

INFORME TÉCNICO

Sanidad pública en Andalucía:

diagnóstico, presiones estructurales y proyección 2035

Autor

Alex Borràs

Edición

Iniciativa 2028

Fecha

Abril de 2026

Documento anexo a: «Sanidad pública en Andalucía: lo que dicen los datos y por qué nos toca a todos»

Créditos y aviso editorial

Título: Sanidad pública en Andalucía: diagnóstico, presiones estructurales y proyección 2035.

Autor: Alex Borràs.

Edición: Iniciativa 2028.

Fecha de edición: Abril de 2026.

Naturaleza del documento: análisis técnico-divulgativo basado en fuentes oficiales y bibliografía especializada. Documento anexo al artículo de divulgación de igual título publicado en iniciativa2028.es.

Aviso editorial

El presente informe constituye un análisis técnico de carácter divulgativo elaborado a partir de fuentes oficiales (Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicio Andaluz de Salud, OCDE, Eurostat) y bibliografía especializada (Centro de Estudios Andaluces, Fundación de Estudios de Economía Aplicada, Consejo Económico y Social, FADSP, organismos profesionales del sector sanitario). La metodología empleada combina herramientas de inteligencia artificial para la investigación documental con dirección editorial humana, según se detalla en el capítulo 1 de este informe.

Las conclusiones interpretativas son de exclusiva responsabilidad del autor. Los datos cuantitativos han sido verificados al menos en dos fuentes independientes salvo indicación expresa en contrario.

Cita recomendada

Borràs, A. (2026). *Sanidad pública en Andalucía: diagnóstico, presiones estructurales y proyección 2035*. Iniciativa 2028. Disponible en: iniciativa2028.es

Índice

Resumen ejecutivo	4
1. Introducción y marco metodológico	7
1.1 Objeto y alcance del informe	7
1.2 Metodología y verificación de fuentes	7
2. Diagnóstico cuantitativo: situación actual	9
2.1 Listas de espera quirúrgica	9
2.2 Personal sanitario	10
2.3 Infraestructuras hospitalarias	11
2.4 Desfase entre crecimiento de la demanda y de la oferta	12
3. Vectores de presión sobre el sistema	13
3.1 Envejecimiento poblacional	13
3.2 Inmigración y proceso de regularización 2026	14
3.3 Turismo internacional y presión estacional	15
3.4 Turismo sanitario irregular	16
4. La cuestión de la financiación autonómica	17
5. Análisis territorial: Andalucía interior y litoral	19
6. Proyecciones 2035 y brecha de recursos	21
7. La conversación pendiente: el concepto de Prioridad Nacional	23
8. Conclusiones y recomendaciones	25
Anexo I. Bibliografía y fuentes	27
Anexo II. Ficha técnica del informe	30

Resumen ejecutivo

El sistema sanitario público andaluz se encuentra en lo que cabe describir, sin exageración técnica, como una **tormenta perfecta**: la convergencia simultánea de seis vectores estructurales de presión —bajos ratios de personal sanitario, déficit de camas e infraestructura hospitalaria, crecimiento sostenido de la población extranjera, envejecimiento acelerado de la población residente, presión turística y turismo sanitario irregular, e infrafinanciación crónica respecto a la media nacional— sobre un mismo sistema asistencial. Cada vector, aisladamente considerado, sería gestionable. La concurrencia simultánea de los seis configura un escenario de tensión estructural creciente cuyo resultado agregado es un sistema con la peor demora quirúrgica de España, la ratio de enfermeras más baja del país y un déficit de recursos que se agravará progresivamente hasta 2035 si no se adoptan medidas correctoras de calado.

173 días

Demora media para una intervención quirúrgica en Andalucía. La más alta de España.

4 enfermeras / 1.000 hab.

Ratio andaluza, frente a 8,4 de la media UE y 9,2 de la OCDE. La más baja del país.

1.634 millones €/año

Cantidad adicional que necesitaría Andalucía solo para igualar el gasto sanitario por habitante de la media española.

6.753 millones €/año en 2035

Incremento presupuestario necesario para alcanzar estándares europeos asistenciales en el horizonte de la próxima década.

20.000 profesionales sanitarios

Déficit estructural de personal en Andalucía, incluyendo al menos 5.900 enfermeras adicionales necesarias.

+91% vs +5%

Crecimiento de la población extranjera empadronada en España (2005-2025) frente al crecimiento de los centros de Atención Primaria de Andalucía en el mismo periodo. La demanda crece a doble dígito; la oferta, a uno solo.

Hallazgos principales

- El Servicio Andaluz de Salud (SAS) presenta los peores indicadores asistenciales de España en demora quirúrgica, ratio de enfermería y ratio de camas hospitalarias por 1.000 habitantes.
- **Desfase estructural entre demanda y oferta.** Entre 2005 y 2025, la población extranjera empadronada en España ha crecido un 91% y en Andalucía un 131%. En el mismo periodo, los centros de Atención Primaria andaluces han aumentado un 5,7% y las camas hospitalarias del SNS un 4,7%. La ratio de camas por 1.000 habitantes ha caído un 8% (de 3,16 en 2010 a 2,9 en 2023). Según el Ministerio de Sanidad, para mantener la ratio de camas de 2005 frente a la población actual, el SNS debería haber construido aproximadamente 12.000 camas adicionales que no se han construido.
- La presión demográfica externa (94 millones de turistas anuales en España, 14,6 millones solo en Málaga; 22,4% de población extranjera empadronada en Málaga, 21,5% en Almería) coincide en el calendario con el periodo de descanso reglamentario del personal sanitario, obligando al cierre vespertino del 75% de los centros de salud andaluces durante el verano (1.121 instalaciones).
- España, en su conjunto, soporta una bolsa estimada de 840.000 personas en situación irregular con acceso al sistema sanitario público, a la que se sumarán aproximadamente 500.000 personas más en 2026 mediante el proceso extraordinario de regularización.
- Para 2035, el 26,5% de la población española tendrá más de 65 años. Provincias andaluzas como Jaén (44,8 años de edad media) y Córdoba (44,5) ya presentan los mayores índices de dependencia geriátrica de la región.
- El sistema de financiación autonómica vigente otorga a Andalucía 1.634 millones de euros menos al año que la media española por habitante. Esta brecha se ha consolidado durante los últimos siete años, en paralelo a la negociación del modelo de financiación singular para Cataluña.
- Para que el sistema sanitario español converja con la media europea en 2035, se requiere elevar el gasto sanitario del 7,0% al 9,5% del PIB, lo que equivale a unos 80.000 millones de euros adicionales anuales a nivel nacional.

