

ODESOCAN

Observatorio de Derechos Sociales de Canarias

El Hospital Insular de Lanzarote

Cronología, proceso institucional, impacto demográfico e hipótesis sobre el cierre y traslado del único hospital geriátrico de Canarias

INVESTIGACIÓN: ODESOCAN · Observatorio de Derechos Sociales de Canarias

PERIODO DE REFERENCIA: 2017–2026

TIPO DE DOCUMENTO: Análisis

FECHA: 18 de junio de 2026

RESUMEN

El Hospital Insular de Lanzarote es el único centro de Canarias dedicado de forma específica a la atención geriátrica y el único con acreditación del Ministerio de Sanidad como unidad docente multiprofesional de geriatría. Este informe reconstruye la cronología que va de su integración en la red pública del Servicio Canario de Salud (2018–2019) al anuncio de su traslado (2024–2026), analiza un proceso institucional marcado por la celeridad del desalojo y la opacidad de la planificación, contrasta la decisión con una realidad demográfica de crecimiento poblacional, y formula tres hipótesis explicativas -el deslizamiento de lo provisional a lo definitivo, la privatización silenciosa de camas y la lectura electoral de cara a 2027-, cada una acompañada del criterio que permitiría confirmarla o descartarla.

1. El hospital Insular de Lanzarote (introducción)

El 23 de abril de 2026, la **Coordinadora del Hospital Insular** se reunió con este observatorio para tratar de esclarecer las motivaciones que hay detrás del cierre del Hospital Insular de Lanzarote. Se discutieron dudas fundadas sobre la falta de información y la volatilidad de criterio que existe actualmente, documentos pendientes de ver la luz, evaluaciones técnicas que no hablaban ni de cierre, ni de una urgencia por riesgo de derrumbe, ni del cese de los servicios. De aquella conversación se desprendía una conclusión que este trabajo se propuso examinar: la de un grupo de profesionales con elementos suficientes para sostener que no había existido intención alguna, por parte de la administración política, de hacer comprensible, accesible ni participado el cierre de una institución sin equivalente en Canarias.

Conviene detenerse en esa palabra, institución, porque suele evocar una imagen determinada. Cuando se piensa en una institución se tiende a imaginar un edificio de largas escaleras a la entrada, en cuyo interior un grupo de personas mantiene cierta distancia con la realidad frente a una pantalla. Nada más lejos de lo que ocurre en el Hospital Insular. Allí hay, ante todo, una comunidad: profesionales que han sostenido durante décadas un modelo de cuidado, personas usuarias y entornos de convivencia que hacen posible un espacio de cuidados. Esa distinción no es retórica, porque determina cómo debe leerse la operación que aquí se analiza: no como el traslado de un inmueble, sino como la puesta en movimiento de un tejido humano y de un modelo asistencial construido durante casi cuatro décadas.

Unos días antes de la publicación de este informe el observatorio también ha tenido la oportunidad de conversar con **Domingo de Guzmán Pérez Hernández**, Doctor en medicina y especialista en Geriátrica, Ex Director del Hospital Insular de Lanzarote y Presidente de honor de la Sociedad Canarias de Geriátrica y Gerontología. Durante la conversación, a la pregunta sobre la singularidad del HIL su ex director nos indica que se trata de un modelo de cuidados médicos de larga duración único en Canarias que lejos de desaparecer debería tomarse como referencia en el resto de hospitales canarios. Más concretamente indicaba que *"al contrario que en otros hospitales de Canarias, en el Insular de Lanzarote no existen pacientes de larga duración en una cama hospitalaria de agudos por motivos de dependencia, precisamente porque se cuenta con un equipo multidisciplinar capaz de llevar a cabo un modelo de derivación ágil, pero centrado en la persona"*. Por otra parte, al preguntarle por las condiciones actuales del HIL declara que *"todos los hospitales del mundo conviven con adecuaciones diarias para su mantenimiento sin afectar a su correcto funcionamiento"*. Finalmente, se le ha preguntado por los motivos que han podido llevar a la toma de decisiones políticas sobre el HIL, pero indica que desconoce los motivos y no comprende porqué no se ha llevado a cabo como mínimo un proceso participativo para tomar dicha decisión, en lugar de la opacidad y la urgencia que han tenido lugar.

El Hospital Insular es el único centro del archipiélago dedicado de forma específica a la atención geriátrica y el único que posee la acreditación del Ministerio de Sanidad como unidad docente multiprofesional de geriatría. Hablar de su cierre o de su traslado es, por tanto, hablar de un recurso sin réplica en Canarias y de un modelo de cuidados de larga duración que constituye, en sí mismo, patrimonio sanitario de la comunidad.

Este informe se inscribe, además, en una línea de trabajo más amplia. El observatorio desarrolla en la actualidad una investigación sobre las residencias y el sistema de cuidados de larga duración en Canarias, un ámbito marcado por la insuficiencia de plazas -el archipiélago registra la segunda tasa residencial más baja del Estado (AEDGSS, 2025)-, por la sobrecarga de las cuidadoras no remuneradas, que son mayoritariamente mujeres, y por hondas desigualdades territoriales. Frente a ese telón de fondo, lo hallado en el Insular resulta anómalo: no se parece a la evidencia registrada hasta ahora, porque describe precisamente lo contrario de una carencia, se trata de un modelo público, integrado y especializado. Que un recurso así se desplace y fragmente, justo cuando la demografía y el déficit de cuidados apuntan en sentido opuesto, es lo que convierte este caso en objeto de investigación.

El enfoque de este observatorio es el de los derechos sociales, con una atención específica a su dimensión de género, porque la vejez (especialmente los años de vida no saludable) y el cuidado están profundamente feminizados: serán mayoritariamente mujeres quienes ocupen mañana esas camas, y son hoy mayoritariamente mujeres quienes sostienen el cuidado cuando el sistema público es mermado. Su método descansa, a su vez, en una exigencia que recorre todo el documento: distinguir con rigor lo verificado de lo hipotético. A lo largo del informe se separa de forma explícita lo que los hechos acreditan de lo que cabe plantear como hipotético; se evita atribuir cifras o intenciones más allá de lo que las fuentes permiten; y se subraya que la responsabilidad institucional no es imputable a un solo color político, sino a una inercia que se repite con independencia de quién gobierne. La pregunta que vertebra el trabajo es sencilla de enunciar y difícil de responder: si ni una demanda decreciente, ni un informe de infraestructura claro ni un plan publicado justifican cerrar el único hospital geriátrico de Canarias ¿Qué explica la operación?

Para responderla, el informe avanza en cuatro pasos: Reconstruye primero la cronología que va de la integración del hospital en la red pública (2018-2019) al anuncio de su traslado y la respuesta social (2024-2026). Seguidamente, se analiza el proceso institucional, atravesado por una asimetría llamativa entre la celeridad del desalojo y la opacidad de la planificación. Contrasta a continuación la decisión con la realidad demográfica de la isla, para comprobar si existe una explicación poblacional que la sostenga. Finalmente, se formulan tres hipótesis explicativas -el deslizamiento de lo provisional hacia lo definitivo, la privatización silenciosa de camas y la lectura electoral de cara a 2027-, cada una acompañada del criterio que permitiría confirmarla o descartarla.

2. Cronología: de la integración al traslado (2017-2026)

Desde que en 1987 en el HIL¹ se creó su servicio de geriatría, es el único centro del archipiélago dedicado de forma específica a la atención de las personas mayores, y en 2020 sumó una distinción que ningún otro recurso canario posee: la acreditación del Ministerio de Sanidad como unidad docente multiprofesional de geriatría, que forma conjuntamente a profesionales de medicina y de enfermería (Gobierno de Canarias, 2020). Cuando hablamos de su traslado, por tanto, no hablamos de mover un edificio: hablamos de poner en movimiento un servicio sin equivalente en Canarias y un modelo de cuidados de larga duración construido durante casi cuatro décadas.

La cronología que sigue muestra cómo se pasa de un proceso de integración y refuerzo institucional -el hospital entra en la red pública autonómica- a un proceso de desplazamiento y fragmentación, sin que medie, hasta la fecha de cierre de esta investigación, ni un proyecto de rehabilitación con presupuesto asignado ni una fecha de retorno verificable.

2.1 Antecedentes y primer diagnóstico técnico (2018-2021)

El 27 de diciembre de 2018 se firma la integración del Hospital Insular -hasta entonces propiedad y gestión del Cabildo de Lanzarote- en el Servicio Canario de la Salud (SCS); la incorporación de la plantilla se hace efectiva el 1 de enero de 2019. El convenio lo suscriben el entonces presidente del Gobierno de Canarias, Fernando Clavijo (CC), y el presidente del Cabildo, Pedro San Ginés (CC), mientras la residencia sociosanitaria anexa, con sus 47 plazas, queda en encomienda de gestión insular -una prórroga que sigue vigente hasta enero de 2027 (Diario de Lanzarote, 2025). Es importante retener este dato: la integración fue un avance que blindaba el cuidado de las personas mayores dentro de la red sanitaria pública, no fuera de ella.

El primer diagnóstico técnico llega en 2019. Un informe encargado por el departamento de Infraestructuras del SCS concluye que el edificio, levantado en 1950, necesita una reforma integral: señala defectos en cimentación, pilares y vigas, corrosión estructural, un sistema contraincendios con defectos graves, humedades y barreras de accesibilidad (SCS, 2019). Conviene analizar este informe con detenimiento, porque es la pieza sobre la que se sostendrá después toda la justificación oficial del cierre. Y aquí aparece el primer matiz que esta investigación debe subrayar: ese mismo informe precisa en la página 21 que **“no se consideraban necesarias medidas inmediatas para garantizar la seguridad del edificio”** (SCS, 2019). Es decir, el documento que más tarde invocará la actual Consejera de Sanidad Esther Monzón para hablar de un edificio "obsoleto y dañado" no describía, en 2019, una situación de emergencia.

Sin embargo, en el propio documento, el Cabildo asegura sin acreditarlo, que tuvieron lugar una serie de inspecciones de seguridad durante la gestión del cabildo que fueron mayormente desfavorables salvo en la inspección periódica de equipos a presión. Esta distancia entre lo que el informe dice y lo que después se le hace decir es un hilo argumental que conviene seguir, en la medida en que al tratarse de un documento tan contradictorio su margen de aplicación se ensancha al resultar tan ambiguo, esto permite

¹ Hospital Insular de Lanzarote.

por un lado, no contar con garantías legales y estructurales, y por otro, que los agentes políticos tomen medidas en el momento en que lo precisen sin atender a criterio jurídico o arquitectónico.

En septiembre de 2021, durante la pandemia, el Gobierno autonómico del Pacto de las Flores (PSOE-NC-Podemos) adjudica por la vía de emergencia el edificio polivalente de enfermedades emergentes, anexo al Hospital Molina Orosa. La obra quedó inconclusa por problemas con la empresa adjudicataria (Crónicas de Lanzarote, 2026). Ese inmueble inacabado es, como veremos, el que años más tarde se presentará como "oportunidad" para reubicar el HIL. En diciembre de 2021 se redacta además un plan funcional de reforma del Insular que, según Coalición Canaria, ni contemplaba camas hospitalarias en el edificio a restaurar ni mantenía las plazas de la residencia; ese plan nunca se aprobó ni se dotó presupuestariamente (Biosfera Digital, 2026a; Lancelot Digital, 2026a).

