

Documento de debate SP para las Elecciones Andalucía¹

Este informe pretende aportar información clara y contrastada para que el debate sobre políticas sanitarias y de salud se pueda realizar antes de las elecciones del mes de Junio.

1. Peor situación de salud en Andalucía que el resto de las Comunidades e infrafinanciación de los servicios sanitarios públicos.

Andalucía presenta peores indicadores de salud que la media española, especialmente en obesidad y mayores tasas de mortalidad por cáncer de mama, cáncer de pulmón y enfermedades cardiovasculares, siendo estas últimas las que muestran mayor diferencia respecto a otras comunidades.

Tabla1: Indicadores de salud de Andalucía años 2023-24

Indicador	Andalucía	España
Esperanza de vida al nacer ²	82,7	83,9
Años de vida saludable ⁰⁰²	78,0	80,1
Mortalidad infantil ³	3,49	3,04
Obesidad pob. adulta ⁴	16,7	15,2
Obesidad infantil (2-17 años) ⁰⁰⁴	8,8	7,1
TEE-Mortalidad por cáncer pulmón en hombres ⁵	75,5	72,9
TEE-Mortalidad enfermedad isquémica del corazón en hombres ⁰⁰⁵	86,6	76,7
TEE-Mortalidad por cáncer de mama en mujeres ⁰⁰⁰⁵	23,7	21,2

A pesar de mayores necesidades de salud, también es una comunidad que infrafinancia sus servicios sanitarios.

¹ las fuentes de datos 100% oficiales del Ministerio corresponde a % conciertos, % primaria, % farmacia total, listas de espera. NO existen oficialmente (homogéneos en SNS) de farmacia hospitalaria vs extrahospitalaria, gasto en personal de primaria por habitante, gasto en salud pública por habitante y suelen ser estimaciones o fuentes autonómicas no comparables.

² [Esperanzas de vida en España, 2023](#)

³ [Indicadores de Mortalidad Infantil por comunidad autónoma, 2024](#)

⁴ [Sanidad en un vistazo. Estilos de vida, 2023](#)

⁵ [Sanidad de un vistazo. Población, 2023](#)

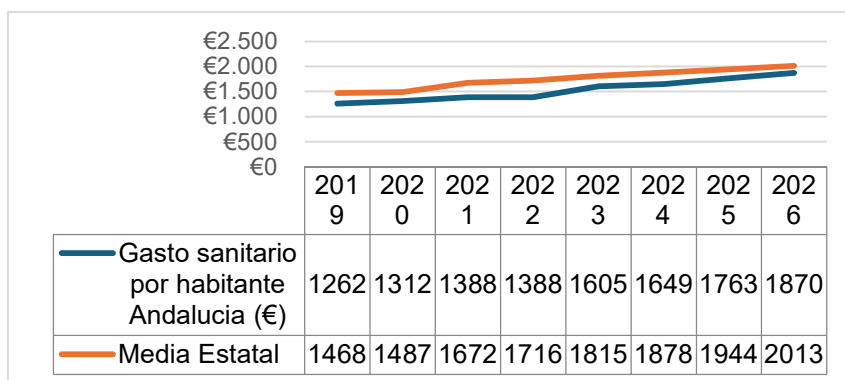


Gráfico 1:
Evolución gasto sanitario por habitante en Andalucía

El gráfico 1 muestra la evolución del gasto sanitario por habitante de Andalucía 2019-26.

Aparentemente hay un incremento del 32 %, pero las cifras no tienen en cuenta que el gasto hay que ajustarlo según las variaciones del IPC, que se partía de recortes de 20.000 millones de euros desde la crisis del 2008 y los gastos de la pandemia y que la población mayor de 64 años ha crecido en más de 400.000 personas. En realidad hasta el año 2025 no se alcanzan los niveles presupuestarios del 2009. Aun así, el gasto por habitante sigue siendo 143 euros por debajo de la media nacional en 2026.

