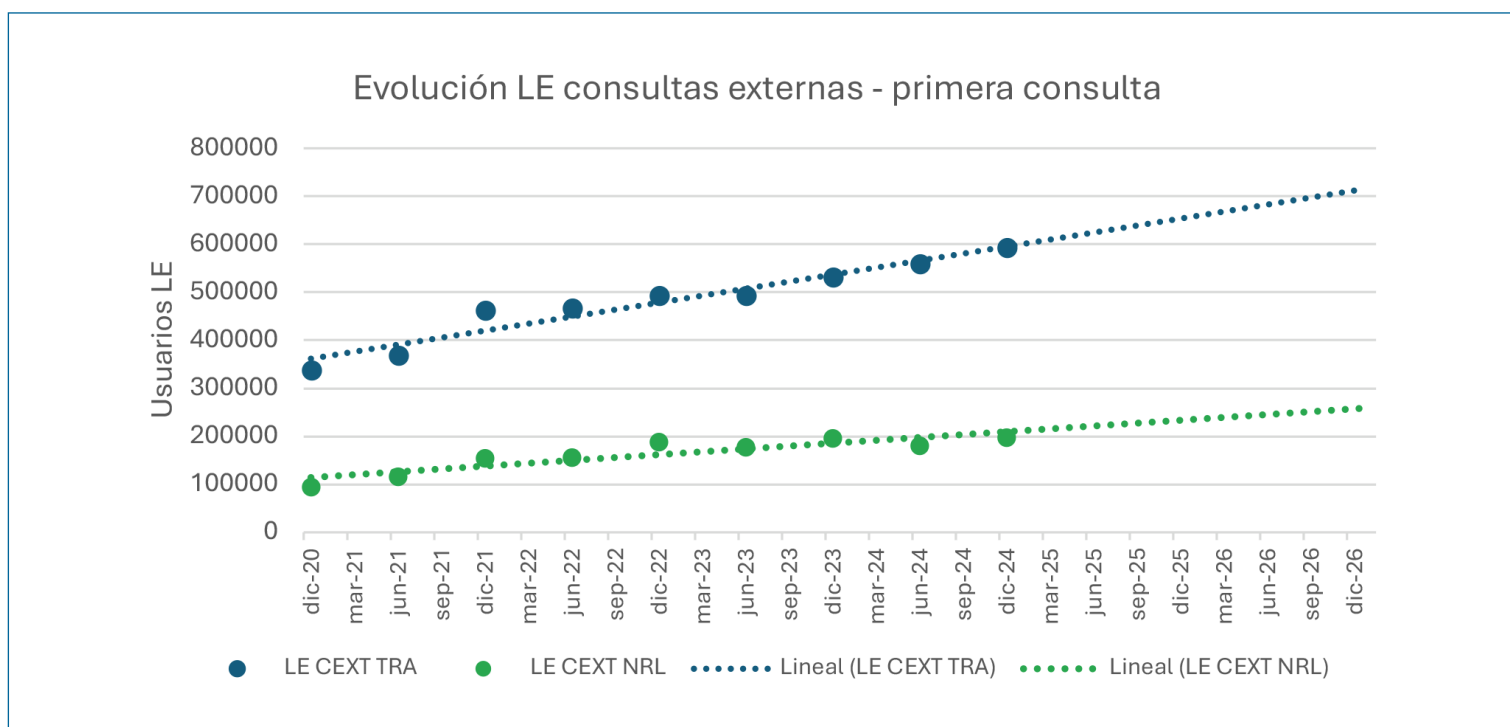
Fuente: Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud. Situación a 31 de diciembre de 2024¹⁹. En rojo, número de intervenciones que no han podido realizarse en el ejercicio (Número de salidas por intervención – Número de entradas) por insuficiencia de medios y pasan por tanto a lista de espera estructural. En línea discontinua, el porcentaje que, sobre el total de entradas, representa las salidas por intervención efectuada (capacidad de respuesta), que apenas supera el 80 % en 2024.

18. Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad), disponible en <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>. (acceso a 1 de junio de 2025).

19. Disponible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_dic2024.pdf. (acceso a 1 de junio de 2025).

Gráfico 3

Evolución de las listas de espera para primera consulta en atención especializada en el período diciembre 2020 a diciembre 2024 y tendencia (lineal) en dos especialidades (TRA traumatología y cirugía ortopédica; NRL neurología)



Elaboración propia a partir de datos publicados en el Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad).

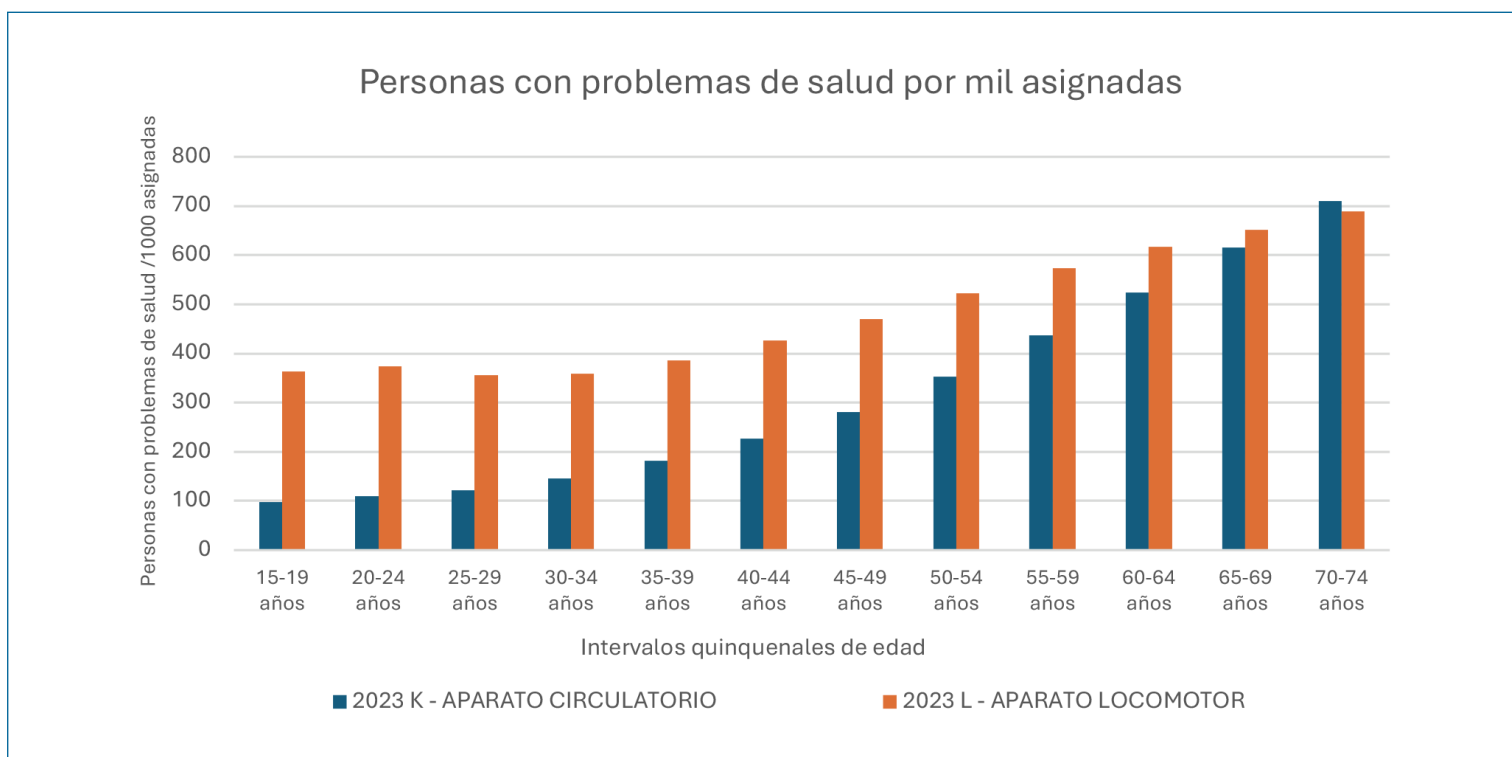
Ha de enfrentarse además el sistema sanitario, e inmediatamente después el sistema de prestaciones económicas de incapacidad temporal, a las dificultades derivadas de un claro aumento de la carga de enfermedad, y sobre todo en determinadas patologías, pudiéndose citar las derivadas de problemas del aparato circulatorio o relacionados con el aparato locomotor (gráfico 4). Y todo esto sin perder de vista que el retraso en la edad de jubilación hace que en estas últimas etapas de la vida activa del trabajador^{20, 21}, en los que se acumula una mayor carga de enfermedad, sea relativamente frecuente encontrar procesos de incapacidad temporal prolongados en el contexto de pluripatología, muy característicamente presente cuanto mayor es la edad del trabajador. Y sobre estas circunstancias, incide además sobremanera la escasez de profesionales sanitarios, que compromete la capacidad de respuesta de los servicios asistenciales.