Lo que deja este primer periodo es, por tanto, una contradicción de fondo que merece nombrarse: el hospital se integra en lo público para reforzarse, pero los instrumentos de planificación que se redactan en paralelo -el plan funcional de 2021, la apuesta por el polivalente- ya apuntan, antes de cualquier anuncio formal, hacia un modelo en el que las camas hospitalarias, geriátricas y las plazas residenciales dejan de estar garantizadas en su emplazamiento histórico.

2.2 El anuncio del cierre y la respuesta social (2024-2026)

El conflicto se hace público el 10 de diciembre de 2024, cuando la consejera de Sanidad, Esther Monzón (CC), anuncia en el Parlamento de Canarias -respondiendo a una pregunta de Nueva Canarias- el cierre del geriátrico por encontrarse el edificio "obsoleto y dañado" en sus pilares, con traslado de pacientes y personal (Diario de Lanzarote, 2024). PSOE y Nueva Canarias lo denuncian de inmediato como un "ataque directo" a la ciudadanía de Lanzarote (eldiario.es, 2024). Desde ese momento, el relato oficial oscila de forma llamativa: en diciembre de 2024, el gerente de Servicios Sanitarios, Pablo Eguía, llega a calificar de "falso" que se vaya a cerrar el hospital y remite la decisión final al Plan Director de Infraestructuras Sanitarias (Lancelot, 2024). Esta ambigüedad atraviesa toda la fase siguiente y es, en sí misma, un dato políticamente relevante.

A finales de 2025 llega un hecho difícil de discutir: el proyecto de presupuestos autonómicos para 2026 deja fuera la renovación del Insular de Lanzarote, mientras consigna más de 4,1 millones de euros para reformar el Hospital Insular de Gran Canaria y 1,5 millones para el Doctor Negrín (La Voz de Lanzarote, 2025). En este sentido, la lista de prioridades resulta esclarecedora: cuando un mismo presupuesto financia la rehabilitación de infraestructuras sanitarias en islas capitalinas y asigna cero euros a las islas no capitalinas, no estamos solo ante una decisión técnica, sino ante una jerarquía territorial de derechos.

A lo largo de 2026 el proceso se acelera y la respuesta social se organiza. El diputado Yoné Caraballo (NC-bc) denuncia en enero la intención de ocupar el edificio polivalente con la actividad del Insular y registra una Proposición No de Ley elaborada con la geriatra Blanca Torres y el presidente del comité de empresa, Ariel Bonilla (eldiario.es, 2026). En

febrero, Coalición Canaria² defiende que el traslado "temporal" mejorará la atención y la formación, y la Gerencia informa de que el polivalente -terminado al 95%, con una inversión cercana a los 15 millones- albergará 52 camas geriátricas, hospital de día, consultas y rehabilitación (Biosfera Digital, 2026a; Canarias7, 2026). El 13 de febrero, el diputado socialista Marcos Hernández denuncia que el presupuesto contempla 0 euros para el Insular y que su enmienda de un millón fue rechazada (eldiario.es, 2026).

El 18 de mayo, la geriatra Blanca Torres alerta del "desmantelamiento" y advierte de algo decisivo: pasar a ser un servicio más dentro de otro hospital implica perder presupuesto y autonomía, además de cuestionar la idoneidad del polivalente para pacientes geriátricos (eldiario.es, 2026). Esta observación conecta directamente con la hipótesis que articula esta investigación: lo que está en juego no es solo una dirección postal, sino el paso de un encaje institucional comunitario -un hospital propio, autónomo, anclado en el núcleo urbano y en un entorno terapéutico junto al mar y al Charco de San Ginés- a un servicio disgregado y supeditado, donde el cuidado de larga duración pierde entidad organizativa. Cuando un modelo de atención a personas mayores se diluye dentro de una estructura hospitalaria pensada para la patología aguda, se refuerza, de hecho, una lógica que mide el cuidado como atención de la enfermedad y no como una práctica humana central para el sostenimiento social de la vida.

La respuesta ciudadana cristaliza en la primavera de 2026, cuando la Coordinadora del Hospital Insular y Marea Blanca convocan una manifestación para el 20 de junio, con el respaldo de diversas organizaciones sociales y políticas, mientras la recogida de firmas en Change.org ronda las 15.053 adhesiones en el momento en que se redacta este informe (Change.org, 2026). El exdirector del centro, Domingo de Guzmán, sintetiza la inquietud colectiva al describir el traslado como "un camino de ida que no tiene vuelta" y al denunciar que el Plan Director aún no se ha mostrado a la plantilla afectada (eldiario.es, 2026).

3. El proceso institucional: opacidad y celeridad

En este proceso aparece una paradoja que lo ordena todo: la misma decisión que avanza con notable celeridad en su dimensión ejecutiva -ocupación del edificio polivalente en diciembre de 2025, adjudicación de emergencia de las obras de finalización en mayo de 2026, traslado anunciado «tras el verano»- se sostiene sobre un vacío llamativo en su dimensión planificadora. Hay celeridad para vaciar el Hospital Insular y lentitud, opacidad incluso, para explicar con qué proyecto, con qué dinero y con qué participación se hace. Esa asimetría entre la velocidad del desalojo y la ausencia de un plan público es el eje sobre el que se sostiene este análisis.

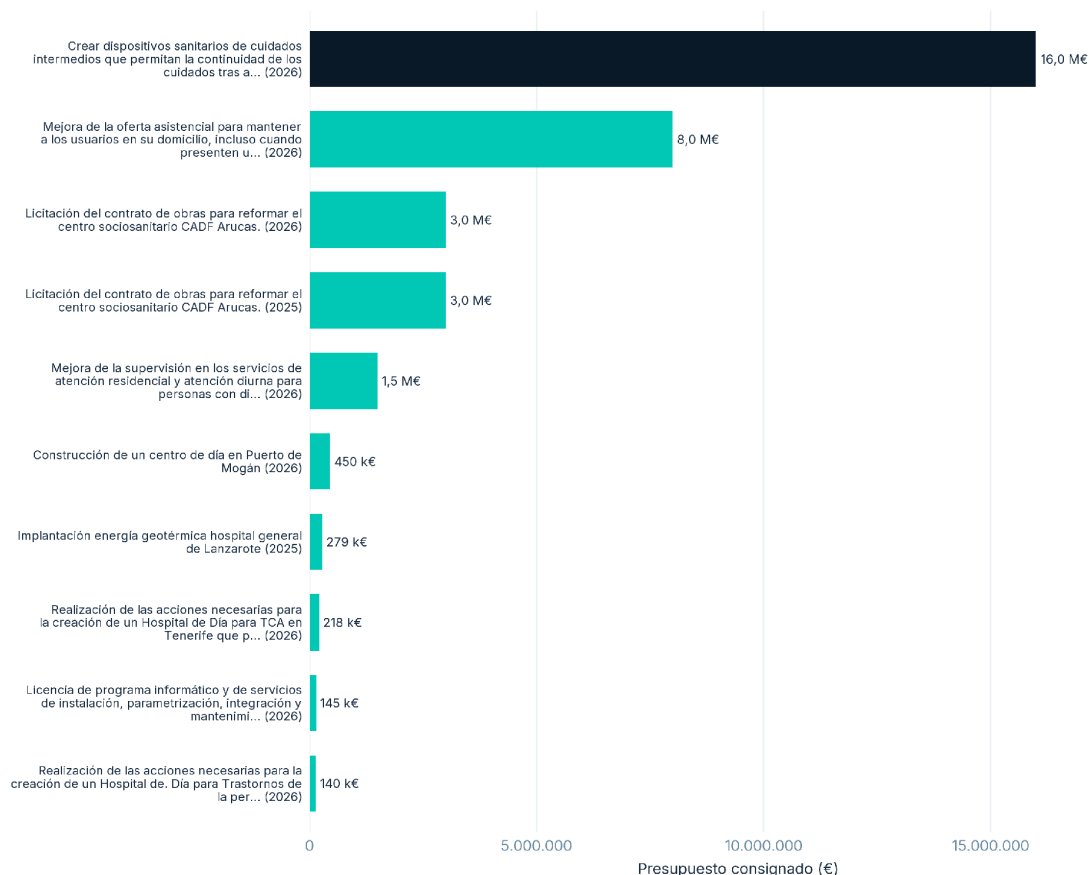
3.1 Sin proyecto, sin presupuesto, sin participación ciudadana

² En rueda de prensa donde intervinieron Pedro San Ginés (expresidente del Cabildo de Lanzarote y actual secretario general de CC en Lanzarote y la Graciosa, Oswaldo Betancort (actual Presidente del Cabildo) y el Director del Área de Salud de Lanzarote Erasmo García.

El futuro del edificio depende del Plan Director de Infraestructuras Sanitarias de Lanzarote, encargado en 2024 al medio propio Gesplan e integrado en el Plan Estratégico 2025-2028 del Servicio Canario de Salud; sería el primer instrumento de este alcance en reconvertir el inmueble a otro uso. Sin embargo, sus plazos se han ido retrasando -de febrero a marzo y de marzo a mayo de 2026- y el propio director del Área de Salud, Erasmo García, lo situaba en abril «posiblemente en el mes de mayo» (Cadena SER, 2026). A mediados de junio sigue sin presentarse públicamente y sin mostrarse a la plantilla. Se decide vaciar el edificio, en suma, antes de conocer el documento que debería justificar y ordenar ese vaciado.

FIGURA 1 · Las diez actuaciones sociosanitarias con mayor financiación

Presupuestos de Canarias · ejercicios 2025-2026



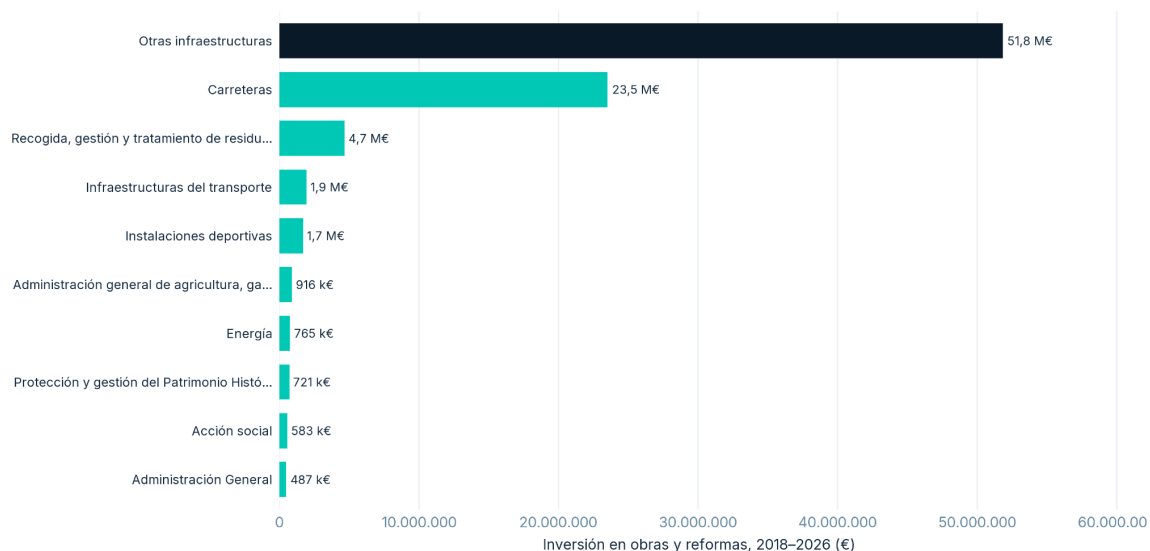
Fuente: ODESOCAN a partir del Tomo 5 «Memorias del presupuesto», Presupuestos Generales de Canarias (datos por actuación disponibles en 2025-2026).