2. La situación de los servicios sanitarios en Andalucía

El escándalo de las mamografías en Andalucía (que estalló en 2025) puso de manifiesto fallos graves en la gestión de la sanidad pública: 2.317 mujeres que necesitaban pruebas para confirmar si padecían o no un cáncer de mama no se las hicieron, los resultados no se comunicaron correctamente y el resultado fue el retraso en diagnóstico y tratamiento. La crisis generó gran alarma social, provocó protestas, demandas judiciales y la dimisión de la consejera. Se ha desvelado que el retraso fue debido a los recortes de personal que la Junta de Andalucía hizo en los grandes hospitales⁶ (91 millones de euros) a pesar de los reiterados informes de alerta en relación con los cribados que los servicios de radiología venían haciendo. Y eso sin contar los contratos menores y las derivaciones camufladas bajo convenios, acuerdos o externalizaciones

También ha saltado a los medios la demora para obtener una cita en Atención Primaria (AP). La Consejería no publica los datos de demora pero un grupo de sanitarios jubilados del SAS en Málaga ha creado un “observatorio de la sanidad malagueña”, para el análisis de demoras en AP. Han logrado una cobertura del 74,4% de los centros de atención primaria de la provincia, y una población analizada de millón y medio de personas, lo que otorga al informe una alta representatividad.⁷. Los datos son relevantes: uno de cada cinco pacientes (21,29 %) no logró obtener cita en el momento de solicitarla. La demora media para ser atendido por un médico de AP es 8,7 días. En algunas zonas, como la Costa del Sol, la espera alcanza casi los 11 días. Señalan que el deterioro se produce por un déficit de recursos materiales, déficit de personal en servicios concretos, merma de prestaciones, infrutilización, desorganización y a veces duplicidades en el uso de recursos, conllevando un uso inadecuado de los servicios

⁶ El País 18/03/2026

⁷ Análisis de las demoras en atención primaria en la provincia de Málaga. Grupo de jubilados del SAS.

(masificación de las urgencias, colapso de la atención hospitalaria) con un déficit de la calidad asistencial y transferencias de la sanidad pública a la sanidad privada .

Respecto al gasto en personal en conjunto del SAS, para 2026 comprobamos que es (47,84%) del presupuesto⁸, porcentaje que se repite desde hace años (47,9 en 2023 con la media de las CCAA en 45,2%)⁹ colocando a Andalucía en el rango superior del Estado. Con una población menos envejecida el dato apunta a una mala distribución del personal y a inadecuada gestión.

Muchas organizaciones sociales y políticas atribuyen este deterioro de la sanidad pública andaluza al creciente transvase de dinero a entidades privadas (**privatización**), aunque Moreno Bonilla dice que el porcentaje de conciertos es bajo y que el presupuesto sanitario no ha dejado de crecer. Quizás **el debate principal es en qué se gasta y cuál ha sido el trasvase del dinero público a la sanidad privada en los últimos años**, sin perder de vista la capacidad de la industria privada en la orientación y las políticas de la sanidad pública andaluza. Las “Mareas Blancas” y otras plataformas ciudadanas y sindicatos movilizaron en noviembre de 2025 a miles de personas bajo el lema “En defensa de la sanidad pública”. Denunciaban el deterioro del sistema sanitario, especialmente en atención primaria, las listas de espera y la falta de personal.

3. El desmantelamiento de la Consejería de Salud y la Escuela Andaluza de Salud Pública

Al mes de que estallara la crisis de los cribados Moreno Bonilla aprovechó la ocasión para reducir el poder del departamento Salud rebajando su categoría administrativa a Viceconsejería dependiente de la Consejería de Presidencia, que se llama a partir de entonces “ de Presidencia, Sanidad y Emergencias”, a través de Decreto 168/2025¹⁰ del 5 de noviembre. Es un hecho inédito en el estado español que supone castigar a Salud por la incompetencia del Gobierno Andaluz en gestionar los servicios transferidos. Moreno Bonilla considera que la Salud no requiere políticas específicas distintas de Gobernación. Una prueba más del desmantelamiento es la perdida de autonomía e independencia de la, hasta ahora prestigiosa, Escuela Andaluza de Salud Pública que se ha integrado en el Instituto de Salud de Andalucía (ISA) recientemente creado, adscrito a otra Viceconsejería, la de investigación, innovación y salud digital. El ISA, creado para favorecer la colaboración público-privada, puede contratar personal investigador sin necesidad de autorización previa de la administración pública, gestiona la Investigación, Innovación y Salud Digital, los datos sanitarios, la salud pública, la evaluación de los fármacos y tecnologías y la formación y la docencia, lo que convierte al SAS en un organismo enfocado esencialmente a la asistencia sanitaria