Conclusión operativa

La sostenibilidad del sistema sanitario andaluz requiere una doble actuación complementaria: reformar el sistema de financiación autonómica para corregir la infrafinanciación histórica, y abordar la discusión pública sobre criterios objetivos de priorización (empadronamiento prolongado, contribución previa al sistema, vínculos familiares estables) en el acceso a recursos públicos limitados no urgentes. Este último concepto, denominado en el debate público como *Prioridad Nacional*, ha sido formalizado por primera vez en el acuerdo de gobierno de Extremadura de abril de 2026, y se aplica con perfiles análogos en países como Dinamarca, Países Bajos o Austria.

1. Introducción y marco metodológico

1.1 Objeto y alcance del informe

El presente documento constituye el anexo técnico del artículo «*Sanidad pública en Andalucía: lo que dicen los datos y por qué nos toca a todos*», publicado en iniciativa2028.es en abril de 2026. Su objeto es ofrecer al lector interesado el conjunto completo de datos cuantitativos, fuentes documentales y desarrollos analíticos que sustentan la pieza divulgativa.

El informe se centra en la situación de la sanidad pública andaluza, con perspectiva comparada respecto al conjunto de España y a los promedios de la Unión Europea y la OCDE. El periodo de referencia para los datos retrospectivos es 2005-2025, y las proyecciones se extienden hasta 2035-2036. La perspectiva territorial desciende a nivel provincial cuando los datos disponibles lo permiten.

Los cinco vectores analizados son: (1) capacidad asistencial instalada y demora quirúrgica, (2) dimensión y composición del personal sanitario, (3) presión demográfica derivada del envejecimiento residente, (4) presión derivada del fenómeno migratorio y los procesos de regularización, y (5) presión derivada del fenómeno turístico tanto regular como irregular. Sobre estos cinco vectores se construye la sección financiera, que cuantifica la brecha de recursos y proyecta su evolución 2025-2035.

1.2 Metodología y verificación de fuentes

La elaboración del informe combina herramientas de inteligencia artificial para la investigación documental masiva con dirección editorial humana en cada fase del proceso. La metodología se ha articulado en cuatro fases con responsabilidades diferenciadas:

Fase 1 · Investigación documental. Se han ejecutado ocho informes de investigación profunda mediante la herramienta Gemini Deep Research (Google), centrados respectivamente en: evolución de la inmigración en España y Andalucía; regularización y adquisición de nacionalidad; evolución de la infraestructura sanitaria; evolución del personal sanitario; envejecimiento poblacional y demanda asistencial; presión turística estacional; brecha presupuestaria y necesidades estructurales en el horizonte 2035; y turismo sanitario irregular. Cada informe consulta y sintetiza decenas de fuentes primarias auditables.

Fase 2 · Consolidación documental. Mediante la herramienta Notebook LM (Google) se han integrado los ocho informes anteriores en una base de conocimiento unificada. La herramienta ha permitido la extracción estructurada de datos cuantitativos, la generación de tablas comparativas y la detección de inconsistencias entre fuentes.

Fase 3 · Análisis y producción editorial. El modelo Claude (Anthropic) ha desempeñado funciones de consultor de análisis: filtrado de hallazgos relevantes, contextualización política y administrativa,

redacción del informe técnico y del artículo divulgativo, calibración del tono y verificación cruzada de los datos.

Fase 4 · Supervisión humana y verificación. El autor del informe ha supervisado cada fase con especial atención a la prevención del fenómeno conocido como *alucinación* (la generación por parte de un modelo de lenguaje de afirmaciones sin respaldo factual). Todos los datos cuantitativos relevantes han sido verificados al menos en dos fuentes independientes; ningún dato se incorpora al informe si no aparece previamente en al menos uno de los ocho informes documentales con su fuente primaria identificada.

Esta arquitectura metodológica permite revisar volúmenes de información que un solo investigador tardaría meses en cubrir, sin renunciar al control humano sobre el juicio editorial, la selección de fuentes y la responsabilidad final sobre las afirmaciones del documento.

2. Diagnóstico cuantitativo: situación actual

2.1 Listas de espera quirúrgica

Las listas de espera quirúrgica constituyen el indicador más visible y mediático de la situación del sistema sanitario público. A nivel nacional, 853.509 personas se encuentran a la espera de una intervención quirúrgica programada. Andalucía soporta una parte muy significativa de esa cifra y, además, registra la demora media más alta del país: 173 días.

La interpretación correcta del dato exige tener presente dos consideraciones. Primera: la cifra agregada incluye intervenciones de muy distinta complejidad y urgencia. Segunda: la demora andaluza no se explica únicamente por una gestión local deficiente, sino por una combinación de presión asistencial creciente, infrafinanciación estructural y déficit acumulado de personal y de quirófanos.