Gráfico 4

Personas con problemas de salud por cada 1000 personas asignadas: progresión en función de la edad

20. Villaplana García, María; Sáez Navarro, Concepción; Meseguer de Pedro, Mariano y García-Izquierdo, Mariano: "Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España", *Atención Primaria*, núm. 47(2), 2015, pp. 90-98. Los autores identifican claramente la edad como una variable asociada a un incremento en la duración de los procesos de IT por contingencias comunes.

21. Vicente Pardo, José Manuel: "La gestión de la incapacidad laboral: algo más que una cuestión económica", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 64(251), 2018, pp. 131-160. El aumento de la edad supone un deterioro biológico de facultades físicas y mentales esperado, erigiéndose en un factor determinante de una mayor comorbilidad de procesos y, finalmente, del pronóstico de cualquier proceso por cuanto las posibilidades de recuperación funcional disminuyen con la edad más avanzada. Por todo ello, la edad es un factor que claramente condiciona la situación de incapacidad.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos contenidos en Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP)²²; datos del año 2023. El gráfico muestra una clara tendencia al incremento en la prevalencia de problemas de salud del aparato locomotor y del aparato circulatorio conforme avanza la edad (segmentada en intervalos quinquenales)

Esta incapacidad del sistema sanitario asistencial público para asumir una creciente demanda, sobre todo en determinadas especialidades, conlleva que cada vez con más frecuencia se acuda por el usuario a la asistencia sanitaria privada como “complemento” a la que se presta desde el servicio sanitario público. De esta manera, entre el 14 y el 15 % de la población con 15 o más años cuenta con una cobertura mixta, pública y privada, de la asistencia sanitaria²³, siendo más habitual la disponibilidad de un seguro médico privado en grupos de población económicamente más favorecidos²⁴. Esta circunstancia también repercute en la gestión de la incapacidad temporal, ya que, si bien los servicios sanitarios privados no cuentan con la posibilidad de intervenir en la emisión de partes de baja, alta y confirmación²⁵, no hay duda de que condicionan la evolución del proceso que causa la incapacidad temporal mediante la realización de actuaciones diagnósticas y terapéuticas cuyos efectos se trasladan al proceso de incapacidad temporal, creando en algunos casos interferencias notables

22. Base de Datos de Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). Consulta de número de personas con problemas de salud / 1000 personas asignadas; año 2023, aparato circulatorio (K) y aparato locomotor (L); según intervalos quinquenales.

23. Encuesta europea de salud en España. Instituto Nacional de Estadística (INE). Disponible en https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175 (acceso a 15 de mayo de 2025).

24. Martín Fernández, Jesús y Rodríguez Cabrera, Francisco: “Accesibilidad al Sistema Nacional de Salud: equidad y listas de espera, un estudio observacional”, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, núm. 170(3), 2024, pp. 171-177. La existencia de seguro privado y el grupo social estaban fuertemente asociados: el 27'46 % (IC 95 %: 19'2-37'6 %) de las personas del grupo social alto tenía seguro privado, mientras que del grupo social menos favorecido sólo lo tenía el 8'4 % (IC 95 %: 5'6-12'4 %). Lo mismo ocurría con la variable nivel de estudios: en el grupo social alto tenían estudios superiores el 42'0 % (IC 95 %: 39'1-45'0 %), mientras que en el grupo social bajo solo tenían estudios superiores el 6'8 % de las personas (IC 95 %: 5'7-7'8 %).

25. Hecha la salvedad del caso del mutualismo administrativo a través de la Mutualidad General de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS). Los funcionarios protegidos por este sistema pueden optar por el SNS o por servicios privados como prestadores de la asistencia sanitaria dentro de su régimen especial de la seguridad social, servicios privados que, en esa condición, emiten los correspondientes partes médicos de incapacidad temporal.



al proporcionar tratamientos que condicionan situaciones de incapacidad temporal ante demandas clínicas de atención que, inicialmente, no deberían ser constitutivas de incapacidad temporal²⁶. Esta intervención de medios asistenciales privados en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de trabajadores en situación de incapacidad temporal ha llevado, incluso, a la redefinición del papel de la ASSS en la prestación de incapacidad temporal, y así lo encontramos en la STS 46/2020, de 8 de enero (ECLI:ES:TS:2020:46), en la que se reorienta la definición de la asistencia ASSS en relación con la IT, conceptualizando la misma como un mecanismo para garantizar el control por parte de los servicios públicos de salud de la situación incapacitante y del adecuado tratamiento recuperador y, por tanto, “escindible” de la prestación de la concreta medida asistencial, que puede ser prestada, bajo este prisma, por parte de recursos completamente ajenos a los servicios sanitarios públicos. No obstante, este control por parte de los servicios sanitarios públicos no puede ser completo, ya que la información clínica generada en el circuito asistencial privado permanece en su mayor parte en un sistema de historia clínica independiente y, por tanto, no está disponible para la toma de decisiones en la gestión del proceso de IT. Se genera así un nicho de ineficiencia que es preciso abordar si efectivamente se ha de asumir esta redefinición de la ASSS en el ámbito de la IT.