4. La distribución del presupuesto y la privatización de los servicios sanitarios públicos en Andalucía.

CCAA	Mutuas	GS priv	seg Bol	Gasto Bol	GSP Conciertos	Camas Priv	AT priv	CTA Priv	ESP Priv	CtA MF Priv	puntos total
Andalucía	4,6	187		473	4,2	22,57	30,88	37,9		28,8	23

⁸ Memoria estadística y cartográfica. Presupuesto económico con solidaridad por capítulos

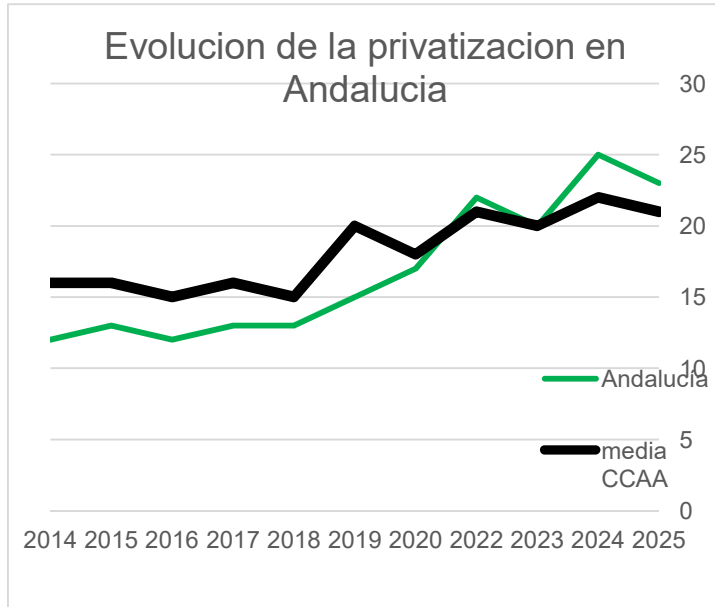
⁹ Sanidad en un vistazo. Gasto sanitario, 2023

¹⁰ <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2025/513/1>

Tabla 2: indicadores de privatización Andalucía 2025

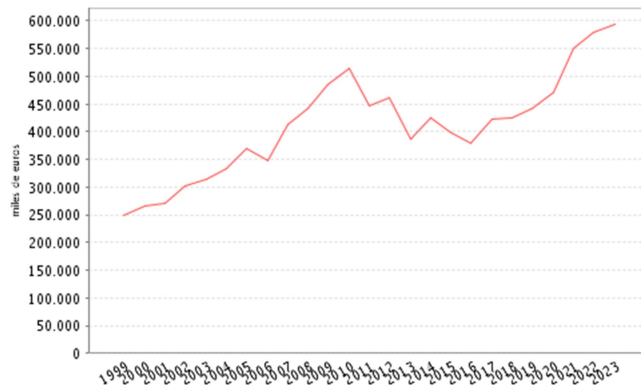
CCAA	2025	2024	2023	2022	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Andalucía	23	25	20	22	17	15	13	13	12	13	12
media CCAA	21	22	20	21	18	20	15	16	15	16	16

Tabla 3 : Evolución de la privatización periodo 2014-25



En la tabla 2 vemos los indicadores del índice de privatización de Andalucía para el año 2025 y en la siguiente tabla y el gráfico apreciamos la evolución de la privatización en Andalucía en los últimos 11 años¹¹. La variación desde 2014 ha sido de 32,4% siendo la comunidad que más rápidamente ha privatizado sus servicios sanitarios públicos de todo el Estado. La

partida destinada a conciertos supuso el 4,2% del gasto sanitario público en 2023, más de 594 M euros (casi 170 millones más que en 2018, lo que supone un aumento del 40%)¹²