El segundo vacío es presupuestario, y aquí los datos presentados en la figura 1 son inequívocos. Los presupuestos autonómicos de 2026 consignan cero euros para la rehabilitación del Insular, mientras destinan 4,1 millones al Hospital Insular de Gran Canaria, 1,5 millones al Doctor Negrín y 780.000 euros a nuevas consultas del Molina Orosa (La Voz de Lanzarote, 2025). Al rastrear el Tomo 5 de los presupuestos, la única partida autonómica imputable a un hospital lanzaroteño en 2025-2026 son 279.000 euros para implantar energía geotérmica en el Molina Orosa -el hospital general, no el Insular y el grueso del gasto sociosanitario regional se dirige a otros destinos: dieciséis millones para dispositivos de cuidados intermedios, reformas de centros sociosanitarios o un centro de día en Puerto de Mogán (Figura 8). El Insular, sencillamente, no figura. Conviene precisar

este matiz para no sobretribuir: que la financiación se concentre en el Molina Orosa no equivale a una inversión en geriatría; confirma, al contrario, que el edificio del Insular carece de dotación propia.

FIGURA 3 · Áreas con mayor inversión en obras y reformas

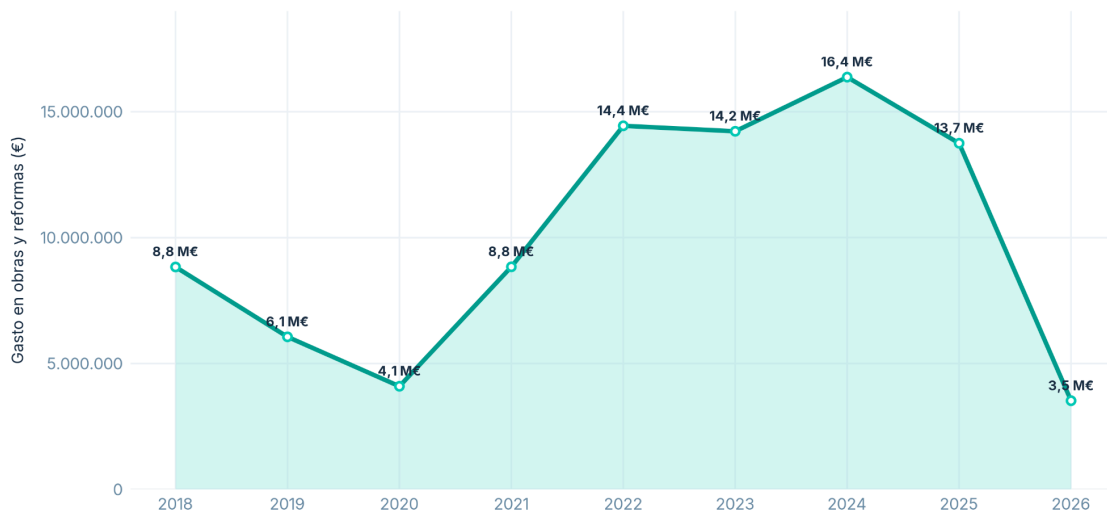
Cabildo de Lanzarote · acumulado del periodo 2018-2026



Fuente: ODESOCAN a partir del portal de transparencia del Cabildo de Lanzarote (Gastos y Pagos). Filtro de obra por partida de Inversión. 2026: ejercicio en curso.

FIGURA 4 · Evolución del gasto en obras y reformas

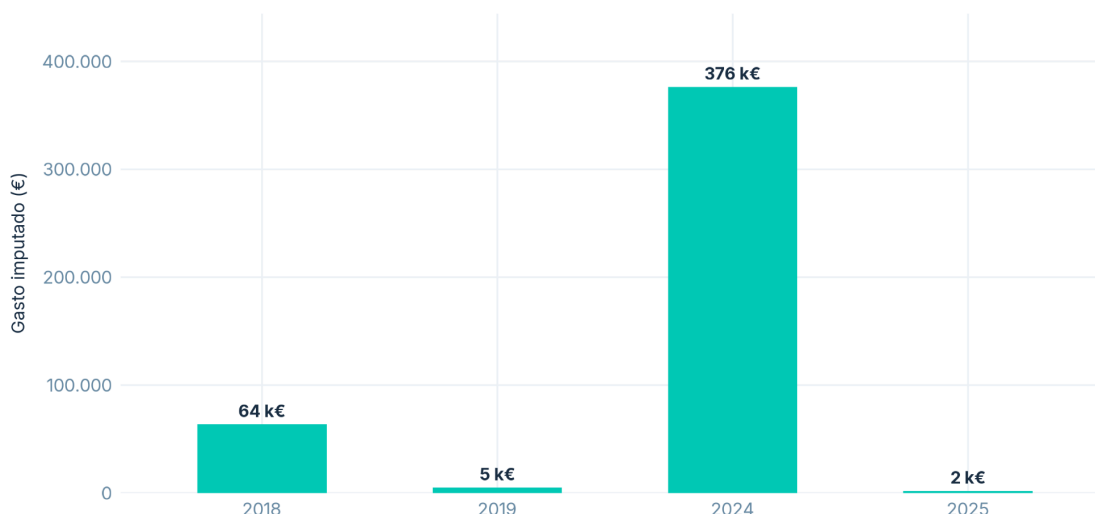
Cabildo de Lanzarote · 2018-2026 (2026 en curso)



Fuente: ODESOCAN a partir del portal de transparencia del Cabildo de Lanzarote (Gastos y Pagos). Filtro de obra por partida de Inversión. 2026: ejercicio en curso.

FIGURA 5 · Inversión del Cabildo en obra del Hospital Insular

Obra y mantenimiento del edificio · total del periodo: 447.007 € (sobre todo el aparcamiento anexo, 2024)



Fuente: ODESOCAN a partir del portal de transparencia del Cabildo de Lanzarote (Gastos y Pagos). Filtro de obra por partida de inversión. 2026: ejercicio en curso.

La objeción previsible es que el Cabildo podría suplir esa ausencia, pero el dato la desmonta en ambas direcciones. La corporación insular tiene capacidad inversora sobrada -90 millones en obra entre 2018 y 2026, con un máximo de 16,4 millones en 2024 (Figuras 10 y 11)-, pero la canaliza casi toda hacia «otras infraestructuras» (51,8 millones) y carreteras (23,5 millones). Al edificio del hospital se han destinado apenas 447.000 euros en nueve años, y de ellos 376.000 corresponden a la construcción del aparcamiento anexo en 2024 (Figura 12). Lo que el Cabildo sí financia de forma estructural es un servicio de transporte -el transporte adaptado de personas usuarias al hospital, 2,8 millones-, no la obra del inmueble. Entonces, no hay falta de dinero público en la isla; hay una competencia que recae en el Gobierno de Canarias, que presupuesta cero, y **una prioridad que coloca el cuidado de las personas mayores por detrás del asfalto.**

La reunión del Consejo de Salud de la isla se celebró sin que el cierre o el traslado figuraran en su comunicación institucional (Gobierno de Canarias, 2026), y el Plan Director no se ha facilitado ni a la plantilla ni a los órganos de participación ciudadana. Aquí cabe una lectura espacial que conviene presentar como interpretación, anclada a un hecho verificable: la ubicación. Trasladar la geriatría a un edificio polivalente contiguo al Molina Orosa, en una zona alejada del núcleo urbano y del entorno terapéutico del Charco de San Ginés, desplaza los cuidados de las personas mayores lejos de la vida cotidiana de la ciudadanía, de un entorno de convivencia a un modelo de muros y pasillos. Es, leído así, la geografía de la invisibilización: cuidar de los cuerpos que envejecen en la periferia, fuera de la mirada común. **Que existían alternativas no es una forma de hablar: el propio inventario insular registra veintiséis edificios públicos sin uso y más de 46.000 metros cuadrados de suelo disponible, seis de esos inmuebles en Arrecife** (Cabildo de Lanzarote, 2019).

Finalmente, cabe señalar el argumento que la administración esgrime como coartada de toda la operación: **la seguridad.** Y aquí el rigor obliga a una distinción incómoda. El

informe técnico de 2019 del Servicio de Ingeniería documenta defectos graves y reales en cimentación, pilares y vigas de un edificio de 1950, problemas de legalización detectados desde 2018 y la necesidad de una reforma integral, diagnóstico que se actualizó en 2023 tras un incendio (Servicio Canario de la Salud, 2019; Diario de Lanzarote, 2024). Por eso la tesis de la «no urgencia» que llegó a sostener Nueva Canarias es insuficiente y este informe no la asume: el riesgo estructural existe y la seguridad de las personas usuarias no es negociable. El cuestionamiento defendible es otro: la misma administración pública que dejó deteriorarse el edificio durante años por falta de mantenimiento es la que ahora desplaza de forma forzosa a cientos de personas sin proyecto de retorno ni ficha financiera. La crítica no recae sobre la existencia del peligro, sino sobre **una gestión que combina negligencia previa y desalojo sin planificar**.

3.2 Mapa de responsabilidades

El bloque que impulsa el traslado se articula en torno a Coalición Canaria, con el Partido Popular como socio de gobierno de perfil bajo. En el Gobierno de Canarias, la consejera de Sanidad, Esther Monzón, y el director del SCS, Adasat Goya, defienden que el traslado es temporal, que responde a la seguridad estructural y que el modelo geriátrico se mantiene íntegro dentro del Plan Estratégico 2025-2028 (Diario de Lanzarote, 2024; Gobierno de Canarias, 2026); la Gerencia de Servicios Sanitarios, con Pablo Eguía, niega el cierre y sostiene que el modelo «lo hacen los profesionales, no el edificio» (Lancelot Digital, 2026b). En el Cabildo, su presidente Oswaldo Betancort, el consejero de Bienestar Social Marci Acuña y el secretario insular y senador Pedro San Ginés atribuyen la situación a la inacción del anterior Pacto de las Flores y aseguran que el inmueble está protegido y no se demolerá (Biosfera Digital, 2026a; Lancelot Digital, 2026b).