III. MEDIDAS DE COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD Y LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL

71

La complejidad de la gestión de una prestación en la que intervienen los servicios públicos de salud (prestadores de asistencia sanitaria), las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social (MM.CC.SS); a la vez prestadores de asistencia sanitaria y gestoras de la prestación económica), las empresas (colaboradoras obligadas en el pago delegado de la prestación y, en algún caso, colaboradoras voluntarias en el aseguramiento y en la prestación de asistencia sanitaria), la Tesorería General de la Seguridad Social (recaudadora de las cotizaciones), el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Social de la Marina (gestores de la prestación económica), hace imprescindible la existencia de mecanismos adecuados de coordinación entre todos los agentes participantes, coordinación que necesariamente pasa por disponer de un sistema de información que permita que cada uno de los agentes realice su función.

Es el artículo 71 TRLGSS el que da soporte legal al intercambio de información entre todos estos agentes, siendo necesario que se trate de una disposición de rango legal para permitir un complejo tratamiento de datos al amparo de lo previsto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de

26. Ocurre así con determinados tratamientos que podrían ser considerados como meramente estéticos, pero que, al conllevar actuaciones quirúrgicas, se traducen casi inevitablemente en una situación de incapacidad temporal que podrá, no obstante, no dar derecho al subsidio, tal y como se sostiene en STS 5017/2012, de 21 de febrero (ECLI:ES:TS:2012:5017).



2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos)²⁷ y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales²⁸.

La necesidad de disponer de instrumentos de coordinación entre los distintos agentes implicados en la gestión de la incapacidad temporal ha fundamentado el desarrollo de convenios alrededor de los cuales se han instrumentalizado las obligaciones que recaen sobre cada uno de los agentes que participan en la gestión. Así, se encuentran en vigor, tras sucesivas reediciones, los convenios suscritos por el INSS con las distintas CC. AA a efectos de garantizar la adecuada gestión del sistema de información de la IT²⁹, persiguiendo la mejora de la calidad de los partes médicos y de los circuitos informáticos de comunicación entre el ámbito médico-asistencial y el de la gestión de la prestación económica. Estos convenios inciden también en la mejora de la gestión, por parte de los servicios sanitarios de las CC. AA, de las propuestas de alta efectuadas por las MM.CC.SS en contingencias comunes o las mejoras de la formación de médicos asistenciales en materia de gestión de la incapacidad temporal.

Particularmente relevante en estos convenios es el énfasis que se pone en la mejora de los instrumentos para la toma de decisiones asistenciales por parte de los médicos de los servicios sanitarios públicos, insertando en los sistemas de control clínico de la incapacidad temporal referencias a los tiempos óptimos de duración del proceso y, en las últimas ediciones de estos convenios, de los concretos requerimientos laborales que se establecen para cada actividad laboral.

Además, son estos convenios los que han instrumentalizado la puesta en marcha de los medios técnicos para que los médicos inspectores de la Entidad Gestora dispongan del acceso a la historia clínica del servicio sanitario público, en cumplimiento de lo dispuesto en el precitado artículo 71 TRLGSS-2015.

27. Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos) (DOUE de 4 de mayo de 2016).

28. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales (BOE núm. 294, de 6 de diciembre de 2018). El artículo 8 establece que el tratamiento de datos personales solo podrá considerarse fundado en el cumplimiento de una obligación legal exigible al responsable, en los términos previstos en el artículo 6.1.c) del Reglamento (UE) 2016/679, cuando así lo prevea una norma de Derecho de la Unión Europea o una norma con rango de ley, que podrá determinar las condiciones generales del tratamiento y los tipos de datos objeto del mismo así como las cesiones que procedan como consecuencia del cumplimiento de la obligación legal. El artículo 71 TRLGSS-2015 prevé además que los intercambios de información en su ámbito objetivo de aplicación, que comprende la gestión de las prestaciones por IT y, en especial, el intercambio de datos médicos, no precisa del consentimiento del interesado de acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento UE 2016/679.

29. La última versión de este convenio, en lo que se refiere a la CA de Extremadura, la encontramos en la Resolución de 2 de enero de 2025, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Comunidad Autónoma de Extremadura, para el control de la incapacidad temporal durante el periodo 2025 a 2028 (BOE núm. 20, de 23 de enero de 2025).

A lo largo de su evolución, los convenios han ido adaptando sus objetivos a las necesidades de la gestión de la incapacidad temporal, distribuyéndose estos objetivos en dos grandes apartados:

- a) Un programa de actividades a desarrollar por los servicios sanitarios públicos. Se corresponde con un programa “de medios” que tiene como finalidad mejorar la gestión de la prestación.
- b) El planteamiento de objetivos de racionalización del gasto. Se trata de objetivos que de alguna manera miden en qué medida se traducen aquellos medios en resultados (medidos en costes económicos, incidencia de procesos de IT y prevalencia de procesos de IT).

En función del grado de cumplimiento de estos objetivos, “de medios” y de “resultados” corresponderá a la CA un determinado porcentaje del crédito máximo contenido en el convenio. Un análisis interesante sería el que nos condujese a valorar el impacto económico de estos convenios en el conjunto del presupuesto con el que cuenta la CA para prestar asistencia sanitaria. Para el ejercicio 2025, el crédito máximo del que dispone el INSS es de 315.023.458'60 €, que se destina a dar cobertura económica a los convenios para todas las CC.AA. e INGESA³⁰ (excluidas la Comunidad Foral de Navarra y la Comunidad Autónoma del País Vasco). Este crédito máximo ha de distribuirse entre las CC.AA. (e INGESA) en proporción al número de asegurados con derecho a la prestación de Incapacidad Temporal en el Sistema de la Seguridad Social, tomando en consideración el número medio de asegurados durante el período que transcurra entre el mes de octubre del ejercicio anterior y el mes de septiembre del ejercicio al que corresponda la liquidación.

Si bien no tenemos un agregado del presupuesto sanitario del conjunto de las CC.AA. para determinar el peso económico que el crédito que una CA puede obtener a través de este convenio en relación con su presupuesto sanitario, podemos poner como referencia el dato de la CA de Extremadura. No se ha publicado el dato distribuido por CC.AA., pero extrapolando el dato de 2015, en el que el crédito máximo que podría obtener la CA de Extremadura suponía el 2'36 % del crédito total³¹,

30. INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria), adscrito al Ministerio de Sanidad, es una entidad gestora de la Seguridad Social, adscrita al Ministerio de Sanidad a través de la Secretaría de Estado de Sanidad, con naturaleza de entidad de derecho público y capacidad jurídica para el cumplimiento de los fines que le están encomendados, entre los que se encuentra gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las ciudades de Ceuta y Melilla, tal y como se recoge en el Real Decreto 118/2023, de 21 de febrero, por el que se regula la organización y funcionamiento del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (BOE núm. 45, de 22 de febrero de 2023).