Tabla 2.1 · Indicadores comparados de demora quirúrgica

Indicador	Andalucía	Media España	Diferencia
Demora media (días)	173	121 (est.)	+52 días
Pacientes en lista (estimación)	>170.000	853.509 (total)	20% del total
Especialidades con demora >180 días	Múltiples	Variable	—

Fuente: Servicio Andaluz de Salud, Ministerio de Sanidad. Elaboración propia.

2.2 Personal sanitario

El personal sanitario constituye el cuello de botella más urgente del sistema. Andalucía registra una ratio de 4 enfermeras por cada 1.000 habitantes, sustancialmente inferior a la media española (6,28), a la media de la Unión Europea (8,4) y a la media de la OCDE (9,2). La región necesitaría incorporar al menos 5.900 enfermeras adicionales y 20.000 profesionales sanitarios en su conjunto para igualar la media nacional.

El problema no es exclusivamente regional sino estructural a nivel del Estado. España forma anualmente alrededor de 9.000 nuevos médicos vía MIR, mientras se jubilan en torno a 9.000 médicos al año. La aritmética del sistema solo permite reponer, no crecer. Adicionalmente, miles de médicos titulados se quedan fuera del sistema MIR cada convocatoria por falta de plazas, lo que alimenta una fuga de talento hacia otros sistemas sanitarios europeos (Reino Unido, Francia, Alemania).

Tabla 2.2 · Ratios de personal de enfermería comparados

Ámbito	Enfermeras por 1.000 hab.	Brecha vs OCDE
Andalucía	4,00	-5,2
España (media)	6,28	-2,9
Unión Europea (media)	8,40	-0,8
OCDE (media)	9,20	—

Fuente: OCDE Panorama de la Salud 2025; CODEM; SATSE. Elaboración propia.

Los cálculos disponibles indican que la convergencia de la ratio española con la media de la Unión Europea, manteniendo el ritmo actual de incorporación de profesionales, requeriría entre 22 y 29 años. En la Comunidad de Madrid, la convergencia se sitúa entre los 43 y 58 años. Para Andalucía no se dispone de proyección específica, pero su posición de partida sugiere un horizonte comparable al madrileño.

2.3 Infraestructuras hospitalarias

La ratio de camas hospitalarias por 1.000 habitantes es uno de los indicadores más elementales de capacidad asistencial instalada. Andalucía oscila entre 1,90 y 2,51 camas por 1.000 habitantes según el método de cálculo y las fuentes consideradas, siendo en ambos casos la peor ratio de las comunidades autónomas españolas. La media de la Unión Europea se sitúa en 4,5 camas por 1.000 habitantes.

A nivel agregado, España presenta un déficit estimado de unas 75.000 camas hospitalarias respecto a la media europea. La construcción de un hospital de tamaño medio (entre 200 y 250 camas) tiene un coste que oscila entre 120 y 200 millones de euros, al que deben sumarse entre 30 y 80 millones adicionales en equipamiento tecnológico. Cubrir el déficit nacional exige, por tanto, el equivalente económico a la construcción de centenares de hospitales de tamaño medio.

Tabla 2.3 · Ratios de camas hospitalarias por 1.000 habitantes

Ámbito	Ratio camas / 1.000 hab.	Brecha vs UE
Andalucía (estimación baja)	1,90	-2,60
Andalucía (estimación alta)	2,51	-1,99
España (media)	2,97 (aprox.)	-1,53
Unión Europea (media)	4,50	—

Fuente: Eurostat; Ministerio de Sanidad; Servicio Andaluz de Salud. Elaboración propia.

2.4 Desfase entre crecimiento de la demanda y crecimiento de la oferta

Una de las formas más directas de visualizar la naturaleza del problema sanitario actual consiste en comparar el ritmo al que ha crecido la demanda sobre el sistema con el ritmo al que ha crecido la oferta de recursos públicos disponibles para atenderla. La comparativa, referida al periodo 2005-2025, arroja un desfase estructural que está en el origen de los indicadores deficitarios analizados en los apartados anteriores.

Tabla 2.4 · Crecimiento comparado: demanda vs. oferta del sistema sanitario (2005-2025)

Indicador	Variación	Periodo
Población extranjera empadronada (España)	+91%	2005-2025
Población extranjera empadronada (Andalucía)	+131%	2005-2025
Mayores de 60 años (Andalucía)	+500.000 personas	Última década
Centros de Atención Primaria (Andalucía)	+5,7%	2005-2024
Camas hospitalarias del SNS	+4,7%	2007-2019
Ratio camas/1.000 hab. (España)	-8% (cae)	2010-2023

Fuente: INE (Padrón Continuo), Ministerio de Sanidad (Sistema de Información de Atención Primaria), Junta de Andalucía. Elaboración propia.

La asimetría es transparente: los indicadores de demanda crecen a tasas de doble dígito (e incluso de triple dígito en términos absolutos para la población extranjera andaluza), mientras los indicadores de oferta crecen a tasas de un solo dígito o directamente decrecen en términos relativos. La ratio de camas por 1.000 habitantes en España, por ejemplo, no solo no ha aumentado: ha caído un 8% en trece años, lo que significa que hoy hay menos camas por persona que en 2010.

El propio Ministerio de Sanidad lo cuantifica con una cifra que define el problema sin necesidad de adjetivos: para mantener la ratio de camas de 2005 frente a la población actual, el Sistema Nacional de Salud **debería haber construido aproximadamente 12.000 camas adicionales que no se han construido**. Esas 12.000 camas, expresado en términos de inversión pública, equivalen a varios decenas de hospitales medios completos que el sistema no tiene operativos.