Parece que el porcentaje se mantiene alrededor del 4% a lo largo de los años, incluso se anuncia que disminuye, pero la realidad es que el aumento del presupuesto destinado a Sanidad debería utilizarse para mejorar los servicios públicos de manera que se redujera la dependencia de los servicios privados, en lugar de dedicar este ingente volumen de recursos a mantener y ampliar esta financiación. De manera indirecta se puede observar un aumento de la actividad privada financiada con fondos públicos, como es el caso de la actividad diagnóstica y terapéutica sin ingreso ("otras

¹¹ FADSP 2025 La privatización sanitaria de las CCAA 2025 undécimo informe .

¹² Memoria estadística y cartográfica. Gasto sanitario público en Andalucía. Clasificación económica

modalidades ambulatorias"), que ha triplicado el número de contactos en centros privados con financiación pública (15% en 2024 frente al 5% en 2019).

La distribución de las partidas presupuestarias muestra que la mayor parte del presupuesto público de sanidad va destinado a atención hospitalaria (60,4% en 2023)¹³, confirmando el carácter hospitalocéntrico del sistema. El porcentaje de gasto dedicado al funcionamiento de la Atención primaria (16,4%) referidas al 2023¹⁴ están lejos del 25% recomendado, (el aumento de este porcentaje en 2026 todavía se queda debajo de las recomendaciones). Solo el gasto farmacéutico por recetas dispensadas en el mismo año supera este porcentaje (16,9%). Una cifra que, por cierto, se suma a la hora de presentar los presupuestos dedicados a atención primaria, por lo que el gobierno andaluz presume de dedicar casi un 35% del presupuesto a la Atención Primaria¹⁵.

Pero la privatización no son solo los servicios concertados, también la influencia sobre el sistema para redirigirlo hacia sus intereses. La compatibilidad de los profesionales y la gestión de los servicios sanitarios más relevantes en "colaboración" con el sector privado es privatización.

Las universidades privadas han experimentado un crecimiento sin precedentes en los últimos años, pasando de una entidad a cinco en el periodo 2023-2025. Además, las empresas influyen directamente en la formación en las Universidades Públicas a través de múltiples cátedras de financiación privada: Cátedra de la empresa Bidafarma-Universidad de Granada. Cátedra de Medicina de Precisión de la EASP y Roche Farma en la Universidad de Granada. Cátedra de Celia Bujaldón de investigación del cáncer de la empresa AVIC (cocinas y encimeras). Cátedra de Innovación y emprendimiento en Salud de Pfizer y Wayra en la Universidad de Sevilla...En el sistema sanitario público tenemos múltiples ejemplos: proyecto FARO para el estudio en la población andaluza de la EVA (enfermedad vascular arterioesclerótica) gestionado por Novartis; acuerdo de la Consejería de Sanidad (2022) para investigar en neurología médica de precisión controlado por Roche Farma; protocolo de actuación (2023) para la mejora de la atención al paciente gestionado por Johnson & Johnson; Convenio marco del SAS con Medtronic para la innovación aplicada a procesos asistenciales (2020-2028); convenio de I+D+i (2025) entre la EASP y la MF ABBVIE; acuerdo del SAS Astra Zéneca (2023) para reforzar la colaboración público-privada y contribuir a la eficiencia, equidad y sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía"; Cátedra de La Universidad de Almería y Astra Zéneca para la prevención cardiovascular; Cátedra de vacunología de GSK y de uso racional del medicamento de Janssen-Cilag, ambas en la Universidad de Málaga...