31. Así se desprende de la publicación de la distribución del crédito que publicó el Ministerio de Inclusión, seguridad social y migraciones para el ejercicio de 2015, disponible en [https://www.inclusion.gob.es/w/la-seguridad-social-traslada-318-millones-a-las-ccaa-para-mejorar-y-modernizar-la-gestion-de-la-incapacidad-temporal#:~:text=Convenios%20de%20colaboraci%C3%B3n-,La%20Seguridad%20Social%20traslada%20318%20millones%20a%20las%20CCAA%20para,gesti%C3%B3n%20de%20la%20Incapacidad%20Temporal&text=La%20Seguridad%20Social%20ha%20trasladado,la%20Incapacidad%20Temporal%20\(IT\)](https://www.inclusion.gob.es/w/la-seguridad-social-traslada-318-millones-a-las-ccaa-para-mejorar-y-modernizar-la-gestion-de-la-incapacidad-temporal#:~:text=Convenios%20de%20colaboraci%C3%B3n-,La%20Seguridad%20Social%20traslada%20318%20millones%20a%20las%20CCAA%20para,gesti%C3%B3n%20de%20la%20Incapacidad%20Temporal&text=La%20Seguridad%20Social%20ha%20trasladado,la%20Incapacidad%20Temporal%20(IT)) (acceso a 5 de junio de 2025). El presupuesto del Servicio Extremeño de Salud alcanza en 2025 los 2.345 millones de euros (<https://www.juntaex.es/w/comision-hacienda-presupuestos-salud-2025>) (acceso a 5 de junio de 2025).

un cumplimiento del 100 % de los objetivos del convenio para 2025 podría suponer para la CA de Extremadura unos 7.499.920 €; aproximadamente un 0'32 % de los 2.345.000.000'00 € que constituyen el presupuesto de la CA para la asistencia sanitaria durante el ejercicio de 2025 (gráfico 5). Esta limitada aportación al presupuesto sanitario contrasta con el impacto económico que se ha estimado podría suponer la gestión sanitaria sobre los costes en IT. Así, en un estudio realizado en 2014, la lista de espera quirúrgica de entonces en la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología en la CA de Extremadura se estimó que podría suponer un sobrecoste en la IT de unos 14.000.000 € (del año 2014)³².

Gráfico 5

Importe máximo a percibir por la CA de Extremadura en el ámbito del Convenio suscrito con el INSS para la gestión de la incapacidad temporal (estimado) en relación con el presupuesto del Servicio Extremeño de Salud; ejercicio 2025



32. Alonso Núñez Vicente: "Sobrecostes por incapacidad laboral para el trabajo (IT) de pacientes en lista de espera quirúrgica de Traumatología y Cirugía Ortopédica en el Área de Salud de Badajoz y en Extremadura", *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, núm. 16(2), 2015, pp. 169-175. Hay que tener en cuenta que esos 14.000.000 € de sobrecoste en la IT en 2014 que concluye el autor se calculan sólo para la lista de espera quirúrgica en la especialidad de traumatología y cirugía ortopédica, en función de las listas de espera quirúrgicas de 2014, sensiblemente inferiores a las actuales. Solamente actualizando el valor económico de esos 14.000.000 € a 2025 (<https://www.dineroeneltiempo.com/inflacion/euro-espana/de-2015-a-valor-presente?valor=14000000&ano2=2025>, acceso a 5 de junio de 2025) ya tendríamos 17.702.715 €, y es preciso tener presente que, en esa concreta especialidad, el aumento de las listas de espera quirúrgica ha sido muy considerable desde el momento en el que se realiza el estudio; el año 2014. Si comparamos esos 17.702.715 € de sobrecoste estimado para 2025 con los 7.499.920 € que podría obtener como máximo la CA de Extremadura del convenio para la mejora de la gestión de la IT en 2025, resulta que sólo el sobrecoste atribuido a la lista de espera quirúrgica de esta especialidad multiplica por 2'4 el crédito máximo alcanzable por cumplimiento del 100% de los objetivos del convenio para 2025.

En fase más embrionaria se encuentran una serie de convenios que permitirían la coordinación de los servicios sanitarios públicos de las CC.AA. con los servicios asistenciales de las MM.CC.SS con el objetivo de optimizar los recursos diagnósticos y terapéuticos de los que disponen estas entidades colaboradoras, permitiendo la realización de estudios complementarios e incluso de intervenciones terapéuticas de manera coordinada con los servicios asistenciales del SNS³³. Estas actuaciones de los servicios asistenciales de las MM. CC. SS suponen un paso más sobre los actuales mecanismos de participación de los servicios sanitarios de estas entidades en la gestión de la prestación de asistencia sanitaria, que en el momento actual, al menos en el plano jurídico, se sitúan en lo que a contingencias comunes se refiere en un papel de mero apoyo a los servicios sanitarios del SNS más que asumiendo una auténtica gestión de la asistencia sanitaria.

Estos convenios constituyen un avance asentado sobre las previsiones del artículo 82.4 d) TRLGSS-2015, que establece que las MM.CC.SS. podrán realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores, con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria de los procesos de IT, siempre previa autorización del médico del servicio público de salud y con el consentimiento informado del paciente. Los resultados de estas pruebas y tratamientos han de ponerse a disposición del facultativo del servicio público de salud que asista al trabajador a través de los servicios de interoperabilidad del Sistema Nacional de Salud para su incorporación en la historia clínica electrónica del paciente³⁴ y garantizar así el seguimiento del proceso asistencial.

IV. POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN DESDE LA NORMATIVA SANITARIA

Y si hasta aquí se ha tratado de hacer una descripción de la realidad presente, a la luz de la situación de la prestación por IT parece evidente que es preciso plantearse, además, si conviene estudiar posibles desarrollos normativos que doten al sistema de unas mejores herramientas para gestionar la prestación. La norma positiva debe estar orientada a dar soluciones a la realidad de cada momento y, en tanto que realidad cambiante, es preciso bien acomodar la norma a la realidad o bien ahormar la

33. En la nota informativa de la subdirección general de gestión de incapacidad temporal, prestaciones económicas del sistema de la seguridad social en su modalidad no contributiva y otras prestaciones a corto plazo de fecha 1 de febrero de 2024, sobre el procedimiento a establecer en el convenio de colaboración entre los servicios públicos de salud, las mutuas colaboradoras con la seguridad social, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS) y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), disponible en:

<https://www.cograsova.es/adjuntosmail/2024/20240205/NOTA%20Informativa.pdf> (accedido 21/05/2024), encontramos una exposición detallada del procedimiento de coordinación entre los distintos agentes implicados en la gestión de la IT para la atención y gestión de determinados procesos de IT relacionados con patología del aparato locomotor.