Por otro lado, la oposición crítica habla de «desmantelamiento encubierto sin proyecto ni presupuesto»: el PSOE -con María Dolores Corujo, Ariagona González y Marcos Hernández- exige calendario, proyecto asistencial, ficha financiera y garantía de retorno (eldiario.es, 2024; Biosfera Digital, 2026b); Nueva Canarias, dio la primera alarma y registró una proposición para blindar el centro; Izquierda Unida, con Jorge Peñas, introduce las tesis de privatización y especulación; y Podemos respalda las movilizaciones. En el plano profesional y social, la Coordinadora del Hospital Insular y la Plataforma Marea Blanca convocan la protesta, con voces como las de la geriatra Blanca Torres, el exdirector Domingo de Guzmán, el presidente del comité de empresa Ariel Bonilla o la psicóloga Silvia Camino; en lo sindical, CCOO ha aprobado una resolución a favor del mantenimiento del centro. El único agente económico visible es Lanzagrava, adjudicataria de la finalización del polivalente (5% que resta al total de la obra) por unos 776.000 euros -979.944 si se suma la dirección facultativa y la redacción del proyecto (Crónicas de Lanzarote, 2026).

Sobre este mapa conviene una advertencia: la responsabilidad no es atribuible a un solo color político. Como se explicó en la propia cronología fue el Pacto de las Flores (2019-2023) quien adjudicó el edificio polivalente y redactó el plan funcional de 2021. La pluralidad competencial -el Gobierno de Canarias como titular del servicio sanitario, el Cabildo como gestor de la residencia y de buena parte del patrimonio, y el Ayuntamiento

de Arrecife con la competencia urbanística- diluye las responsabilidades y dificulta fijar una hoja de ruta. **La rendición de cuentas recae, a la vez, sobre el gobierno que decide hoy y sobre una inercia institucional que, como muestra el apartado siguiente, se repite con independencia de quién gobierne.**



3.3 Precedentes en Canarias: cuando lo temporal se vuelve definitivo

Que la provisionalidad sociosanitaria tiende a cronificarse no es un temor abstracto: tiene base empírica en el propio archipiélago. El caso de máxima semejanza es el **Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava**, el único precedente canario con el ciclo cerrado y que comparte seis de las ocho dimensiones del caso lanzaroteño. En septiembre de 2013, el Cabildo de Tenerife trasladó «provisional y preventivamente» a sus 99 usuarias de geriatría de larga estancia tras informes técnicos que desaconsejaban el uso del edificio histórico, sin proyecto de retorno definido. **Doce años después, el inmueble original sigue sin uso sanitario y el retorno se redefinió como obra nueva en otra parcela**, cuyo presupuesto pasó de 9,1 millones anunciados en 2019 a 16,4 millones relicitados en 2025. El mecanismo de esa desviación es la clave para Lanzarote: en La Orotava la reconstrucción en el emplazamiento previsto quedó bloqueada porque las normas urbanísticas lo impedían, y el retorno acabó migrando a otro suelo. Es exactamente la puerta que deja abierta la moción del Cabildo de Lanzarote de marzo de 2026, al condicionar la continuidad sanitaria «a las limitaciones del edificio y a la edificabilidad o condiciones urbanísticas de la parcela», además del Plan Director. Conviene declarar las diferencias: en La Orotava el detonante fue un evento agudo -el hundimiento de un suelo-, la parcela no era costera de alto valor y el gobierno insular era una coalición CC-PSOE con la consejería firmante en manos socialistas.

Dos casos más completan el cuadro. El **Hospital Febles Campos**, en Santa Cruz de Tenerife, ofrece el patrón inverso y complementario: allí la degradación se produjo in situ, por incapacidad de ejecutar planes de reubicación que se suceden sin cerrarse -con una querrela por el traslado que fue archivada-, pero siempre con el retorno comprometido en el mismo solar, algo que en Lanzarote no existe. Y el **Hospital de San Martín**, en Vegueta, demuestra que la protección de catálogo -en el caso del insular existen elementos de Bien de Interés Cultural- no impidió el cambio definitivo de uso sanitario a otro uso, en su caso cultural y público-.

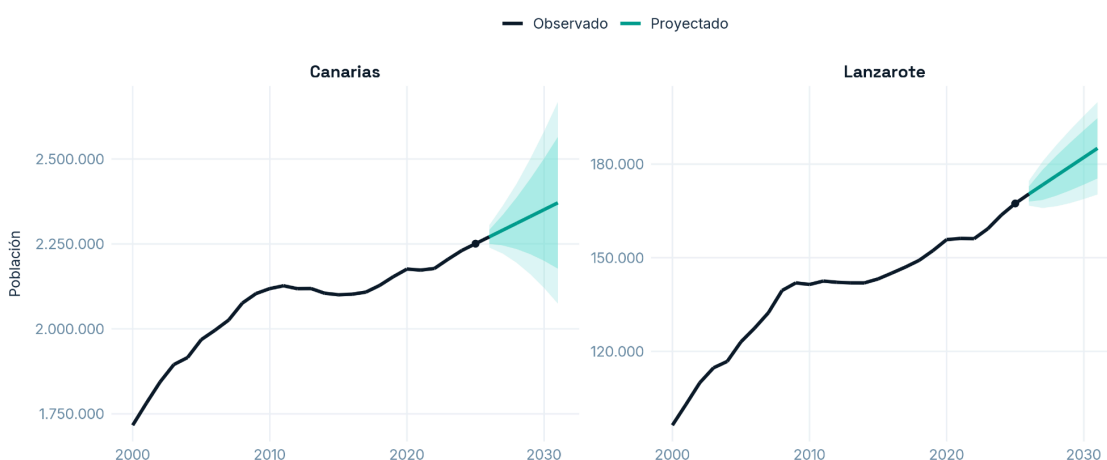
Los precedentes regionales avalan con solidez el riesgo de cronificación y de no retorno del uso sanitario al edificio original: **hay al menos dos casos sociosanitarios donde la provisionalidad superó la década**. En este sentido, los desenlaces conocidos son la reutilización pública o el abandono prolongado, incluso allí donde hubo propuestas explícitas de privatización.

4. El impacto

El apartado anterior mostró cómo se ha decidido el traslado: con celeridad en la ejecución y opacidad en la planificación, sin proyecto técnico, sin partida presupuestaria y sin participación ciudadana. Queda, sin embargo, una pregunta que la administración no ha respondido con datos: ¿justifica la realidad demográfica de Lanzarote retirar o fragmentar capacidad sanitaria especializada? Si la población de la isla estuviera encogiéndose, o no estuviera envejeciendo, podría sostenerse que la demanda futura no necesita el recurso actual. Conviene, por tanto, sustituir la intuición por la evidencia. Este apartado reconstruye la trayectoria poblacional de Lanzarote y de Canarias a partir de los datos del Instituto Canario de Estadística (2000-2022) y de proyecciones realizadas por este observatorio hasta 2031, para situar la decisión sobre el Hospital Insular en su contexto real: el de una isla joven, con más nacimientos y con una población que crece y envejece.

FIGURA 7 · Población observada y proyectada a 2031

Lanzarote y Canarias · 2000-2031 · bandas de confianza del 80 % y 95 %



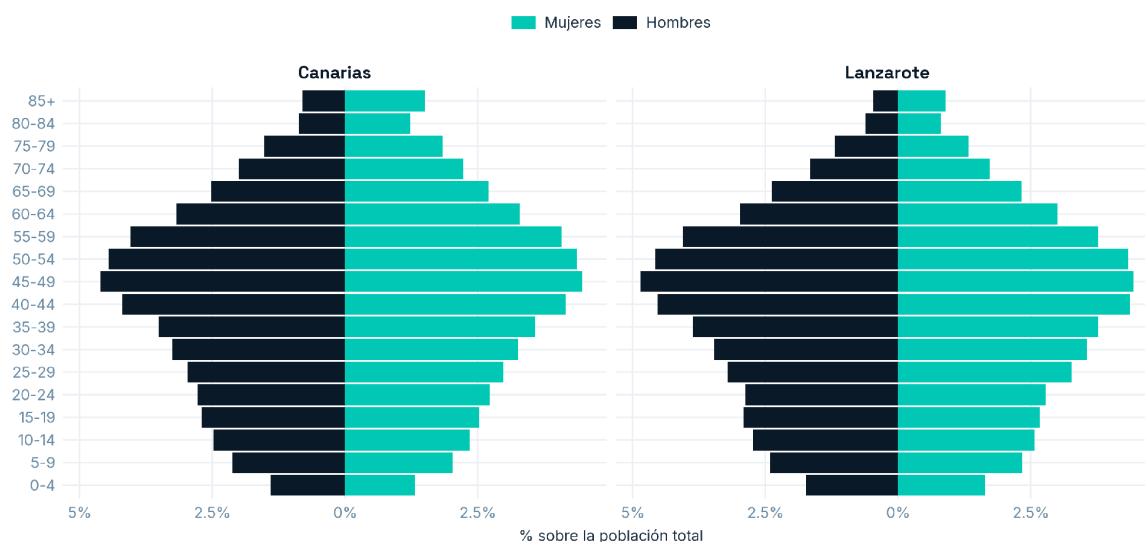
Fuente: ODESOCAN a partir del ISTAT (2000-2022) y del INE (cifras de población por isla, 2023-2025; tabla 68022). Proyecciones propias (modelo ARIMA, intervalos por remuestreo).

Entre 2000 y 2019, **la población de Lanzarote casi se duplicó**, pasando de 96.310 a cerca de 156.000 personas, y tras una meseta transitoria en 2020-2022 ha vuelto a crecer con fuerza: las cifras del INE por isla, disponibles hasta 2025, la sitúan en 167.387 habitantes, un aumento del 5,2 % en solo tres años, a un ritmo cercano al 1,7 % anual. Sobre esa serie ya actualizada, el modelo seleccionado fue un ARIMA -el de mejor comportamiento en la validación, con un MAPE del 1,12 % en Lanzarote y del 0,58 % en Canarias- que **proyecta para 2031 unas 185.100 personas en la isla** (intervalo del 95 %: 170.300-199.900) y unos 2.370.900 en el conjunto del archipiélago.

El motor de fondo es la migración exterior, que se ha reactivado tras el COVID-19. La consecuencia para el caso que nos ocupa es directa: la decisión sobre el Hospital Insular no solo no se apoya en ningún declive demográfico, sino que se adopta mientras la isla gana población de forma medible y previsiblemente seguirá haciéndolo, salvo que ese flujo migratorio se interrumpa de nuevo, aunque para ello sea necesario un shock de una magnitud equivalente a la Pandemia de 2019-2020.

FIGURA 8 · Estructura por edad y sexo (2022)

Pirámides de población · Lanzarote y Canarias



Fuente: ODESOCAN a partir del ISTAC. Grupos quinquenales de edad.