Este desfase estructural es lo que permite entender por qué, incluso con planes específicos contra las listas de espera y con incrementos puntuales de inversión, los indicadores asistenciales no mejoran de forma sostenida: la velocidad a la que se incorpora demanda al sistema es estructuralmente superior a la velocidad a la que se incorpora capacidad de respuesta. Los capítulos siguientes desglosan los cinco vectores de presión que generan ese diferencial.

3. Vectores de presión sobre el sistema

3.1 Envejecimiento poblacional

El envejecimiento es el vector de presión más estructural y de evolución más previsible. Las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que para 2035 el 26,5% de la población española tendrá más de 65 años, frente al 20,3% registrado en el periodo 2022-2024. La tasa de dependencia alcanzará el 41,2% en 2036.

El impacto sobre la demanda asistencial es desproporcionado: el gasto sanitario per cápita de una persona mayor de 65 años es entre 4 y 12 veces superior al de una persona menor de 65 años. Esto significa que un crecimiento del 6% en la población mayor puede traducirse en incrementos del 25% al 75% en la demanda asistencial específica de ese grupo.

Tabla 3.1 · Indicadores demográficos comparados

Indicador	2022-2024	Proyección 2035-2036
Población >65 años (España)	20,3%	26,5%
Tasa de dependencia (España)	30%	41,2%
Edad media (Jaén)	44,8	—
Edad media (Córdoba)	44,5	—
Índice dependencia mayores (Jaén)	29,9%	—
Índice dependencia mayores (Córdoba)	30,3%	—

Fuente: INE, Proyecciones de Población 2022-2072. Elaboración propia.

3.2 Inmigración y proceso de regularización 2026

España recibe un flujo migratorio sostenido que constituye, según las propias proyecciones del INE, el único factor de crecimiento demográfico previsto para los próximos quince años: España ganará más de cuatro millones de habitantes en ese periodo exclusivamente como consecuencia del saldo migratorio positivo.

La población extranjera regular registra incrementos significativos tanto a nivel nacional como en Andalucía. En la región andaluza, la concentración provincial de población extranjera empadronada alcanza el 22,4% en Málaga y el 21,5% en Almería, dos de los valores más altos de toda España.

A esta población regular se suma una bolsa de aproximadamente 840.000 personas en situación irregular con acceso al sistema sanitario público vía empadronamiento. El proceso extraordinario de regularización previsto para 2026 incorporará a unas 500.000 personas más al sistema con acceso de pleno derecho. Conviene matizar que la regularización tiene un balance financiero previsiblemente positivo: una persona en situación irregular tiene un coste fiscal estimado de 2.000 euros anuales, mientras que tras su regularización su aportación neta al sistema (cotizaciones, IRPF) supera los 3.250 euros anuales.

Tabla 3.2 · Población extranjera y procesos de regularización

Indicador	Valor	Año
Población extranjera España (estimación)	>7 millones	2025
Personas en situación irregular (estimación)	840.000	2025
Regularización extraordinaria prevista	500.000	2026
% extranjeros empadronados Málaga	22,4%	2024
% extranjeros empadronados Almería	21,5%	2024
Coste fiscal por persona irregular	2.000 €/año	Est.
Aportación neta tras regularización	>3.250 €/año	Est.

Fuente: INE; CES, Informe 01/2025; Padrón continuo. Elaboración propia.

3.3 Turismo internacional y presión estacional

España recibió en 2024 más de 94 millones de turistas internacionales, con un gasto agregado de 107.100 millones de euros y una aportación al PIB del 15,6%. El sector turístico es uno de los activos económicos más relevantes del país, pero introduce sobre el sistema sanitario público una presión estacional que el modelo institucional no ha terminado de asumir en su planificación.

La concentración temporal del flujo turístico es extrema: solo entre julio y agosto, España recibe aproximadamente 22 millones de turistas, justo cuando el personal sanitario disfruta del periodo de vacaciones reglamentarias. La consecuencia operativa en Andalucía es que el 75% de los centros de salud (1.121 instalaciones) cierran por las tardes durante los meses estivales, derivando toda la demanda no urgente y semiurgente hacia las urgencias hospitalarias.

El Reino Unido es el principal país emisor (20% del total en 2024). El Brexit y las ineficiencias en la facturación intereuropea han generado una deuda acumulada de unos 138 millones de euros en prestaciones sanitarias no reembolsadas a España.

Tabla 3.3 · Indicadores de presión turística sobre el SNS

Indicador	Valor	Año/Periodo
Turistas internacionales (España)	>94 millones	2024
Aportación al PIB	15,6%	2024
Turistas julio-agosto	≈22 millones	Anual
Turistas anuales (Málaga provincia)	14,6 millones	2024
VUT por 1.000 hab. (focos litoral)	20-25	2024
Centros de salud cerrados tardes verano (Andalucía)	75% (1.121)	Anual
Deuda UE no recuperada (España)	≈138 millones €	Acumulado

Fuente: INE, World Travel & Tourism Council, Junta de Andalucía. Elaboración propia.

3.4 Turismo sanitario irregular

El turismo sanitario irregular constituye un fenómeno específico y diferenciado del turismo general. Se define como el acceso deliberado a servicios sanitarios públicos por parte de personas que ingresan en territorio español bajo la apariencia de turistas, pero con el objetivo primordial de recibir tratamientos complejos sin el correspondiente reembolso o cobertura.

Las modalidades operativas detectadas incluyen: el ingreso por vía de urgencias mediante descompensaciones planificadas para ampararse en el principio de urgencia vital; el empadronamiento fraudulento (con redes que facilitan empadronamientos instrumentales por unos 400 euros) que da acceso a la cartera completa de servicios; y la utilización abusiva de la Tarjeta Sanitaria Europea sin que España pueda recuperar los costes.