34. Esta previsión normativa coloca a las MM. CC. SS en un evidente papel de apoyo al SNS, sobre el que recae la responsabilidad última de la asistencia sanitaria. Es preciso tener en cuenta que las MM. CC. SS actúan en este sentido sobre los trabajadores en situación de IT que tienen la cobertura de la prestación económica por IT, cada MCSS con respecto a sus trabajadores, mientras que los servicios sanitarios del SNS tienen bajo su responsabilidad la asistencia sanitaria por contingencia común del conjunto de la población.



realidad al marco jurídico vigente, si bien este último planteamiento parece, *a priori*, bastante más complejo. De lo hasta aquí expuesto, pueden concluirse líneas de actuación, que, si bien requerirán estudios más detallados basados en un exhaustivo análisis de los datos, pueden ser esbozadas sin dificultad.

A. Mecanismos de coordinación

Los mecanismos de coordinación instrumentados bajo la figura de convenios de colaboración tienen, a la luz de los datos de situación, un alcance limitado. Han constituido un elemento esencial en lo que se refiere a la compensación económica de los esfuerzos que han de realizar las CC.AA. para atender las necesidades de gestión de la prestación en cuanto a la transmisión de partes de baja, alta y confirmación o a la necesidad de poner en marcha los medios necesarios para que los médicos inspectores adscritos a la Entidad Gestora de las prestaciones económicas por IT puedan acceder a las historias clínicas gestionadas por los servicios sanitarios públicos. Pero estos instrumentos se muestran claramente insuficientes en lo que al control de la prestación se refiere, sobre todo en el ámbito de las demoras asistenciales, siendo muy habitual que la recuperación funcional se prolongue en el tiempo más allá del tiempo previsto para la IT (365 días prorrogables por otros 180 días más cuando se prevea que en esa prórroga pueda ser el trabajador dado de alta por mejoría o curación), llegándose a alcanzar la demora de la calificación en el expediente de Incapacidad Permanente (IP) que ha de instruirse al agotamiento de la duración máxima de la IT (545 días)³⁵. Esta demora de la calificación, prevista como una excepción en la norma, ha llegado a adquirir un marcado protagonismo en el procedimiento de calificación, siendo muy numerosos los procedimientos que, a causa de las demoras asistenciales, alcanzan la situación de demora de la calificación³⁶. A la vista de la situación descrita, la realidad de la prestación en lo que se refiere al control de los procesos que superan los

35. La demora de la calificación se contempla como una excepción a la norma general que impone la calificación del grado de incapacidad permanente que corresponda (o la inexistencia de grado alguno de incapacidad permanente) en el plazo de los noventa días naturales siguientes al agotamiento de la IT. Tal y como prevé el artículo 174 TRLGSS-2015, en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación, esta podrá retrasarse por el período preciso, sin que en ningún caso se puedan rebasar los setecientos treinta días naturales (computando los ya agotados 545 días de IT). Esto supone, en la práctica, que, desde el agotamiento de la IT, y bajo la figura de la prórroga de efectos económicos de la misma, la protección de la situación de IT se puede prorrogar durante 185 días más tras el agotamiento de la duración máxima de la prestación.

36. Fernández Villarroel, José Carlos; Gómez Sánchez, Manuel; Martín Arrojo, María del Carmen; Paredes Rodríguez, Manuel y Calles Martín, María: "Estudio sobre demoras de calificación en la provincia de Cáceres en el periodo 2008-2013", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 60, 2014, pp. 224-228. Sobre los casos de prórroga de la IT gestionados desde la dirección provincial del INSS de Cáceres en el periodo 2008 a 2012, advierten los autores un incremento progresivo de las situaciones que precisan un periodo superior a los 545 días a causa del retraso en la respuesta asistencial del sistema sanitario público a los trabajadores perceptores de incapacidad temporal. No se han localizado estudios posteriores sobre el mismo tema que puedan mostrarnos la situación en el momento actual, pero atendida la evolución de las listas de espera y el crecimiento del número de procesos de IT, es previsible que el número de expedientes que alcanzan la demora de calificación sea superior en estos momentos al identificado por los autores en el periodo 2008 a 2012.



365 días de duración supone un auténtico desafío para la Entidad Gestora, que ha de asumir un incremento del 100 % en el número de procesos que alcanzan los 365 días de duración que se ha constatado en el período comprendido entre 2018 a 2023³⁷. Partiendo de la existencia de las ya aludidas demoras asistenciales, un análisis de las normas que disciplinan la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la actuación de los servicios públicos de salud nos puede ayudar a dibujar el terreno de juego en el que nos encontramos para poder identificar posibles abordajes de la situación desde la perspectiva de la norma positiva.

Una primera norma para analizar es la que ha de regular las funciones de los servicios sanitarios públicos como entidades gestoras de la ASSS, ya que, aparentemente al menos, no está totalmente desarrollada la forma en la que los servicios sanitarios han de funcionar en lo que se refiere a las prestaciones por incapacidad. El acceso a los servicios hospitalarios (han de entenderse de atención especializada) se efectúa a través de una lista de espera única, según se dispone en el artículo Dieciséis 2 LGS. La aplicación literal de este precepto lleva a que los trabajadores en situación de IT hayan de someterse a la misma lista de espera que el resto de usuarios del SNS, si bien en la misma LGS, concretamente en su disposición final duodécima, se dispone que “[e]l Gobierno determinará las condiciones y el régimen de funcionamiento de los servicios sanitarios, en relación con el cumplimiento de las competencias que tiene adscritas la Seguridad Social en materia de inválidos, incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional”.

Habrà pues que efectuar una interpretación integradora de estas dos normas con el mismo rango; la que dispone la lista de espera única y la que defiende a la potestad reglamentaria la regulación de un funcionamiento particular del sistema en el ámbito subjetivo de los perceptores de prestaciones por incapacidad. Abrió el legislador la puerta a que se contemplase un régimen específico de funcionamiento de los servicios sanitarios públicos en atención a las competencias que tiene adscritas la Seguridad Social en materia, entre otras, las relacionadas con la IT. Y este funcionamiento específico debe ponerse en conexión con la prestación en los términos en los que ésta está definida, de manera que, si la finalidad de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social es la recuperación de la aptitud del trabajador para el trabajo y la IT tiene una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días (prorrogables por otros ciento ochenta días más)³⁸, la pretensión de los servicios sanitarios en estos casos ha de ser

37. Ya se ha citado el estudio Evolución de la incapacidad temporal y la siniestralidad en España, que recoge este incremento, señalando los autores que los procesos de larga duración (los que alcanzan los 365 días) han aumentado su peso sobre el total de incapacidades temporales en vigor. El artículo 170.2 TRLGSS-2015 señala expresamente que, agotado el plazo de duración de trescientos sesenta y cinco días indicado en el apartado anterior, la inspección médica del Instituto Nacional de la Seguridad Social será la única competente para emitir el alta médica por curación, por mejoría que permita la reincorporación al trabajo, con propuesta de incapacidad permanente o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por dicha entidad gestora. Esta competencia exclusiva en el control de los procesos de IT que agotan 365 días hace que, incrementos como el descrito en el número de procesos que alcanzan esta duración, tengan necesariamente que venir acompañados de aumentos en la dotación de recursos (humanos y materiales) para poder mantener dicho control.