Por último hay que señalar irregularidades administrativas que han llegado a los juzgados y a los medios: La Intervención del SAS descubre pagos irregulares al sector privado durante varios años (2022-2024). Se ha usado la ley de Urgencia COVID caducada en 2022. Se han fragmentado los pagos para no cumplir la Ley de Contratos del Estado. Esto ha provocado 3 denuncias en los juzgados de Sevilla, Cádiz y Córdoba cuyo resultado de momento ha sido la dimisión forzada de Interventores denunciante

¹³ [Memoria estadística y cartográfica. Gasto sanitario público en Andalucía. Clasificación funcional](#)

¹⁴ [Sanidad en un vistazo. Gasto sanitario](#) (El % de gasto en AP excluye el gasto en farmacia)

¹⁵ <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciaiyemergencias/servicios/actualidad/noticias/detalle/623143.html>

del SAS. Todos los Gerentes del SAS de la era PP están investigados por estos supuestos delitos El grueso de los pagos se va a multinacionales extranjeras y la mayoría de los conciertos son sólo con 6 empresas (Quirón, Viamed, Vithas, HLA Asisa, Cruz Roja, San Juan de Dios).

5. Demoras intolerables.

Los últimos datos publicados por el SAS son de junio de 2025. Según éstos, la demora media para ser intervenido quirúrgicamente en los hospitales públicos de Andalucía es de 169 días para una intervención no urgente. En esta fecha había 207.236 pacientes en lista de espera quirúrgica (43.270 fuera del plazo garantizado), pero diferentes medios, aseguran que las cifras reales son mucho más elevadas. Cerca de 450.000 llevan más de 60 días de espera para una consulta con especialistas hospitalarios, con una demora media de 127 días desde que la derivación, según especialidades. No hay datos oficiales para atención primaria pero ya hemos visto los resultados en Málaga.

Como en otras Comunidades del Estado numerosos cargos intermedios de la sanidad pública compatibilizan su puesto público con el trabajo en una consulta o centro privado, dificultando de esta forma la solución del problema. En concreto 74 jefes y directivos (cinco directivos, 36 jefes de servicio y 33 jefes de sección) de la sanidad andaluza han visto reconocida la compatibilidad para ejercer en la pública y en la privada desde el año 2015. A estos se añaden 4.464 facultativos especialistas de área.

6. Valoración ciudadana

La consecuencia de esta gestión se aprecia en el Barómetro sanitario¹⁶ de 2024, Andalucía es la peor situada en cuanto a la opinión de la población respecto a su sistema sanitario. Sólo un 7,3% opina que “En general, funciona bastante bien” frente a la media nacional (12,6%) y lejos del 16,8 obtenido en 2019. El 25% piensa que funciona mal y necesita cambios profundos (18% media).

La nota media obtenida es de 5,70, lejos de la media nacional (6,22) y del 6,40 que obtuvo en 2019. En atención primaria baja a un 5,65 frente al 6,29 de media nacional, siendo la única comunidad autónoma que baja del 6. Esta bajada en la puntuación se da en todos los servicios sanitarios públicos, en los que obtenemos la nota media más baja de todas las comunidades autónomas.

El resultado es que Andalucía ha aumentado su aseguramiento privado casi un 130% (partiendo de un 10,4% en 2018 se sitúa en el 23,7% en 2024).

7. Conclusiones

Peor situación de salud. Infr FINANCIACIÓN. Mala gestión, recortes, privatización, demoras intolerables en conseguir una cita. Ausencia de una Política Pública de Salud. Hospitalocentrismo, gasto farmacéutico fuera de control, Abandono de la Atención Primaria y la Salud Pública. Muchos facultativos compatibilizan su trabajo en la pública con la privada.

16 Ministerio de Sanidad. Barómetro sanitario.

¿Dónde va el dinero público? Por los datos expuestos anteriormente sabemos A DONDE NO VA. No va a atención primaria, ni a salud pública ni a promoción de salud. No va a ajustar las plantillas de los hospitales a las necesidades de salud. No va a resolver las listas de espera. Por eso las Mareas y otras plataformas ciudadanas y sindicatos que defienden la sanidad se movilizan y le dicen a Moreno Bonilla “La cura va bien pero el ojo lo pierde”.

Listado de propuestas de la FADSP para Andalucía para debate con organizaciones sociales y políticas de cara las elecciones de 2026

1. Defensa del Sistema Nacional de Salud como sistema público, universal y de gestión directa

Reafirmamos la defensa del Sistema Nacional de Salud como un sistema: De titularidad, financiación y provisión públicas; Universal, basado en la ciudadanía y no en el aseguramiento; Orientado al interés general y no al beneficio privado.