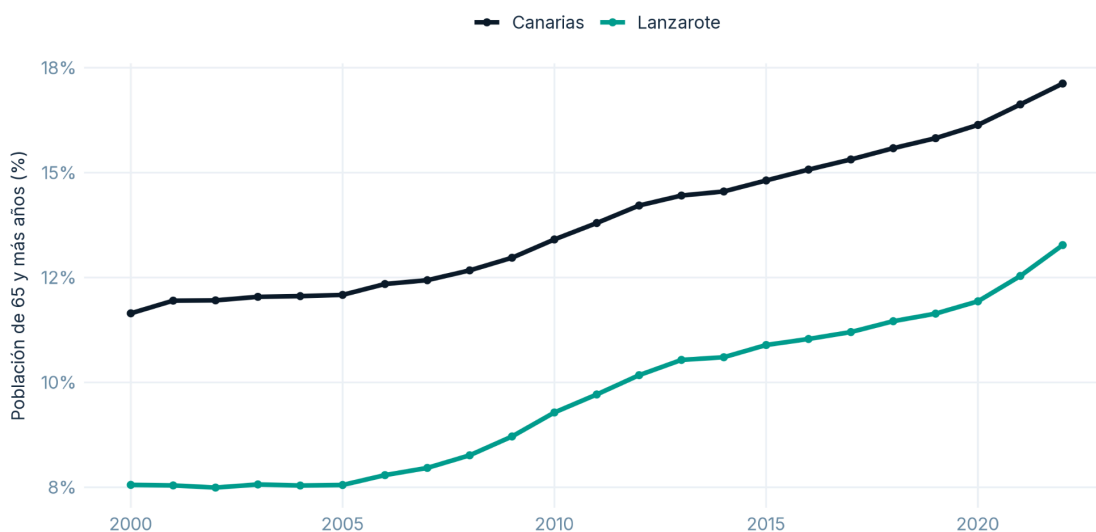
Las pirámides de ambos territorios comparten un rasgo: el abultamiento de la cohorte de 40 a 54 años, algo más pronunciado en Lanzarote. En la cúspide, en cambio, aparece una asimetría en los grupos de 80-84 y de 85 y más años, las mujeres son mayoría como suele suceder dada su mayor esperanza de vida, aunque el indicador de los años de vida saludable tienden a ser menores que en los hombres como muestran los datos del Ministerio de Sanidad en Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2026). La isla no es hoy un territorio envejecido, pero el grueso de su población se concentra en las edades centrales de la vida adulta, por lo que **en un horizonte de 15 - 20 años con las mismas condiciones la lectura será la de una pirámide envejecida**.

Esa cohorte de 40 a 54 años es, precisamente, la demanda geriátrica de los próximos quince a veinte años, el mismo horizonte temporal que dice cubrir el Plan Director que aún no se ha presentado. Decidir hoy sobre el único hospital geriátrico de Canarias sin un

diagnóstico de ese envejecimiento previsible es hipotecar el futuro, no solo gestionar el presente. Y aquí la perspectiva de género resulta ineludible: la vejez está feminizada -las mujeres viven más y predominan en las edades de mayor dependencia-, de modo que serán mayoritariamente mujeres quienes habiten esas camas mañana. Pero también son mujeres quienes **sostienen, de forma desproporcionada, los cuidados cuando el sistema público se repliega**. Asimismo, alejar el recurso especializado del núcleo urbano, como se vio en el apartado anterior, no hace desaparecer el cuidado: en unos casos lo traslada a los hogares y, dentro de ellos, a las mujeres, reforzando la invisibilización del cuidado como trabajo que sostiene la vida por salario 0, por otro lado, lleva el cuidado remunerado fuera de la mirada colectiva, redundando en su invisibilización.

FIGURA 9 · Envejecimiento: proporción de población de 65 y más años

Lanzarote frente a Canarias · 2000-2022



Fuente: ODESOCAN a partir del ISTAC.

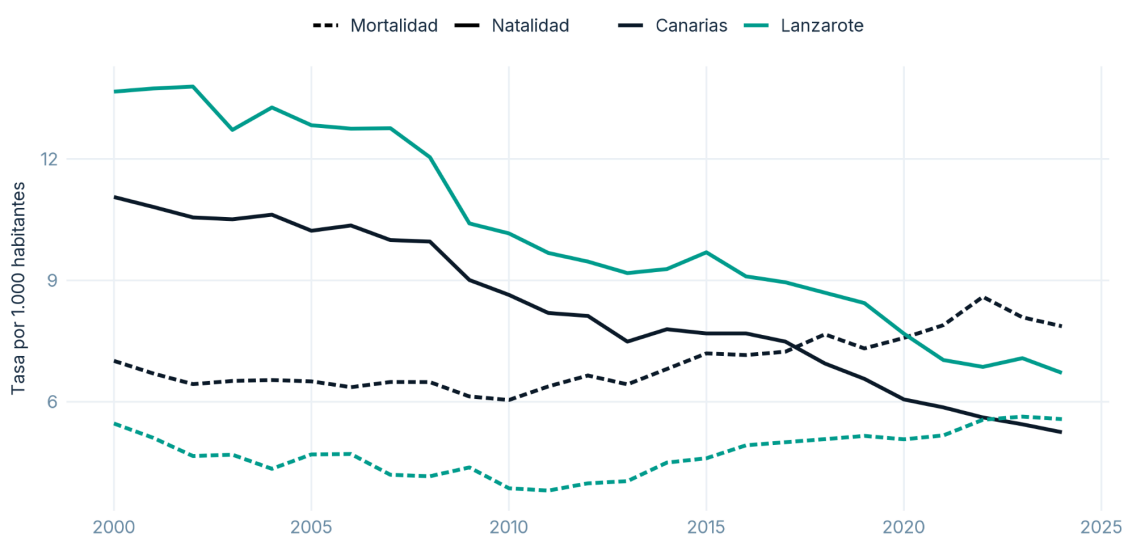
Lanzarote parte de una posición más joven que la media regional y se ha mantenido por debajo de ella durante toda la serie: en 2022, las personas de 65 y más años representaban el 13,3 % de su población, frente al 17,1 % de Canarias, con un índice de envejecimiento de 95 en la isla por 141 en el archipiélago (ISTAC, 2022). Ahora bien, la curva insular sube con fuerza en la última década, acortando distancias con el conjunto canario.

Conviene no esquivar el matiz, porque es la clave del argumento: que Lanzarote sea hoy más joven en comparación al resto del archipiélago no lo debilita, lo precisa. La presión de cuidados de larga duración actual es, en efecto, menor que la media regional; pero crece deprisa desde una base baja, converge hacia esa media y lo hace sobre un déficit sociosanitario que ya existe. La Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales situaba a Canarias en 2,57 plazas residenciales por cada cien personas mayores de 65 años, la segunda tasa más baja del Estado solo por detrás de la Región de Murcia (AEDGSS, 2025), y el Colegio Oficial de Economistas de Las Palmas proyecta que la proporción de mayores en el archipiélago pase del 18 % en 2024 a cerca del 25 % en una década, con un incremento del 27,3 % -109.091 personas- solo entre 2024 y 2030

(Colegio Oficial de Economistas de Las Palmas, 2025). El argumento defendible no es, pues, que Lanzarote necesite más camas geriátricas hoy, sino que **la tendencia es inequívocamente ascendente y que dismantlar el único recurso geriátrico especializado de Canarias justo cuando la curva se acelera supone caminar en dirección contraria a la demografía.**

FIGURA 10 · Tasas brutas de natalidad y mortalidad

Lanzarote frente a Canarias · línea continua: natalidad; discontinua: mortalidad



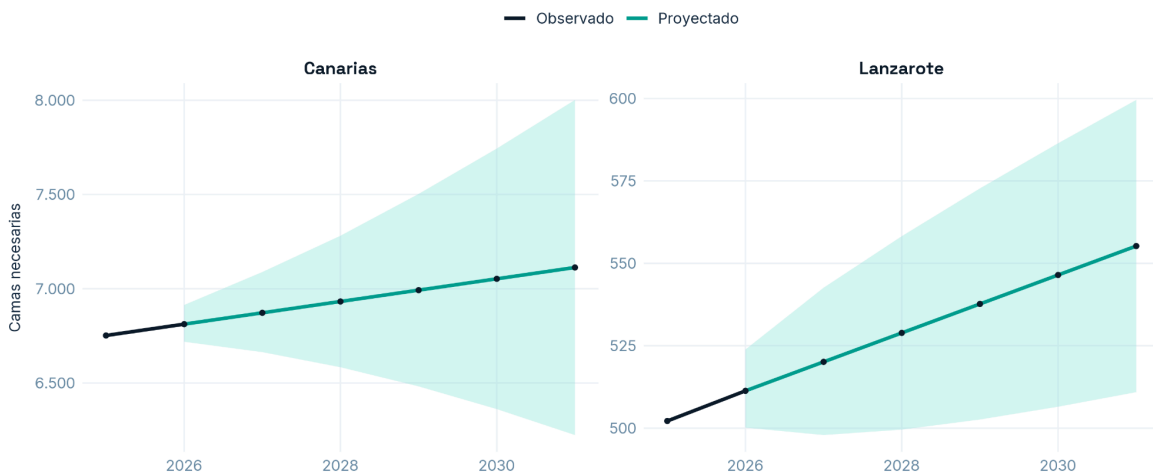
Fuente: ODESOCAN a partir del ISTAC.

La comparación de las tasas vitales confirma el perfil más joven de la isla. Lanzarote sostiene una natalidad más alta que la media canaria (6,9 frente a 5,6 nacimientos por cada mil habitantes) y una mortalidad más baja (5,6 frente a 8,6 defunciones por mil), lo que se traduce en un crecimiento vegetativo aún positivo, cuando en el conjunto del archipiélago tiende a agotarse (ISTAC, 2022).

Estos datos refuerzan la imagen de un territorio demográficamente más joven, cuyo crecimiento no depende solo de la llegada de población, sino también de un saldo natural todavía favorable. De ahí se sigue una conclusión en clave de derechos: una isla donde nacen más personas, fallecen menos y suma habitantes año tras año necesita reforzar su red sanitaria pública, no dismantlarla. **El sentido del cierre contradice el sentido de la demografía.** No estamos ante un servicio sobredimensionado para una población menguante, sino ante un recurso único en una isla que crece y que arrastra ya carencias estructurales en la atención a las personas que requieren cuidados de larga duración y a toda la población en su conjunto.