38. Así se define la IT en el artículo 169 TRLGSS-2015.

la de lograr la recuperación funcional en el plazo legalmente establecido para ello. A salvo, por supuesto, de las incidencias y complicaciones médicas que puedan concurrir en el caso concreto y dentro de los límites de la medicina, pero siempre evitando dilaciones que no sean estrictamente debidas al proceso clínico y a sus condicionantes médicos.

Podría argumentarse que un desarrollo normativo en esta línea supondría un trato desigual, en este caso favorable para trabajadores en situación de IT, que verían acortados los tiempos de acceso a las prestaciones sanitarias en relación con otros usuarios del sistema sanitario público que no se encontrasen en la situación de ser beneficiarios de prestaciones por IT. La cuestión radica ahora en determinar si esta desigualdad se ajusta a los criterios de razonabilidad y proporcionalidad atendida la finalidad perseguida que justificarían tal trato diferenciado. La finalidad última de acelerar la recuperación del trabajador en situación de IT es la incorporación de éste al sistema productivo. Y las consecuencias de no hacerlo recaen sobre el conjunto del sistema, afectando, si se quiere indirectamente, incluso a aquellos que se verían postergados en su atención sanitaria, ya que los recursos que se dedican a subsidiar una excesiva duración de la situación de IT no estarán disponibles, por ejemplo, para dotar de más y mejores medios al sistema sanitario que le ha de atender. Se perpetúan así, o incluso se agravan, las dificultades del sistema sanitario para mejorar los tiempos de atención.

Si bien podría objetarse que esa vía diferenciada y preferente de atención podría vulnerar el principio de igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, lo cierto es también pueden esgrimirse fundamentos jurídicos que la avalen. La creación de una vía asistencial específica para trabajadores en situación de IT puede cumplir holgadamente con el canon de proporcionalidad y razonabilidad que integran la jurisprudencia de nuestro Tribunal Constitucional a la hora de justificar un trato diferenciado atendiendo a la finalidad perseguida. Finalidad que, en lo que nos atañe, no es otra que mantener la viabilidad del sistema de protección social³⁹.

39. El Tribunal Constitucional ha sostenido de forma constante que el principio de igualdad consagrado en el artículo 14 de la Constitución Española no implica una prohibición absoluta de cualquier diferencia de trato, sino únicamente de aquellas que carezcan de justificación objetiva y razonable o resulten desproporcionadas respecto a la finalidad perseguida. Así lo afirmó tempranamente en la STC 22/1981, de 6 de abril (ECLI:ES:TC:1981:22), donde se definió la igualdad como un derecho fundamental y valor superior del ordenamiento. Para determinar la constitucionalidad de un trato diferenciado, el TC aplica el denominado canon de razonabilidad y proporcionalidad, que exige comprobar tres extremos: 1) Idoneidad: que la medida sea adecuada para alcanzar un fin legítimo; 2) Necesidad: que no exista otra medida menos restrictiva para lograr el mismo objetivo y 3) Proporcionalidad en sentido estricto: que el beneficio obtenido supere el sacrificio del derecho afectado. Este canon se consolidó en SSTC 200/2001, de 4 de octubre (ECLI:ES:TC:2001:200); 61/2013, de 14 de marzo (ECLI:ES:TC:2013:61); 140/2024 (ECLI:ES:TC:2024:140) y 128/2025 (ECLI:ES:TC:2025:128), que han reafirmado esta doctrina en supuestos de igualdad material, subrayando que el trato diferenciado puede ser constitucionalmente legítimo si responde a una finalidad legítima y supera el triple test de proporcionalidad. No obstante, en ese previsible debate podría ser conveniente anticipar que no parece lógico acudir, como argumento en apoyo de una radical separación entre asistencia sanitaria y prestación económica por IT, a la ficción de separar la finalidad de los impuestos que financian la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud de la que persiguen las cotizaciones sociales que financian el subsidio por IT. El conjunto del Estado del bienestar se sustenta sobre recursos procedentes tanto de la imposición fiscal como de las cotizaciones al sistema de Seguridad Social, y la fuente de unos y otros ingresos es la misma: la producción económica sobre la que recaen la imposición fiscal vinculadas a los beneficios y las cotizaciones sociales vinculadas a la fuerza de trabajo que produce

También prevé la LGS, en su disposición final tercera 2, que los centros, servicios y establecimientos sanitarios de las entonces Mutuas de Accidentes (hoy [MM.CC.SS.](#)) puedan ser objeto de integración en el Sistema Nacional de Salud, siempre que reúnan las condiciones y requisitos mínimos. Esta posibilidad abre, desde luego, una distinta perspectiva de abordaje del problema de la relación entre [MM.CC.SS.](#) y SNS en el ámbito de la contingencia común; actualmente, como se ha descrito, situados en dos planos netamente diferenciados y con una situación claramente subordinada de las MM. CC. SS con respecto al SNS. Esta posibilidad de integración, hasta el momento no desarrollada, exige un estudio previo sobre las posibilidades de actuación, en el ámbito de la contingencia común, de los servicios asistenciales de las MM. CC. SS., que evidentemente no gozan de una red de centros equiparable a la que tiene el SNS ni tiene una orientación generalista de sus servicios. Servicios que se han centrado en el ámbito de la patología que le es propia; esencialmente, el accidente de trabajo, contando con medios muy orientados al tratamiento de la patología traumática y del aparato locomotor. Probablemente, una de las vías a explorar en esta eventual integración sería el diseño de un esquema basado en el modelo de centros asistenciales monográficos que permitieran, allá dónde se encuentren, el refuerzo de los medios asistenciales del SNS. Preservándose en todo caso su carácter de vinculación a la prestación por IT, pero ya desde el interior del SNS y, probablemente, siendo necesario superar la concreta dependencia de cada MCSS para convertirse, sin más, en centros asistenciales del SNS, especializados, monográficamente dedicados al tratamiento de trabajadores en situación de IT y orientados plenamente a la recuperación de la capacidad profesional^{40, 41}.

esos beneficios. Por otra parte, asistimos a un progresivo incremento de las aportaciones que, procedentes del Estado, llegan al sistema contributivo financiado inicialmente mediante cotizaciones sociales. Y no cabe duda de que el retraso en la recuperación funcional de un trabajador, que se mantiene en situación de IT más tiempo del necesario desde el punto de vista de las posibilidades médicas del caso, repercute negativamente sobre el sistema productivo (no aporta su fuerza de trabajo, incrementa los costes del empleador...). Baste señalar [Bandrés Moliné, Eduardo: "El presupuesto de la Seguridad Social para 2023", *Cuadernos de Información Económica*, núm. 291, 2022, pp. 31-37] que en el presupuesto de la Seguridad social para 2023, las transferencias corrientes procedentes del Estado suman 38.722 millones de euros (20,2 % del total de ingresos no financieros de la Seguridad Social), con un aumento del 6,4 % en comparación con la previsión de liquidación de 2022.

