



Sala de espera del Hospital Sant Pau en Barcelona, en octubre del año pasado. GIANLUCA BATTISTA

La relación entre bajas laborales y listas de espera apunta a las comunidades

La Airef constata el vínculo entre la duración de la incapacidad temporal y la demora para cirugías, un mensaje en el que también insiste el Consejo de Graduados

EMILIO SÁNCHEZ HIDALGO
Madrid

Los sindicatos y los empresarios chocan estos días a cuenta del incremento de las bajas laborales en España, que se han duplicado en la última década y que protagonizan el debate público desde que el martes Alberto Núñez Feijóo se refiriera al fenómeno como “un cáncer”. La patronal insiste en la importancia del “absentismo profesional”, sin concretar el impacto de esos presuntos fraudes, y los sindicatos ponen el foco en que son muchos más los empleados que acuden a su puesto enfermos por miedo al despido.

Pero hay un mensaje que sí comparten, al considerar el funcionamiento sanitario como una de las causas principales del incremento de la incapacidad temporal. Con este punto de partida común, ambos colectivos apremian a las Administraciones públicas a mejorar los recursos sanitarios para descongestionar las listas de espera y conseguir que las bajas duren menos.

Ese enfoque apela directamente a las comunidades autónomas, que tienen transferidas las competencias en sanidad. Tanto la autoridad fiscal independiente (la Airef) como otros expertos avalan el vínculo entre listas de espera sanitarias y duración de las bajas. “Que contraten más médicos. Necesitamos una sanidad pública mejor. Demos espacios a las mu-

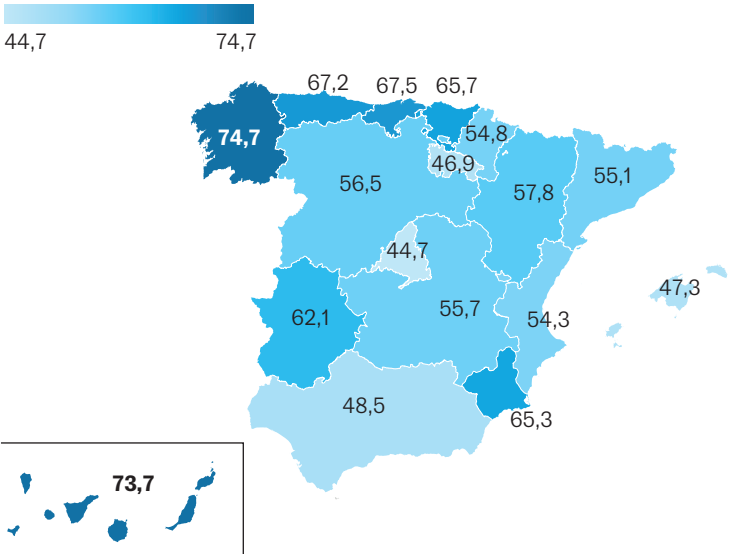
tuas para que colaboren. Pongamos más psicólogos en la sanidad pública. Hagamos lo que tengamos que hacer”, dijo el miércoles el presidente de la CEOE, Antonio Garamendi.

En su reacción a las palabras de Feijóo, UGT interpeló igualmente al PP por el flanco autonómico: “Si de verdad le preocupan las bajas laborales, que lo demuestre [...] exigiendo el refuerzo de la sanidad pública, especialmente en aquellas comunidades donde gobiernan. En la misma línea, CC OO expresó: “Cada vez se tarda más en dar citas, en dar pruebas diagnósticas y esto alarga los procesos de baja”. El análisis patronal y sindical es parecido al emitido ayer por el Consejo General de Graduados Sociales en la presentación del informe *Absentismo en España. Un desequilibrio entre derechos laborales y productividad*. “No todos los sistemas públicos de salud de las comunidades tienen los mismos días de espera. Ello tiene un efecto distinto en cada territorio”, señala el presidente del Consejo, Joaquín Merchán, que añade: “Cuanto más ágil sea la atención primaria y los especialistas, mejor. El análisis regional es muy importante”.

Este especialista destaca que en las diferencias territoriales en la incapacidad temporal operan otros muchos factores, no solo las listas de espera. También influyen la edad media de los trabajadores, la participación en el empleo de

Incapacidad temporal por contingencias comunes y profesionales

Prevalencia media por cada 1.000 ocupados en 2025



La prevalencia hace referencia al número de procesos registrados en vigor, con relación a la población protegida, ambos considerados al final del periodo. Se calcula dividiendo el número de procesos en vigor, en situación de baja al final del periodo, entre la población protegida al final del mismo

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Seguridad Social EL PAÍS

los de mayor edad, los sectores preeminentes en el territorio o si las empresas son más grandes o pequeñas. De ahí que no se dé una correspondencia entre qué autonomías sufren más incapacidad temporal y cuáles tienen listas de espera más largas. Por ejemplo: según los últimos datos del Ministerio de Sanidad, Andalucía es la región con más días de media en las listas de espera (solo

las quirúrgicas, con 174 días), pero sin embargo es una de las autonomías con menor prevalencia de incapacidad temporal.

Más personas que nunca esperan una intervención quirúrgica en España: 853.509 personas, según los últimos datos del Ministerio de Sanidad referente a diciembre de 2025, con un promedio de 121 días de demora (cinco menos que en 2024, pero un mes más

que hace una década). Cabe destacar que la propia estadística está muy cuestionada tanto por asociaciones de pacientes como por el propio Ministerio de Sanidad, que quiere cambiar el sistema, que ni siquiera incluye especialidades como salud mental.

Fallas del sistema

La Airef dedicó buena parte de su exhaustivo análisis de la incapacidad temporal en España, publicado en febrero, a las listas de espera. El supervisor detecta “correlación entre los promedios de tiempos de espera y las duraciones de la incapacidad temporal”, fenómeno acusado en las demoras quirúrgicas. “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”, añade el organismo. Advierte que 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”, la relación está más clara que en las áreas “con cirugías más programables o de carácter electivo”, en las que “los retrasos quirúrgicos no siempre se correlacionan con bajas más prolongadas”.

Así, en esta parcela la Airef ve clara la relación en neurología, aparato digestivo o traumatología, “en las que la evaluación especializada puede ser un paso clave para confirmar el diagnóstico o definir el tratamiento”. La autoridad fiscal subraya que “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”. Pone como ejemplo un estudio en Noruega en 2017 que estimó que cada 10 días adicionales de espera para una cirugía ortopédica incrementan en 2,6 días la duración total de la baja.

Para corregir el problema de las bajas laborales, la Airef pedía en ese informe más coordinación entre Administraciones públicas y también con las mutuas y empresas, así como reforzar las capacidades del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS). El organismo ve una “deficiencia estructural” que deriva de la separación entre la “autoridad clínica, los médicos de atención primaria” (dependiente de la comunidad autónoma), y la “responsabilidad financiera, el INSS” (dependiente de la Seguridad Social y, por tanto, de la Administración central). “Esta configuración dificulta la correcta internalización del coste económico y genera riesgos de sobreutilización y prolongación innecesaria de los procesos en ausencia de supervisión y coordinación reforzada”, añade la Airef. Los expertos en salud laboral ya insistían en que este reparto, sin coincidencia entre la Administración que paga la baja y la que la concede, es una falla del sistema.