FIGURA 11 · Necesidad de camas hospitalarias proyectada a 2031

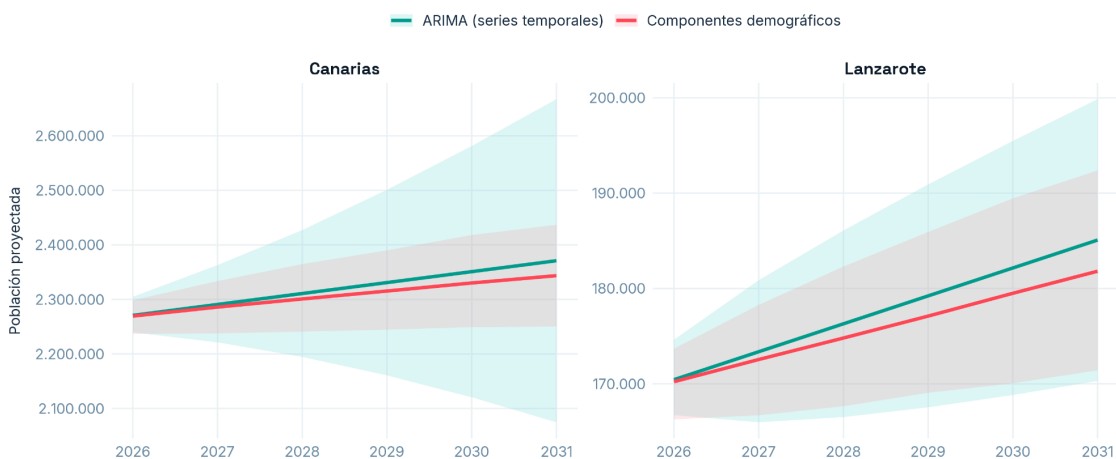
Tasa de referencia: 300 camas por 100.000 habitantes · banda 95 %



Fuente: ODESOCAN a partir del ISTAC y del INE (población 2023–2025). Necesidad teórica según tasa normativa.

FIGURA 12 · Contraste de proyecciones: series temporales y componentes

Proyección a 2031 · bandas del 95 % · ambos métodos convergen



Fuente: ODESOCAN a partir del ISTAC y del INE (población 2023–2025). Proyecciones propias.

Para no descansar en un solo método, la proyección por series temporales (ARIMA) se contrastó con una proyección por componentes -un balance demográfico que parte de nacimientos, defunciones y saldo migratorio, propagando la incertidumbre por simulación-. Ambos enfoques convergen para 2031, con diferencias del 1,8 % en Lanzarote y del 1,2 % en Canarias, pese a que el componente migratorio es el más volátil de toda la estimación.

Esa convergencia no es un detalle técnico: es lo que da solidez a la conclusión y blinda el informe frente a la objeción previsible de que «son solo proyecciones». Cuando dos procedimientos independientes, contruidos sobre supuestos distintos, coinciden en una misma trayectoria ascendente, la incertidumbre deja de ser una excusa para no decidir y se convierte en un margen acotado. **La trayectoria poblacional de Lanzarote a 2031 es, dentro de lo que cualquier proyección permite afirmar, razonablemente firme, y apunta hacia el crecimiento poblacional.**

Traducida a capacidad asistencial mediante una tasa de referencia de 300 camas por cada 100.000 habitantes (promedio estatal redondeado de 284 camas cada 100.000 según datos de Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud, 2026), **la necesidad teórica de Lanzarote crece de forma sostenida: de 468 camas en 2022 a 502 en 2025 y 555 en 2031** (intervalo del 95 %: 511-600), un incremento cercano a 90 camas -un 19 %- respecto de las 466 «estables» que arrojaba la estimación basada solo en datos hasta 2022 (ISTAC, 2022). El conjunto de Canarias pasaría de unas 6.533 camas necesarias en 2022 a 7.113 en 2031.

Puesto en relación con la oferta real documentada en el apartado anterior, el contraste es elocuente. El inventario insular registraba 371 camas hospitalarias en toda la isla -230 en el Hospital Molina Orosa, 80 en el Insular y 61 en el Hospitén concertado- (Cabildo de Lanzarote, 2019), una cifra que ya queda por debajo de las 502 camas de referencia para 2025 y muy lejos de las 555 de 2031. Conviene no convertir esa diferencia en un déficit exacto, porque los tipos de cama no son homogéneos y la tasa solo ofrece un orden de magnitud; pero el sentido es inequívoco, y se agrava al recordar que las 80 camas del Insular son precisamente las que la operación pone en juego. En definitiva, el argumento no depende de que la tasa sea una norma: aunque solo represente la densidad media de un país que ya está por debajo de su entorno, la necesidad teórica de camas en Lanzarote no se mantiene, crece. **Retirar o fragmentar capacidad en la única isla con un hospital geriátrico de referencia, mientras su población aumenta y su pirámide envejece, carece -a la luz de su demografía- de cualquier explicación validada por datos.**

5. Hipótesis: ¿qué puede estar pasando?

Los apartados anteriores han fijado dos certezas. La primera, que **el proceso es opaco y veloz**: se vacía el edificio sin proyecto técnico concluyente, sin partida presupuestaria y sin participación ciudadana (apartado 3). La segunda, que la demografía no ofrece coartada: lejos de menguar, Lanzarote crece y su necesidad teórica de camas aumenta (apartado 4). Si ni una demanda decreciente ni un plan transparente explican la operación, la pregunta se vuelve inevitable: ¿qué la explica? Lo que sigue son tres hipótesis, ordenadas de la más a la menos respaldada por la evidencia, cada una con el criterio que permitiría confirmarla o descartarla.

5.1 ¿El traslado provisional acabará siendo definitivo?

Es la pregunta maestra, porque de su respuesta dependen todas las demás, y es también la que cuenta con base empírica regional. El precedente más cercano es el Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava: en 2013, el Cabildo de Tenerife trasladó «provisional y preventivamente» a sus 99 personas usuarias de geriatría de larga estancia tras informes técnicos que desaconsejaban el uso del inmueble, sin proyecto de retorno definido. Doce años después, el edificio histórico sigue sin uso sanitario y el retorno se redefinió como obra nueva en otra parcela, con un coste que pasó de 9,1 millones anunciados en 2019 a 16,4 millones relicitados en 2025. Dos casos más completan el cuadro: el Hospital Febles Campos, en Santa Cruz, documenta el riesgo simétrico, la degradación del edificio in situ

por incapacidad de ejecutar la reubicación, ya en su séptimo año, y el Hospital de San Martín, en Vegueta, demuestra que la protección de catálogo, distinto al BIC que se encuentra en el Insular, no impide el cambio definitivo de uso sanitario a cualquier otro.

El mecanismo que convierte lo provisional en definitivo es identificable, y aquí reside lo decisivo. En La Orotava, la reconstrucción en el emplazamiento previsto quedó bloqueada «porque las normas urbanísticas prohibían levantarla donde estaba previsto», y el retorno acabó desviándose hacia otro suelo. Pues bien, la moción del Cabildo de Lanzarote de marzo de 2026 condiciona la continuidad del uso sanitario precisamente a «las limitaciones estructurales del inmueble y a los parámetros urbanísticos de la parcela», además del Plan Director. El documento llamado a garantizar el retorno deja, en su propia letra, la puerta abierta a que no se produzca. A ello se añade un argumento inferencial: la celeridad del desalojo, la ausencia del Plan Director de Infraestructuras, un informe de evaluación ambiguo y las insinuaciones sobre un eventual aprovechamiento sociosanitario del espacio son **comportamientos más coherentes con un cierre encubierto que con una reapertura. Si la actividad fuera a reiniciarse en el mismo edificio, no se entendería ni la prisa por vaciarlo ni el retraso a mostrar el plan que lo justifica.**

Conviene, no obstante, marcar dos límites. El primero: este patrón es institucional, no de un solo partido. La consejería que firmó el traslado orotavense era socialista, el caso más judicializado -Febles Campos- lo encabezó un gobierno del PSOE, y en la propia cronología lanzaroteña fue el Pacto de las Flores quien adjudicó el polivalente. Que la provisionalidad se cronifique con independencia del color del gobierno no debilita la hipótesis: la refuerza, porque la presenta como un **desenlace estructural y no como una mala intención puntual**. El segundo límite atañe a la versión más fuerte de esta sospecha -que el suelo costero liberado acabe en aprovechamiento inmobiliario-: no existe en Canarias ningún precedente consumado de ese tipo; los desenlaces documentados son la reutilización pública o el abandono prolongado, incluso allí donde hubo propuestas explícitas de privatización. Esa dimensión permanece, por tanto, como hipótesis no probada también en términos comparados. La prueba que zanjaría la cuestión está identificada: si el presupuesto de 2027 o una modificación de crédito consignan una partida plurianual de rehabilitación con calendario y proyecto adjudicado, la lectura del cierre encubierto se debilita; si el edificio queda vacío sin obra iniciada, se confirma.

5.2 ¿Privatización silenciosa de camas hospitalarias?

La segunda hipótesis planteada es si la capacidad pública que se vacía o fragmenta podría acabar desplazándose hacia la concertación o la provisión privada. El dato que le da verosimilitud no procede del caso concreto, sino del contexto autonómico. Según el **Undécimo Informe sobre la Privatización Sanitaria de las Comunidades Autónomas**, elaborado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y presentado en octubre de 2025, **Canarias ha pasado de 18 puntos en 2014 a 28 en 2025 -diez puntos en una década, cinco de ellos solo en el último año (de 23 a 28)-, situándose por primera vez empatada con Madrid en la cabeza del ranking**, por delante de Baleares (27) y Cataluña (26), y muy por encima de la media estatal, en torno a 21 (FADSP, 2025). El índice es un compuesto de una decena de indicadores extraídos de

fuentes oficiales -conciertos, camas privadas, derivaciones, gasto en seguros, personal externalizado, entre otros-, de modo que no mide percepciones, sino hechos contractuales y presupuestarios.

Que una comunidad lidere ese ranking mientras vacía su único hospital geriátrico no es, por sí solo, una prueba de privatización de esas camas: **es un contexto que lo propicia con mayor probabilidad**, no un plan documentado. La hipótesis es que retirar capacidad sanitaria pública, en un territorio que ya cuenta con presencia privada concertada -el Hospitén de Tías opera 61 camas (Cabildo de Lanzarote, 2019)- y que avanza aceleradamente hacia la externalización, **crea las condiciones para que esa atención se reconstruya, con el tiempo, fuera de lo público**. Leída en clave de derechos, la operación encaja en una dinámica más amplia: detraer recursos del sistema público y abrir espacio a una provisión que opera bajo **lógicas de rentabilidad, difícilmente compatibles con los principios de equidad y universalidad**. Pero conviene no confundir coherencia con prueba. No hay, a día de hoy, ningún documento que acredite un plan de privatización de las camas del Insular; lo que hay es una trayectoria autonómica que vuelve la hipótesis plausible. Se confirmaría si la capacidad desalojada se repusiera mediante concierto o derivación en lugar de reabsorberse en la red pública; se descartaría si se reconstruyera oferta pública equivalente. Aunque dado el déficit que se ha estimado en este informe y al tratarse de datos ya conocidos por ambas administraciones se desconoce la estrategia para cubrir la brecha de derecho.

5.3 ¿Una operación pensada para las elecciones de 2027?