2. Frenar la privatización y recuperar lo privatizado

Abandonando la Colaboración Público-Privada, que permite la parasitación del sistema público por intereses privados; Reintegrando en el Sistema Sanitario Público todos los recursos, centros y servicios sanitarios privatizados o externalizados, por ejemplo, en el año 2026 vence el convenio de la Consejería con la Empresa Pascual y se trata de no renovarlo; Derogando la ley 15/97 y el artículo 90 de la LGS y dejando claro, mediante una ley específica, que no se puede derivar financiación pública a la privada.

3. Garantizar la financiación suficiente y finalista del Sistema Nacional de Salud

Asegurando una financiación pública suficiente y finalista del SNS, alineada con la media europea del presupuesto por habitante y el PIB. Blindando el presupuesto sanitario público frente a recortes en situaciones de crisis económica. Garantizando la máxima transparencia en el uso de fondos públicos sanitarios, incluidos los fondos europeos. Recuperando la deuda histórica del SAS de 20.000 millones de euros debida a los recortes desde la crisis del 2008 y los gastos de la pandemia.

4. Potenciar la Atención Primaria y garantizar la accesibilidad

Destinar, al menos, el 25 % del presupuesto sanitario público a la Atención Primaria. Recuperando recursos humanos perdidos. Desarrollando el modelo de Atención Primaria comunitaria, integral y participativa, basado en equipos multidisciplinares y con capacidad resolutoria real. Garantizando la accesibilidad efectiva, eliminando barreras administrativas, territoriales o tecnológicas.

5. Utilización plena de los recursos públicos y fin del negocio de las listas de espera

Poner a pleno rendimiento los hospitales públicos de gestión directa y los recursos ya instalados. Eliminar la derivación sistemática de pacientes a centros privados concertados o no concertados. Realizar auditorías públicas y homogéneas de las listas de espera (quirúrgicas, diagnósticas y de consultas).

6. Condiciones laborales dignas y planificación del personal sanitario

Garantizar condiciones de trabajo dignas para todo el personal del Sistema Sanitario Público: estabilidad en el empleo, jornadas y retribuciones adecuadas. Aumentar las plazas de formación sanitaria especializada según las necesidades reales del sistema. Combatir la precariedad estructural y la temporalidad abusiva. Incentivos para asegurar áreas de difícil cobertura

7. Dedicación exclusiva al sistema sanitario público

Exigir la dedicación exclusiva del personal sanitario al Sistema Sanitario Público aplicando un sistema de incompatibilidades. Eliminar los conflictos de interés que favorecen las listas de espera y la derivación a la sanidad privada.

8. Limitar el poder de la industria farmacéutica y tecnológica

Controlar la influencia de laboratorios farmacéuticos e industria tecnológica sobre la formación, la investigación y las decisiones clínicas. Reforzar la investigación pública independiente y la producción pública de medicamentos estratégicos.

9. Potenciar una Salud Pública fuerte orientada a la Promoción de la Salud

Reforzar los sistemas de vigilancia, prevención y control de enfermedades. Priorizar la prevención y la promoción de la salud como ejes centrales del sistema. Garantizar estructuras estables y bien financiadas de Salud Pública en todo el Estado.

10. Actuar sobre los determinantes sociales de la salud

Combatir las principales causas de enfermedad y muerte, como son el tabaquismo, la mala alimentación y el sedentarismo. Combatir las desigualdades sociales en salud vinculadas a clase social, género, territorio, edad y origen.

11. Participación ciudadana real y control democrático

Garantizar la participación efectiva de la población en la planificación, desarrollo y control del Sistema Sanitario Público, tal y como establece la Ley General de Sanidad. Reforzar los consejos de salud y los mecanismos de control social del sistema. Activar los consejos de salud, integrados en el Plan Local de Salud que deben tener todos los Ayuntamientos. Instaurar, potenciar y consolidar la RELAS (Red Local de Acción en Salud) que tan buenos resultados ha tenido en la ciudad de Cadiz.