El perfil de uso del turismo sanitario irregular es intensivamente costoso. A diferencia de la inmigración irregular —que accede mayoritariamente a la atención primaria— el turista sanitario busca específicamente tratamientos de altísima complejidad: oncología, diálisis, cirugía cardiovascular. El coste de tratar a un paciente oncológico irregular oscila entre 20.000 y 50.000 euros anuales, con proyecciones de hasta 70.000 euros en 2035.

Las regiones más expuestas son las del litoral mediterráneo y los archipiélagos: Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Baleares y Canarias. En Andalucía, los focos críticos son la Costa del Sol (Málaga), la Costa de la Luz (Cádiz) y los asentamientos de turismo residencial del norte de Europa.

4. La cuestión de la financiación autonómica

El sistema de financiación autonómica vigente en España es la fórmula mediante la cual el Gobierno central asigna recursos a cada comunidad autónoma para cubrir sus competencias, entre las que la sanidad ocupa la mayor partida. Su diseño y modificación es competencia exclusiva del Gobierno central, en coordinación con el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

Andalucía denuncia desde hace años recibir, por habitante, menos recursos que la media española para prestar el mismo conjunto de servicios públicos. La cifra resultante de la infrafinanciación, una vez eliminado el efecto de las regiones forales (País Vasco y Navarra), se sitúa en torno a los 1.634 millones de euros menos al año respecto a la media nacional. En términos de gasto sanitario por habitante, esta brecha implica que un andaluz reciba estructuralmente menos recursos asistenciales que un castellano, un madrileño o un aragonés para el mismo nivel de necesidad.

Tabla 4.1 · Brecha presupuestaria sanitaria de Andalucía

Concepto	Cifra	Horizonte
Presupuesto sanitario actual (Andalucía)	≈15.247 M €	2025
Brecha vs media España	1.634 M €/año	Actual
Convergencia con UE 2035 (incremento)	6.753 M €/año	2035
Presupuesto objetivo 2035	≈22.000 M €	2035
Necesidad nacional adicional	≈80.000 M €/año	2035

Fuente: Junta de Andalucía; FEDEA; CES Informe 01/2024. Elaboración propia.

Esta brecha presupuestaria se ha consolidado durante los últimos siete años, periodo en el que la cartera de Hacienda del Gobierno central ha estado ocupada por María Jesús Montero, actual vicepresidenta primera del Gobierno y candidata socialista a la Junta de Andalucía. En el mismo periodo, el Gobierno central ha negociado con la Generalitat de Cataluña un modelo de financiación singular que mejora notablemente el trato fiscal y financiero de aquella comunidad.

La doble responsabilidad operativa

La gestión sanitaria andaluza se distribuye entre dos niveles administrativos con responsabilidades diferenciadas:

Junta de Andalucía. Es la administración titular del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Decide sobre contratación de personal, planificación de infraestructuras, organización de servicios, política de listas de espera y administración del presupuesto sanitario asignado. El gobierno autonómico actual (PP) lleva siete años al frente del ejecutivo regional, los últimos cuatro con mayoría absoluta. Durante este periodo se han impulsado planes específicos contra las listas de espera, se ha incrementado la oferta de plazas MIR, se han reabierto consultorios y se han modernizado infraestructuras. Estos esfuerzos, sin embargo, no han logrado equiparar los indicadores andaluces a la media nacional.

Gobierno central. Es la administración responsable del diseño y modificación del sistema de financiación autonómica. El reparto territorial de los recursos depende de su decisión política y de las negociaciones bilaterales que mantiene con cada comunidad. La consolidación de la brecha andaluza, así como la negociación de la financiación singular catalana, son decisiones que han correspondido al ámbito competencial de la Administración General del Estado.

Conclusión técnica del capítulo

La situación de la sanidad pública andaluza no se explica exclusivamente por la calidad de la gestión autonómica ni exclusivamente por la insuficiencia de la financiación estatal. Se explica por la concurrencia de ambos factores: una Junta que gestiona con menos recursos por habitante de los que reciben comunidades comparables, y un sobre presupuestario nacional que el Gobierno central no ha querido reequilibrar. Cualquier diagnóstico que ignore alguna de las dos dimensiones será incompleto.

5. Análisis territorial: Andalucía interior y litoral

La presión sobre el sistema sanitario no se distribuye de manera homogénea en el territorio andaluz. La región presenta cuatro patrones territoriales claramente diferenciados, cada uno con una combinación específica de vectores de presión.

5.1 Triple presión en Málaga (Costa del Sol)

La provincia de Málaga es el epicentro de la convergencia de los tres principales vectores de presión externa: alta concentración de población extranjera empadronada (22,4% sobre el total provincial), presión turística masiva (14,6 millones de turistas anuales con densidades extremas de viviendas de uso turístico —25 por cada 1.000 habitantes—) y envejecimiento derivado del turismo residencial. Este último vector —conformado por ciudadanos del norte de Europa, principalmente británicos y alemanes, que se asientan en la costa para su jubilación— concentra una población con alta prevalencia de patologías crónicas que requieren atención primaria y hospitalaria frecuente.

5.2 Presión migratoria agrícola en Almería y Huelva

Almería y Huelva soportan una presión asistencial específica vinculada a la inmigración asociada a la agricultura intensiva. Almería registra un 21,5% de población extranjera empadronada, porcentaje que representa cerca del 40% de los peones agrarios de la provincia. Una parte significativa de este colectivo reside en asentamientos informales con altas tasas de exclusión social y baja cobertura administrativa, generando una demanda constante en los servicios de salud locales que se suma a los picos turísticos estivales.