La tercera hipótesis sitúa la decisión en el calendario electoral, y conviene desplegarla con cuidado porque es la más especulativa de las tres y, a la vez, la que da nombre a la sospecha de partida de esta investigación. El punto de apoyo objetivo es la volatilidad de la Presidencia del Cabildo de Lanzarote, aquí no nos referimos a quien ostenta el cargo, sino al cargo en sí. En 2015 lo presidía Pedro San Ginés (Coalición Canaria); en 2019, Dolores Corujo (PSOE) consigue la presidencia por apenas unos 270 votos; y en 2023, Oswaldo Betancort (CC) la recuperó por solo 69 votos, con ambas fuerzas empatadas a ocho consejeros y un gobierno que depende del pacto regional con el PP (Diario de Lanzarote, 2023; eldiario.es, 2019). Tres elecciones seguidas y dos de las últimas decididas al filo y con alternancia en cada ciclo describen una corporación donde la presidencia se juega voto a voto. Asimismo, el consejero de Bienestar Social del Cabildo, Marci Acuña, en el programa Café de Periodistas, afirma que la decisión final sobre el edificio **-rehabilitarlo, trasladar la actividad o dedicar el inmueble rehabilitado a algún área sociosanitaria potente- no está tomada y la adoptará la autoridad sanitaria conforme al Plan Director**.

En el tablero político de Lanzarote, exhibir una realización sociosanitaria tangible de cara a 2027 -plazas nuevas, dispositivos de cuidados intermedios- resulta políticamente rentable, sobre todo con un déficit residencial públicamente señalado: la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales sitúa a Canarias en la segunda tasa más baja del Estado (AEDGSS, 2025), y el propio Betancort anunció en su investidura de 2023 el «desarrollo de un nuevo hospital insular» como prioridad.

Para entender por qué esa exhibición podría ser electoralmente eficaz conviene preguntarse quién soporta el coste de fragmentar el cuidado de larga duración que no asume lo público. La respuesta, documentada en investigaciones especializadas (Acufade, 2024; Acufade, 2025), es inequívoca: lo soportan las mujeres. El Diagnóstico de Cuidados de Larga Duración (Acufade, 2026) muestra que el sistema descansa sobre cuidadoras de la franja central de edad -el 78 % se concentra entre los 35 y los 64 años, y casi la mitad de las registradas en el SAAD tiene entre 50 y 65- que asumen un cuidado mayoritariamente diario y no remunerado, formalizado a través de prestaciones de cuantía limitada dedicadas al cuidado, no como salario, tal como ocurre con las PECEF (Acufade, 2025). Ese trabajo deja huella: las cuidadoras presentan peores indicadores de salud física, social y, sobre todo, mental -el porcentaje que califica su salud mental de «mala» casi se duplica frente a quienes no cuidan-, en una «doble penalización» de género y cuidado que la literatura especializada confirma con solidez (Pinquart & Sörensen, 2003; Schulz & Sherwood, 2008; Durán, 2018). Cuando el recurso público se retrae o se aleja, ese cuidado no desaparece: se desplaza al hogar y, dentro de él, a estas mujeres, agravando la pobreza de tiempo y el deterioro de salud que ya arrastran. Es la misma invisibilización del cuidado que recorre todo el caso, ahora con un coste sanitario y social concreto sobre un grupo determinado.

Y ese grupo es, además, **electoralmente decisivo**. La propensión para votar no se reparte por igual entre edades: según el último barómetro del CIS, crece de forma sostenida con la edad y alcanza su máximo precisamente a partir de los 55 años, con una participación muy superior a la de los tramos jóvenes -véase el anexo 1- (CIS, 2026). Dicho de otro modo, **la cohorte que sostiene los cuidados de larga duración coincide casi punto por punto con la de mayor peso electoral**. Conviene, eso sí, no simplificar: el propio Diagnóstico advierte que la sobrecarga deja a las cuidadoras «con menos tiempo disponible para informarse o implicarse políticamente» (Acufade, 2025), de modo que se trata de un electorado a la vez decisivo por su edad y estrechado por su carga, cuya voz el sistema tiende a dar por descontada.

Aquí encaja la hipótesis del cálculo político, que la ciencia política permite nombrar con precisión. Toda reducción de un servicio del bienestar es electoralmente arriesgada, por lo que los gobiernos rara vez la asumen de manera frontal: tienden a **oscurecer la pérdida y a repartir la responsabilidad** (Pierson, 1996). La maniobra que sugiere este caso combina dos movimientos clásicos. El primero es la **evasión de la responsabilidad** (Weaver, 1986): el Cabildo desplaza la responsabilidad del cierre hacia un documento ambiguo de evaluación estructural del edificio, la espera de un Plan Director y en última instancia hacia el Servicio Canario de Salud -que es, en efecto, la administración competente sobre el servicio-, de manera que el coste de capital político o reputacional de perder el hospital no recaiga sobre la institución insular. El segundo es la **reivindicación del mérito** (Mayhew, 1974): presentar la creación de nuevas plazas y dispositivos sociosanitarios como un logro propio frente al déficit reconocido. **La apuesta implícita es que el entregable visible -plazas nuevas- pesa más en la urna que el coste difuso y desplazado del cierre, sobre todo si la culpa por la pérdida del centro aterriza en otra administración, pero sobre todo, si no termina de aterrizar en nada ni nadie**. Así se resuelve la aparente paradoja de

perjudicar a un electorado que vota en mayor proporción: no se le presenta como perjuicio, sino como pequeño mal necesario para una mejora.

Ahora bien, esto es una hipótesis, no una conclusión, y debe sostenerse como tal. La coincidencia de los tiempos no demuestra intención, y atribuir un cálculo electoral a personas concretas excede lo que la evidencia permite afirmar. Existe, además, una explicación más parsimoniosa y compatible con todo lo anterior: que el proceso avance de forma inercial, por el funcionamiento ordinario de una administración que decide sin planificación previa ni cauces participativos -lo documentado en el apartado 3- y según el patrón transversal que muestran los precedentes -lo documentado en el 5.1-. No hace falta un plan deliberado para explicar una decisión apresurada y opaca; basta con la rutina institucional de gestionar lo sociosanitario como un activo del que disponer. La hipótesis electoral, por tanto, se mantiene como posibilidad plausible y falsable: se reforzaría si la operación se capitaliza como logro propio de cara a 2027 sin un proyecto de retorno dotado, y se debilitaría si se acomete una rehabilitación con calendario y ficha financiera que reste rédito al mero anuncio. Como las otras dos, comparte una misma prueba decisiva: **el presupuesto de 2027**.

6. Fuentes y bibliografía

6.1 Referencias académicas y monografías

Durán, M. Á. (2018). La riqueza invisible del cuidado. Publicacions de la Universitat de València.

Mayhew, D. R. (1974). Congress: The electoral connection. Yale University Press.

Pierson, P. (1996). The new politics of the welfare state. *World Politics*, 48(2), 143-179.

<https://doi.org/10.2307/25053959>

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23-27.

<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>

Weaver, R. K. (1986). The politics of blame avoidance. *Journal of Public Policy*, 6(4), 371-398.

<https://doi.org/10.1017/S0143814X00004219>

6.2 Informes y documentos institucionales

Acufade. (2024). Diagnóstico isla de los cuidados. Acufade.

Acufade. (2025). Diagnóstico de cuidados de larga duración en Canarias. Acufade.

Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. (2025). [título del informe sobre plazas residenciales a completar]. AEDGSS.

Cabildo de Lanzarote. (2019). Infraestructuras y equipamientos de Lanzarote (IEL 2019). Centro de Datos del Cabildo de Lanzarote.

<https://datosdelanzarote.lztic.com/media/item/docs/Infraestructuras-y-Equipamientos-de-Lanzarote--20210315102542948Lanzarote-IEL2019.pdf>

- Colegio Oficial de Economistas de Las Palmas. (2025, 12 de diciembre). Informe sobre el envejecimiento poblacional en Canarias [presentación pública recogida en prensa].
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. (2025, octubre). La privatización sanitaria de las comunidades autónomas. Undécimo informe. FADSP.
<https://fadsp.es/wp-content/uploads/2025/10/DOCUMENTO-DE-PRIVATIZACION-FADSP-VERSION-LARGA-1.pdf>
- Gesplan. (2024). Desarrollo del Plan Director de Infraestructuras Sanitarias de la isla de Lanzarote. Gobierno de Canarias.
<https://gesplanv.idecnet.com/content/desarrollo-del-plan-director-de-infraestructuras-sanitarias-de-la-isla-de>
- Gobierno de Canarias. (2020). El Hospital Insular de Lanzarote logra la acreditación como unidad docente multiprofesional de geriatría [nota de prensa].
<https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/el-hospital-insular-de-lanzarote-logra-la-acreditacion-como-unidad-docente-multiprofesional-de-geriatria/>
- Gobierno de Canarias. (2026). El Área de Salud de Lanzarote celebra la reunión del Consejo de Salud de la isla [nota de prensa].
<https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/el-area-de-salud-de-lanzarote-celebra-la-reunion-del-consejo-de-salud-de-la-isla/>

6.3 Fuente primaria documental

- Servicio Canario de la Salud. (2019). Estado técnico de infraestructuras asociadas al Hospital Insular. Área de Salud de Lanzarote.
<https://es.scribd.com/document/1006219241/Informe-de-2019-sobre-el-Hospital-Insular>

6.4 Fuentes de datos estadísticos

- Instituto Canario de Estadística. (2021). Estadística de variaciones residenciales: saldo migratorio según sexos. Municipios por islas de Canarias y años (E30307A-DSC-0004) [Conjunto de datos]. Gobierno de Canarias.
https://datos.canarias.es/catalogos/estadisticas/dataset/4e8275aa-476f-4809-849b-4d366bab29a1/resource/8f2a91d1-d88b-4e19-ba3f-035d213f0ef8/download/e30307a_dsc_0004.csv
- Instituto Canario de Estadística. (2022). Población según sexos y edades. Canarias, islas, comarcas y municipios por periodos (ISTAC:E30260A_000001, versión 1.1) [Conjunto de datos]. Gobierno de Canarias.
https://datos.canarias.es/api/estadisticas/statistical-resources/v1.0/datasets/ISTAC/E30260A_000001/1.1.jsonstat
- Instituto Canario de Estadística. (2024). Defunciones de residentes según sexos y causas de muerte (grandes grupos de CIE-10). Municipios por año (ISTAC:E30417A_000002) [Conjunto de datos]. Gobierno de Canarias.
https://datos.canarias.es/api/estadisticas/statistical-resources/v1.0/datasets/ISTAC/E30417A_000002/~latest.jsonstat
- Instituto Canario de Estadística. (2024). Nacimientos según sexos de los bebés nacidos. Canarias, islas y municipios por años (ISTAC:E30304A_000002, versión 1.3) [Conjunto de datos]. Gobierno de Canarias.
https://datos.canarias.es/api/estadisticas/statistical-resources/v1.0/datasets/ISTAC/E30304A_000002/1.3.csv
- Instituto Nacional de Estadística. (2025). Cifras de población. Resultados por isla y sexo (tabla 68022) [Conjunto de datos]. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.
https://servicios.ine.es/wstempus/js/ES/DATOS_TABLA/68022