40. Navarro Peñalver, Ana: "Valoración médica de la incapacidad laboral por los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 60 (supl. 1), 2014, pp. 17-24. Analiza la autora las dificultades del modelo de, podríamos decir, "colaboración" con el SNS en el ámbito de la gestión de la IT por contingencia común, proponiendo una serie de medidas de mejora que podrían repercutir en la mejor gestión de la prestación, si bien advierte que se exponen admitiendo el actual modelo de gestión de la prestación: 1) 1. Uso racional de la IT utilizando criterios sanitarios; 2) Colaboración entre todas las Entidades fomentando el diálogo clínico entre los profesionales y desarrollando estrategias de mejora; 3) Programas de actuación específicos y conjuntos; 4) Potenciar el sistema telemático de comunicación entre todos los agentes implicados que permita la transmisión ágil y precisa de datos e información; 5) Aumentar la formación de todos los participantes en la valoración médica y 6) Sensibilizar a la población general y disminuir el nivel de tolerancia y permisividad frente al abuso de la IT.

41. Ricou Casal, Mónica: "La Disrupción Normativa en el subsidio de IT por Contingencias Comunes", *Revista de Derecho de la Seguridad Social-Laborum*, núm. 39, 2024, pp. 41-66. Llega aquí la autora a un punto más avanzado, proponiendo que las MM.CC.SS. pudiesen asumir las pruebas diagnósticas de las personas trabajadoras en dolencias de origen común, e incluso, la asunción por parte de las MM.CC.SS. del servicio de traumatología y su posterior rehabilitación, especialidad dónde éstas tienen una tradición médica importante. Si bien parece clara la intención de la autora y el eje de su propuesta, quizás habría que matizar los términos en los que se formula. No se trataría de



Si algo parece claro, es que la posibilidad de intervención de los servicios asistenciales de las MM.CC.SS. en la ASSS de los trabajadores en IT necesita, a estas alturas, plantear un avance conceptual. Pueden analizarse muchos modelos para abordar la relación entre SNS y servicios asistenciales de las MM.CC.SS., pero lo cierto es que, con todas las dificultades que puedan objetarse, la vía de posible integración prevista en la LGS necesita, por lo menos, una oportunidad en lo que a estudio se refiere, si bien considerando las peculiaridades inherentes a los servicios asistenciales de las MM.CC.SS., como es el caso de su especialización en lo que a patología del aparato locomotor se refiere.

B. La historia clínica como elemento de integración asistencial y la prestación de asistencia sanitaria por distintos proveedores

El soporte tecnológico que en los últimos años ha permitido el desarrollo de la historia clínica (HC) como documento clave en el seguimiento del proceso asistencial ha hecho cambiar radicalmente el panorama de la asistencia sanitaria por múltiples proveedores, proporcionando medios tecnológicos que podrían permitir la integración de toda la información clínica de un mismo usuario en un documento único, independientemente del proveedor de asistencia sanitaria responsable de cada actuación. La dispersión de información clínica procedente de distintos ámbitos dificulta no sólo la atención al paciente, sino la toma de decisiones en cuanto a las situaciones de incapacidad temporal al no estar disponibles para quién tiene que tomar la decisión del alta buena parte de la información generada en el ámbito asistencial privado o en el de la vigilancia de la salud.

La disponibilidad de la tecnología de la información plantea en el ámbito de la información médica una serie de interrogantes éticos y legales que han de ser tenidos en cuenta ya desde el diseño de un sistema de información centrado en datos que han de considerarse especialmente protegidos y que plantean exigencias muy importantes desde el punto de vista de la ciberseguridad⁴², constituyendo sin duda la concentración de datos médicos y su accesibilidad un riesgo para la confidencialidad de la historia clínica⁴³.

una "asunción del servicio de traumatología y rehabilitación"; habría que aclarar cómo y en qué condiciones, pero conservando la idea central, la forma prevista en la ya comentada disposición final tercera LGS podría proporcionar un marco jurídico más que aceptable y con posibilidades en lo que se refiere a la gestión de esa integración.

42. Sinha, Raj: "The role and impact of new technologies on healthcare systems", *Discover Health Systems*, núm. 3(1), 2024, p. 96, disponible en <https://doi.org/10.1007/s44250-024-00163-w>. Plantea el autor los desafíos que planea un sistema de información sanitaria para el tratamiento de datos de salud; deben respetarse las (complejas) normas sobre protección de datos y garantizarse los derechos de los usuarios. En particular, el consentimiento informado sobre las finalidades con las que podrán ser utilizados los datos alojados en el sistema. Sin duda, y junto a la interoperabilidad de los sistemas, la necesidad de contar con mecanismos de ciberseguridad lo suficientemente sólidos constituyen los retos técnicos que han de afrontarse en sistemas de estas características.

43. Bitria Archilla, Mónica; Amor Rosillo, María Pilar; Erdociaín Herrero, Emma; Gracia Ramiro, Paula; Fau García, Rebeca y Gracia Lou, Sonia: "Historia clínica electrónica", *Revista Sanitaria e Investigación*, núm. 4(7), 2023, sin paginación, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9222022>.



Cualquier desarrollo tecnológico en esta materia debe acompañarse de un avance normativo paralelo que asuma esta realidad y la dote de la indispensable seguridad jurídica, debe culminar en la disponibilidad de una HC única e interoperable, que permitiría la utilización de información clínica generada en unos prestadores de asistencia por parte de otros, evitando duplicidades, mejorando el control de la prestación por IT y, además, mejorando la seguridad del paciente. Esa historia clínica única, bajo la cobertura de un adecuado desarrollo de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴⁴, permitiría agrupar en una sola base de datos toda la información clínica del paciente, proceda ésta de actuaciones de los servicios sanitarios públicos, de las MM.CC.SS. y, por qué no, de los servicios asistenciales privados e, incluso, de los servicios de vigilancia de la salud vinculados a los servicios de prevención de riesgos laborales. Sería preciso desde luego que la Ley clarificase en qué medida el usuario de servicios sanitarios privados puede limitar el acceso a su historia clínica fuera de la concreta institución privada si así es su deseo, siempre en el marco de la normativa vigente en materia de protección de datos tan sensibles como son los de la propia salud, y hasta qué punto esa decisión ha de compaginarse con el ejercicio de la función inspectora sobre la situación médica determinante de la prestación. Esta integración de la información clínica y clínico-laboral constituiría un elemento esencial a la hora de concebir una mejor y más eficiente valoración de la capacidad laboral del trabajador⁴⁵.