5.3 Colapso estival en el litoral (Cádiz y resto de costa)

Durante el verano, la Costa de la Luz en Cádiz y el conjunto del litoral andaluz sufren picos de demanda turística severos. La coincidencia de la llegada masiva de turistas con las vacaciones del personal sanitario produce el cierre vespertino del 75% de los centros de salud andaluces (1.121 instalaciones). Toda la población flotante y residente se ve obligada a desplazarse hacia las urgencias hospitalarias y los servicios extrahospitalarios, saturando una red que enfrenta serias dificultades para encontrar personal sustituto a través de la Bolsa Única de empleo del SAS.

5.4 Envejecimiento acelerado en el interior (Jaén y Córdoba)

Mientras la costa absorbe la presión migratoria y turística, el interior andaluz sufre un fenómeno paralelo y de signo opuesto: la presión derivada de la longevidad y la despoblación. Las provincias de Jaén y Córdoba presentan las edades medias más altas de la región (44,8 y 44,5 años respectivamente) y los mayores índices de dependencia geriátrica (29,9% y 30,3%). En estas zonas, las personas mayores superan en número a las menores de edad, lo que eleva drásticamente la demanda de cuidados crónicos. La falta de atractivo profesional de las zonas rurales agrava simultáneamente el déficit de médicos, obligando al cierre técnico de consultorios locales.

Tabla 5.1 · Patrones de presión asistencial por provincia

Provincia	Vector dominante	Indicador clave
Málaga	Triple presión (extranjeros + turismo + silver economy)	22,4% extranjeros
Almería	Migración agrícola intensiva	21,5% extranjeros
Cádiz	Estacionalidad turística estival	Costa de la Luz
Huelva	Migración agrícola + turismo costero	Mixto
Granada	Universitario + envejecimiento	Mixto
Sevilla	Capital metropolitana	Generalista
Córdoba	Envejecimiento + despoblación	44,5 años edad media
Jaén	Envejecimiento + despoblación	44,8 años edad media

Fuente: INE, Junta de Andalucía. Elaboración propia.

6. Proyecciones 2035 y brecha de recursos

La consolidación de los cinco vectores de presión analizados, proyectada en el horizonte 2035, dibuja un escenario en el que el sistema sanitario andaluz —y el español en su conjunto— requerirá un incremento sustancial de recursos para mantener estándares asistenciales equiparables a los de la Unión Europea.

6.1 Brecha agregada nacional

España necesita transitar desde una base de gasto sanitario público equivalente al 7,0% del PIB (aproximadamente 105.000 millones de euros en términos absolutos) hasta un escenario de convergencia con la media europea del 9,5% del PIB en 2035 (aproximadamente 185.000 millones de euros). Esto implica un incremento de 80.000 millones de euros adicionales anuales al final de la década respecto a la base actual.

6.2 Brecha específica andaluza

El redimensionamiento del Servicio Andaluz de Salud para 2035 exige un incremento presupuestario de 6.753 millones de euros anuales, situándolo en torno a los 22.000 millones (frente a los 15.247 millones actuales). En el corto plazo —antes incluso de pensar en converger con Europa— Andalucía necesita 1.634 millones adicionales al año únicamente para igualar el gasto por habitante de la media española.

Tabla 6.1 · Recursos físicos necesarios (síntesis)

Recurso	Déficit actual	Ámbito
Camas hospitalarias	≈75.000	España
Profesionales de enfermería	120.000-160.000	España
Profesionales sanitarios totales	20.000	Andalucía
Enfermeras (mínimo)	5.900	Andalucía
Hospitales medios equivalentes	≈Cientos	España

Fuente: Ministerio de Sanidad, OCDE, FADSP, colegios profesionales. Elaboración propia.

6.3 Escenarios de evolución 2025-2035

Los datos disponibles permiten esbozar tres escenarios en función de la evolución de las decisiones presupuestarias y las reformas estructurales que se adopten:

Escenario 1 · Continuidad

Si el sistema continúa con su trayectoria actual sin reformas estructurales ni revisión del modelo de financiación autonómica, los indicadores asistenciales se deteriorarán de forma sostenida. La demora quirúrgica andaluza superará los 200 días, las listas de espera nacionales rebasarán el millón de pacientes, y la ratio de enfermería andaluza permanecerá por debajo de 5 por cada 1.000 habitantes en 2035.

Escenario 2 · Reforma parcial

Si se aborda la reforma del sistema de financiación autonómica pero no se introducen criterios objetivos de priorización en el acceso a prestaciones limitadas, el sistema dispondrá de más recursos pero seguirá generando demoras significativas, ya que el crecimiento de la demanda excederá el ritmo de incremento presupuestario. Los indicadores mejorarán, pero no convergerán con la media europea.

Escenario 3 · Reforma integral

Reforma simultánea de la financiación autonómica y de los criterios de priorización en el acceso a recursos limitados, junto a un plan de choque para personal sanitario (ampliación de plazas MIR, retención de enfermería, mejora de ratios). Solo este escenario permite, según las proyecciones disponibles, una convergencia razonable con los estándares europeos en el horizonte 2035.

7. La conversación pendiente: el concepto de Prioridad Nacional

El cuadro de presiones descrito en los capítulos anteriores plantea una pregunta política y técnica que las administraciones españolas no han querido abordar de forma sistemática: cómo se reparten los recursos públicos limitados cuando la demanda agregada excede de manera sostenida la capacidad del sistema. El concepto de *Prioridad Nacional* introduce en este debate una propuesta concreta de baremación objetiva.

7.1 Definición operativa

La Prioridad Nacional, en su formulación técnica, no consiste en una exclusión por nacionalidad —que sería inconstitucional— sino en un sistema de baremación administrativa que pondera criterios objetivos de arraigo y contribución previa al sistema. Las variables consideradas habitualmente en su diseño técnico son: años de empadronamiento continuado, historial de cotización a la Seguridad Social, vínculos familiares estables en el territorio, y cumplimiento de la legalidad migratoria.