- Ministerio de Sanidad. (2026). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Gobierno de España. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>
- Gobierno de Canarias. (2025). Presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Canarias 2025. Tomo 5: Memorias del presupuesto. Consejería de Hacienda. <https://www.gobiernodecanarias.org/cmsgob1/export/sites/hacienda/planificacionypresupuest/galeria/Presupuestos/2025/ley/TOMO-5-Memorias-del-presupuesto.pdf>
- Gobierno de Canarias. (2026). Presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Canarias 2026. Tomo 5: Memorias del presupuesto. Consejería de Hacienda. <https://www.gobiernodecanarias.org/cmsgob1/export/sites/hacienda/planificacionypresupuest/galeria/Presupuestos/2026/ley/TOMO-5-Memorias-del-presupuesto.pdf>
- Cabildo de Lanzarote. (2018-2026). Portal de transparencia: Gastos y pagos [conjunto de datos]. <https://presupuesto.cabildodelanzarote.com/pagos/>
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2026). Barómetro de abril de 2026 (Estudio n.º 3557) [Conjunto de datos]. CIS. [https://www.cis.es/es/estudios/barometro-de-abril-2026?results=results_1781694710342&cuestionario=18043&muestra=26445&pregunta=659857&variable=1107181&chartType=bar](https://www.cis.es/es/estudios/barometro-de-abril-2026?results=results_1781694710342& cuestionario=18043&muestra=26445&pregunta=659857&variable=1107181&chartType=bar)

6.5 Fuentes hemerográficas (cronología y agentes)

- Biosfera Digital. (2026a, 5 de febrero). CC garantiza que el traslado del Hospital Insular "mejorará la atención geriátrica y la formación". Biosfera Digital. <https://www.biosferadigital.com/articulo/politica/cc-garantiza-que-traslado-hospital-insular-mejorara-atencion-geriatrica-formacion/20260205134147157437.html>
- Biosfera Digital. (2026b, 24 de mayo). El PSOE exige a Oswaldo Betancort que aclare cuándo se trasladará la actividad del Hospital Insular. Biosfera Digital. <https://www.biosferadigital.com/articulo/politica/psoe-exige-oswaldo-betancort-que-aclare-cuando-trasladara-actividad-hospital-insular/20260524201917160770.html>
- Cadena SER. (2026, 20 de abril). Erasmo García: "El Plan Director Sanitario estará posiblemente en el mes de mayo". Cadena SER Lanzarote. <https://cadenaser.com/canarias/2026/04/20/erasmo-garcia-el-plan-director-sanitario-estara-posiblemente-en-el-mes-de-mayo-ser-lanzarote/>
- Canarias7. (2026, 6 de febrero). Camas y consultas del Hospital Insular irán al nuevo destino entrado el verano. Canarias7. <https://www.canarias7.es/canarias/lanzarote/camas-consultas-hospital-insular-iran-nuevo-destino-20260206135243-nt.html>
- Crónicas de Lanzarote. (2026, 13 de mayo). El Gobierno adjudica por emergencia la finalización del inmueble clave para mejorar la seguridad del Hospital Insular y ampliar consultas, camas y servicios sanitarios en Lanzarote. Crónicas de Lanzarote. <https://www.cronicasdelanzarote.es/articulo/lanzarote/gobierno-adjudica-emergencia-finalizacion-inmueble-clave-mejorar-seguridad-hospital-insular-ampliar-consultas-camas-servicios-sanitarios-lanzarote/20260513214731362112.html>
- Diario de Lanzarote. (2024, diciembre). El Gobierno cierra el geriátrico del Hospital Insular de Lanzarote porque está "obsoleto y dañado". Diario de Lanzarote. <https://www.diariodelanzarote.com/noticia/el-gobierno-cierra-el-geri%C3%A1trico-del-hospital-insular-de-lanzarote-porque-est%C3%A1-%E2%80%9Cobsoleto-y>
- Diario de Lanzarote. (2025, 14 de marzo). Dudas e incógnitas sobre el traslado del Hospital Insular. Diario de Lanzarote. <https://www.diariodelanzarote.com/noticia/dudas-e-inc%C3%B3gnitas-sobre-el-traslado-del-hospital-insular>

- eldiario.es. (2024, diciembre). El cierre del Hospital Insular de Lanzarote es un "ataque directo" a la ciudadanía, denuncian PSOE y Nueva Canarias. eldiario.es / Canarias Ahora.
https://www.eldiario.es/canariasahora/lanzaroteahora/cierre-hospital-insular-lanzarote-ataque-directo-ciudadania-denuncian-psoe-nueva-canarias_1_11905455.html
- eldiario.es. (2026, junio). El hospital geriátrico pionero en Canarias no quiere desaparecer: "Nos han dejado morir". eldiario.es / Canarias Ahora.
https://www.eldiario.es/canariasahora/lanzaroteahora/hospital-geriatrico-pionero-canarias-no-quiere-desaparecer-han-dejado-morir_1_13008311.html
- Lancelot Digital. (2024). Pablo Eguía: "quiero lanzar un mensaje de tranquilidad, el hospital insular no se va a cerrar".
<https://www.lancelotdigital.com/lanzarote/pablo-egua-quiero-lanzar-un-mensaje-de-tranquilidad-el-hospital-insular-no-se-va-a-cerrar>
- Lancelot Digital. (2026a). El servicio de geriatría del Hospital Insular no sólo está garantizado, sino que mejorará. Lancelot Digital.
<https://www.lancelotdigital.com/lanzarote/el-servicio-de-geriatria-del-hospital-insular-no-solo-esta-garantizado-sino-que-mejorara>
- Lancelot Digital. (2026b). Ni se demolerá el Hospital Insular, ni se verá afectada la atención a los mayores. Lancelot Digital.
<https://www.lancelotdigital.com/lanzarote/ni-se-demolera-el-hospital-insular-ni-se-vera-afectada-la-atencion-a-los-mayores>
- La Voz de Lanzarote. (2025). El Gobierno de Canarias deja fuera de los presupuestos la renovación del Hospital Insular de Lanzarote. La Voz de Lanzarote.
https://www.lavozdelanzarote.com/en/news/politics/the-canary-islands-government-leaves-the-renovation-of-the-insular-hospital-of-lanzarote-out-of-the-budget_239170_102.html
- La Voz de Lanzarote. (2026). Izquierda Unida responsabiliza a CC y PP de la "privatización" del Hospital Insular. La Voz de Lanzarote.
https://www.lavozdelanzarote.com/actualidad/politica/izquierda-unida-responsabiliza-cc-pp-privatizacion-hospital-insular_243847_102.html

6.6 Precedentes regionales (fuentes hemerográficas)

- Canarias24horas. (2013). El Cabildo llevará a cabo el traslado preventivo de los usuarios del Hospital de la Santísima Trinidad de La Orotava al sociosanitario de Icod. Canarias24horas.
<http://www.canarias24horas.com/sociedad/salud/item/21815-el-cabildo-llevara-a-cabo-el-traslado-preventivo-de-los-usuarios-del-hospital-de-la-santisima-trinidad-de-la-orotava-al-sociosanitario-de-icod>
- Construible. (2020, 30 de enero). El Hospital de San Martín de Vegueta se rehabilita para convertirse en Museo de Bellas Artes de Gran Canaria. Construible.
<https://www.construible.es/2020/01/30/hospital-san-martin-vegueta-rehabilita-convertirse-museo-bellas-artes-gran-canaria>
- Diario de Avisos. (2018, diciembre). El IASS compra un edificio de 13 plantas en Cabo Llanos para convertirlo en centro sociosanitario. Diario de Avisos.
<https://diariodeavisos.lespanol.com/2018/12/el-iass-compra-un-edificio-de-13-plantas-en-cabo-llanos-para-convertirlo-en-centro-sociosanitario/>
- Diario de Avisos. (2025, abril). Añaza albergará un centro para los pacientes del Hospital Febles Campos. Diario de Avisos.
<https://diariodeavisos.lespanol.com/2025/04/anaza-albergara-un-centro-para-los-pacientes-del-hospital-febles-campos/>

Interempresas. (2019, 19 de diciembre). Rehabilitación energética e impermeabilización de la cubierta del histórico Hospital de San Martín. Interempresas.

<http://interempresas.net/Rehabilitacion/261705-Rehabilitacion-energetica-impermeabilizacion-cubierta-historico-hospital-San-Martin.html>

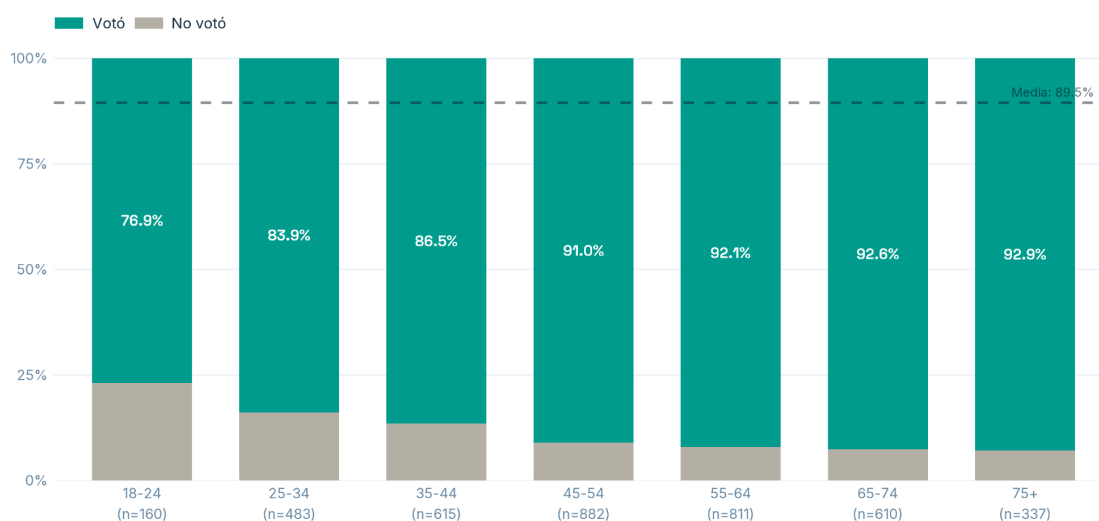
La Voz de Lanzarote. (2026). Caraballo condena el nuevo "cierre definitivo" del Hospital Insular tras el verano. La Voz de Lanzarote.

https://www.lavozdelanzarote.com/actualidad/politica/caraballo-condena-nuevo-cierre-definitivo-hospital-insular-verano_242549_102.html

8. Anexos

ANEXO 1 · Participación electoral por grupo de edad

Elecciones generales de 2023 · CIS, Estudio nº 3.557 · Base: 3.898 encuestados con derecho a voto



Fuente: ODESOCAN a partir del CIS, Estudio nº 3.557 (variable PARTICIPACIONG). Excluidos quienes no tenían edad ni derecho a voto y quienes no respondieron.