Sobre este modelo de HC se evitaría la duplicidad de estudios médicos, se mejoraría la seguridad del paciente y sería más sencilla la toma de decisiones clínicas en lo que se refiere al momento del alta médica que, si desde luego tiene que ser siempre adoptada en el ámbito público de la Seguridad Social, podría incorporar elementos de juicio procedentes del ámbito asistencial privado.

Y de nuevo sobre esta HC única y en un modelo de integración de los servicios de las MM.CC.SS. en el SNS, seguramente se volvería a abrir el debate sobre la posibilidad de que por parte de los servicios médicos de las MM.CC.SS. se emitiesen altas en procesos derivados de contingencia común, siempre que fuesen estos servicios los que, en virtud de la coordinación con los servicios sanitarios públicos, estuviesen prestando la asistencia sanitaria que precisara el trabajador.

44. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002).

45. Díaz Salazar, César Eloy: "Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única: la incapacidad laboral, un continuo evolutivo", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 60, 2014, pp. 125-130. Plantea el autor la necesidad de disponer de medios adecuados de comunicación entre la medicina del trabajo y los servicios asistenciales dedicados a la recuperación de la salud y los servicios de inspección médica. Establecer una comunicación de la información médica de forma fluida y compartida articulada sobre una única historia clínica y clínico-laboral permitiría una mejor gestión de los procesos de incapacidad.

V. CONCLUSIONES

La sostenibilidad del sistema de prestaciones económicas por incapacidad temporal depende, en gran medida, de la agilidad con la que se gestione la asistencia sanitaria necesaria para la recuperación funcional del trabajador. El análisis realizado evidencia que las demoras asistenciales –derivadas de listas de espera crecientes, presión asistencial y escasez de recursos– prolongan los procesos de IT más allá de los plazos previstos, generando un impacto económico significativo y comprometiendo la eficiencia del sistema. La Ley General de Sanidad ofrece posibilidades de desarrollo normativo que mejorarían la capacidad del sistema para afrontar este desafío estructural:

1. Priorizando la atención sanitaria de trabajadores en IT, mediante un régimen especial en la gestión de listas de espera que garantice tiempos compatibles con la duración legalmente establecida para la prestación.
2. Integrando funcionalmente los recursos asistenciales de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en el SNS, especialmente en áreas de alta demanda como la patología del aparato locomotor, para aliviar la presión sobre los servicios públicos.

Es cada vez más frecuente intervención de medios asistenciales privados en la provisión de servicios sanitarios a trabajadores en situación de IT, que acuden a la asistencia sanitaria privada ante las demoras asistenciales en los servicios públicos de salud. Esta realidad hace necesario el desarrollo de una historia clínica única e interoperable, que concentre la información generada por distintos proveedores de asistencia sanitaria (públicos y privados). Mejoraría así la coordinación de los distintos medios asistenciales, la seguridad del paciente y la toma de decisiones clínicas con impacto directo sobre la prestación por IT.

Estas actuaciones, acompañadas de una revisión del marco jurídico de coordinación entre administraciones, permitirían reducir costes, mejorar la eficiencia y garantizar una atención centrada en la recuperación funcional del trabajador, reforzando así la viabilidad del sistema de protección social.

Bibliografía

- Alonso Núñez Vicente: "Sobrecostes por incapacidad laboral para el trabajo (IT) de pacientes en lista de espera quirúrgica de Traumatología y Cirugía Ortopédica en el Área de Salud de Badajoz y en Extremadura", *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*, núm. 16(2), 2015.
- Bandrés Moliné, Eduardo: "El presupuesto de la Seguridad Social para 2023", *Cuadernos de Información Económica*, núm. 291, 2022.
- Bitria Archilla, Mónica; Amor Rosillo, María Pilar; Erdociaín Herrero, Emma; Gracia Ramiro, Paula; Fau García, Rebeca y Gracia Lou, Sonia: "Historia clínica electrónica", *Revista Sanitaria e Investigación*, núm. 4(7), 2023.



- Caldas Blanco, Ramón; Violán Fors, Carmen; García Fernández, Juan José; Domínguez, Francisco Pedro; Ruiz Téllez, Antonio; Quijano Terán, Fernando y Borrell i Carrió, Francesc (coord.): "Incapacidad temporal: mejoras en la gestión", *Atención Primaria*, núm. 25(2), 2000.
- Díaz Salazar, César Eloy: "Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única: la incapacidad laboral, un continuo evolutivo", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 60, 2014.
- Fernández Villarroel, José Carlos; Gómez Sánchez, Manuel; Martín Arrojo, María del Carmen; Paredes Rodríguez, Manuel y Calles Martín, María: "Estudio sobre demoras de calificación en la provincia de Cáceres en el periodo 2008-2013", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 60, 2014.
- Martín Fernández, Jesús y Rodríguez Cabrera, Francisco: "Accesibilidad al Sistema Nacional de Salud: equidad y listas de espera, un estudio observacional", *Revista Clínica de Medicina de Familia*, núm. 170(3), 2024.
- Monereo Pérez, José Luis y Rodríguez Iniesta, Guillermo: "Propuestas de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formuladas por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) (Análisis técnico jurídico y de política del Derecho)", *Revista de Derecho de la Seguridad Social-Laborum*, núm. 38, 2024.
- Moreno Fuentes, Francisco Javier: "Del sistema sanitario de la seguridad social al sistema nacional de salud descentralizado", en Moreno Fernández, Luis (ed.), *Reformas de las políticas del bienestar en España, Siglo XXI*, Madrid: 2009.
- Navarro Arribas, Carmen y Chicano Díaz, Salvador: "La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión", *Medifam*, núm. 13(1), 2003.
- Navarro Peñalver, Ana: "Valoración médica de la incapacidad laboral por los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MA-TEPSS)", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 60 (supl. 1), 2014.
- Peiró, José María; Serrano Martínez, Lorenzo; Goerlich Gisbert, Francisco José; Mínguez Bosque, Consuelo; Pascual Lavilla, Fernando; Davcheva, Marija y Mesa Biosca, Juan Manuel: "Evolución de la incapacidad temporal y la siniestralidad en España", *Umivale Activa (MCSS nº 3) e Ivie (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas)*, 2025.
- Ricou Casal, Mónica: "La Disrupción Normativa en el subsidio de IT por Contingencias Comunes", *Revista de Derecho de la Seguridad Social-Laborum*, núm. 39, 2024.
- Sánchez Fierro, Julio S.: "El Tribunal Constitucional ante una reforma sanitaria aprobada por real decreto-ley", *FORO. Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales Nueva Época*, núm. 19(2), 2016.
- Sinha, Raj: "The role and impact of new technologies on healthcare systems", *Discover Health Systems*, núm. 3(1), 2024.
- Vicente Pardo, José Manuel: "La gestión de la incapacidad laboral: algo más que una cuestión económica", *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 64(251), 2018.
- Villaplana García, María; Sáez Navarro, Concepción; Meseguer de Pedro, Mariano y García-Izquierdo, Mariano: "Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España", *Atención Primaria*, núm. 47(2), 2015.