El concepto se aplica exclusivamente a los recursos públicos limitados de naturaleza programada o prestacional: vivienda social, ayudas de emergencia, plazas en bolsas de empleo público temporal, y —en algunas formulaciones— intervenciones sanitarias programadas no urgentes. La asistencia sanitaria de urgencia y la atención a menores no se ven afectadas en ninguna de las formulaciones técnicamente solventes del concepto.

7.2 Antecedentes europeos

El concepto no es una invención española ni una excentricidad ideológica. Sistemas análogos de baremación por arraigo se aplican desde hace años en países como Dinamarca (acceso a vivienda social), Países Bajos (criterios de arraigo en prestaciones autonómicas) o Austria (sistema de permanencia y contribución previa para acceso a determinadas ayudas sociales). En todos los casos, los criterios son objetivos, auditables y compatibles con la normativa europea de no discriminación entre ciudadanos comunitarios.

7.3 Antecedentes en España: el pacto de Extremadura

El 16 de abril de 2026, los gobiernos autonómicos de Extremadura formalizaron en un acuerdo de legislatura de 61 puntos, publicado en el Boletín Oficial de la Junta de Extremadura, la incorporación del principio de Prioridad Nacional al ordenamiento administrativo regional. El acuerdo establece una baremación objetiva en el acceso a vivienda social, ayudas sociales gestionadas por la Consejería de Familia y bolsas de empleo público temporal.

El acuerdo extremeño constituye, por tanto, el primer antecedente español de implementación administrativa del concepto. Su evolución técnica, su contraste judicial —si se produce— y sus resultados en términos de gestión de recursos limitados serán observables a partir de 2026 y servirán de referencia para otras administraciones autonómicas que puedan plantearse aproximaciones similares.

7.4 Aplicabilidad al caso andaluz

Andalucía reúne las condiciones objetivas que justifican la incorporación del debate sobre Prioridad Nacional a su agenda pública: (1) infrafinanciación estructural respecto a la media nacional, (2) presión demográfica externa significativa en provincias específicas (Málaga, Almería), (3) presión asistencial estacional severa en todo el litoral, (4) envejecimiento acelerado en el interior, (5) déficit acumulado de recursos físicos y humanos en el sistema sanitario.

La aplicabilidad operativa del concepto en Andalucía requeriría, en cualquier caso, un diseño técnico riguroso que evitara las fricciones jurídicas detectadas en otras formulaciones (en particular, el principio constitucional de igualdad ante la ley y la normativa europea de no discriminación). Las variables objetivas de empadronamiento, cotización y vínculos territoriales ofrecen un margen razonable de diseño compatible con ambos marcos normativos.

El debate sobre Prioridad Nacional, en cualquier caso, no sustituye al debate sobre la financiación autonómica: lo complementa. Sin más recursos no hay sostenibilidad; sin criterios objetivos de priorización, los recursos adicionales se diluyen en una demanda que crece sin filtros. Ambas piezas se necesitan mutuamente.

8. Conclusiones y recomendaciones

8.1 Conclusiones del análisis

- **El sistema sanitario público andaluz se encuentra en una situación de tensión estructural creciente**, con los peores indicadores asistenciales de España en demora quirúrgica, ratio de enfermería y ratio de camas hospitalarias por 1.000 habitantes.
- **La situación no se explica por una causa única.** Concurren infrafinanciación estructural respecto a la media nacional, envejecimiento acelerado, presión migratoria y turística concentrada territorialmente, y déficit estructural de profesionales sanitarios.
- **La responsabilidad institucional es compartida.** La Junta de Andalucía gestiona el sistema con menos recursos por habitante de los que reciben otras comunidades comparables; el Gobierno central es responsable del diseño del sistema de financiación autonómica que produce esa brecha y no la ha corregido en los últimos siete años.
- **El horizonte 2035 exige un incremento muy sustancial de recursos:** 6.753 millones de euros anuales adicionales para Andalucía, 80.000 millones a nivel nacional. Sin este incremento, los indicadores se deteriorarán progresivamente.
- **El incremento de recursos no es suficiente por sí solo.** Requiere acompañarse de una revisión de los criterios de priorización en el acceso a recursos limitados, una reforma estructural del sistema MIR, una política activa de retención de profesionales y una mejor articulación de la red asistencial para las épocas de máxima presión estacional.

8.2 Recomendaciones operativas

- Reforma del sistema de financiación autonómica con corrección de la brecha andaluza en un plazo máximo de tres años.
- Plan extraordinario de personal sanitario para Andalucía que incorpore como mínimo 5.900 enfermeras y eleve la ratio regional a la media nacional en cinco años.
- Apertura del debate público sobre criterios objetivos de priorización (Prioridad Nacional) en el acceso a recursos limitados no urgentes, con marco técnico riguroso y compatible con la normativa europea.
- Plan de choque para listas de espera quirúrgica con objetivo de reducción a la media nacional en tres años.
- Revisión del modelo de gestión estival para evitar el cierre vespertino del 75% de los centros de salud andaluces durante los meses de máxima presión turística.

- Refuerzo de los sistemas de facturación intereuropea y recuperación de la deuda acumulada en prestaciones a turistas no residentes.

Anexo I. Bibliografía y fuentes

Fuentes oficiales

- Instituto Nacional de Estadística (INE). *Proyecciones de Población 2022-2072*. Madrid, 2024.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). *Proyecciones de Población 2020-2070*. Madrid, 2022.
- Ministerio de Sanidad. *Estadísticas del Sistema Nacional de Salud (SISNS) — Últimos datos publicados*.
- Ministerio de Sanidad. *Situación actual y estimación de la necesidad de enfermeras en España (2024)*.
- Ministerio de Sanidad. *Formación Sanitaria Especializada — Convocatorias MIR*.
- Servicio Andaluz de Salud (SAS). Datos de listas de espera quirúrgica y de consultas externas.
- Junta de Andalucía — Consejería de Salud y Familias. *Memorias anuales y planes específicos*.
- Junta de Andalucía. *Cobertura sanitaria a personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España*.
- Boletín Oficial de la Junta de Extremadura (BOEX). Acuerdo de gobierno PP-VOX, 16 de abril de 2026.

Organismos y entidades técnicas

- OCDE. *Panorama de la Salud 2025 — España*. París, 2025.
- OCDE. Estadísticas comparadas de personal sanitario y gasto sanitario.
- Eurostat. Indicadores de salud y recursos hospitalarios comparados.
- Centro de Estudios Andaluces (CENTRA). Barómetros sociales y demográficos de Andalucía.
- Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA). *Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario*. Madrid, 2024.
- Consejo Económico y Social (CES). *Informe 01/2024*.
- Consejo Económico y Social (CES). *Informe 01/2025: La realidad migratoria en España. Prioridades para las políticas públicas*.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). *La privatización sanitaria de las CCAA 2025 — Undécimo Informe*.
- World Travel & Tourism Council. Datos del sector turístico español 2024-2025.

Organismos profesionales del sector sanitario

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM). Comunicaciones sobre ratios de enfermería, OCDE 2024-2025.

Sindicato de Enfermería SATSE. Análisis sobre escasez de personal de enfermería en España.

Sindicato Médico de Granada (SIMEG). *Faltan médicos de varias especialidades y en 2036 podemos tener de nuevo muchos médicos en paro.*

iSanidad. Cobertura especializada del sector sanitario.

New Medical Economics. *Sistema sanitario español: DAFO 2025.*

Gaceta de Salud. Análisis del sistema MIR y formación especializada.

Hemeroteca y verificación cruzada

RTVE. Cobertura electoral y sanitaria 2025-2026.

El País. Cobertura del sector sanitario y financiación autonómica.

ABC Sevilla / ABC Andalucía. Cobertura política y sanitaria andaluza.

Diario de Sevilla, Diario de Cádiz, Málaga Hoy, Granada Hoy, Huelva Información (Grupo Joly). Cobertura provincial.

El Mira. Información autonómica andaluza.

elDiario.es Andalucía. Investigación y análisis político.

Infobae España. Análisis sobre el sistema MIR.

Diari de Tarragona. Operación policial sobre empadronamientos fraudulentos.

Informes documentales propios

Los ocho informes de investigación documental elaborados mediante Gemini Deep Research durante la fase metodológica del proyecto constituyen la base sintética sobre la que se ha estructurado este informe técnico. Los informes consultan las fuentes primarias relacionadas en los apartados anteriores y están disponibles para consulta interna del proyecto. Sus títulos son:

- Informe 01 · Evolución y cuantificación de la población inmigrante en España y Andalucía (2005-2025).
- Informe 02 · Regularización y adquisición de nacionalidad.
- Informe 03 · Evolución de la infraestructura sanitaria en España (2005-2025).
- Informe 04 · Evolución de la plantilla sanitaria en España y Andalucía.
- Informe 05 · Envejecimiento poblacional y demanda sanitaria.
- Informe 06 · Turismo y presión sanitaria estival.
- Informe 07 · Brecha presupuestaria sanitaria y proyección de recursos 2035.

- Informe 08 · Turismo sanitario irregular en España.

Anexo II. Ficha técnica del informe

Campo	Detalle
Título	Sanidad pública en Andalucía: diagnóstico, presiones estructurales y proyección 2035
Autor	Alex Borràs
Edición	Iniciativa 2028
Fecha	Abril de 2026
Tipo de documento	Informe técnico-divulgativo
Documento principal asociado	Artículo «Sanidad pública en Andalucía: lo que dicen los datos...»
Periodo de datos retrospectivos	2005-2025
Horizonte de proyecciones	2035-2036
Ámbito territorial principal	Andalucía (perspectiva comparada España, UE, OCDE)
Vectores analizados	5 (capacidad asistencial, personal, envejecimiento, migración, turismo)
Informes documentales base	8 (Gemini Deep Research)
Páginas	26
Idioma	Castellano
Licencia	Reservados todos los derechos. Cita libre con atribución.

Sobre el autor

Alex Borràs combina más de tres décadas de experiencia en el cruce entre tecnología, comunicación digital y mundo sanitario. Cursó tres años completos de la carrera de Medicina antes de orientarse profesionalmente hacia la informática. En 1998 desarrolló *Intex MED*, un programa de gestión integral de consulta médica privada (administración, agenda e historia clínica) que llegó a estar instalado en cincuenta consultas de distintas especialidades en Barcelona y permaneció más de veinte años en el mercado.

Desde 2004 forma parte del equipo directivo de la Asociación Endometriosis España. Ha gestionado durante varios años la identidad digital de Womens (clínica de los doctores Francisco Carmona y Santiago Dexeus, referencia internacional en ginecología) y del Instituto Quirúrgico Lacy (doctor Antonio de Lacy, pionero mundial en cirugía mínimamente invasiva). Ha desarrollado web y posicionamiento SEO para una decena adicional de profesionales y centros médicos.

Esta trayectoria sanitaria se complementa con trece años en Ibermática dedicados a la informatización de grandes empresas, y más de quince años de especialización en posicionamiento SEO, arquitectura WordPress y aplicación de inteligencia artificial a la producción editorial.