

***LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA DE LAS  
CCAA 2025***

***UNDÉCIMO INFORME***

***Federación de Asociaciones para la Defensa de  
la Sanidad Pública***

***Julio de 2025***

## 1. Introducción: historia y objetivos del informe

Desde 2014 la FADSP viene publicando anualmente un informe sobre la privatización de los servicios sanitarios en España entendiendo por tal desvío de fondos del sector público hacia el sector privado en detrimento del primero. La justificación para privatizar es la INSUFICIENCIA de los servicios sanitarios públicos para atender las demandas de la población. Este aumento de provisión y del aseguramiento privado va unido a mayor desigualdad social, conociéndose que la privatización produce un aumento de la mortalidad evitable porque va unida a una desfinanciación paralela de la sanidad pública<sup>1</sup>.



elroto@inicia.es

La privatización sanitaria se inició en nuestro país hace bastante tiempo. Poco después de aprobarse la Ley General de Sanidad (1986) ya comenzaron a producirse fenómenos que la favorecían y cuestionaban el modelo de Sanidad Pública que propugnaba la LGS, como la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (1990) y el Informe Abril (1991). Actualmente se ha extendido a todo el Sistema Nacional de Salud con intensidad variable según las CCAA atendiendo al grupo político en el gobierno y a otras circunstancias, profundizándose a partir de la finalización de las transferencias sanitarias en 2001 y del primer gobierno del PP a nivel central. Se acentuó con la crisis económica de 2007 y con la pandemia de covid19 que ha sido aprovechada por varias CCAA, especialmente la de Madrid, para profundizar esta deriva privatizadora del sistema sanitario. Un buen ejemplo es el gasto en conciertos que aumentó en todo el país un 8,98% en 2021 respecto a 2019 cuando el presupuesto lo hizo solo un 7,78%.

A lo largo de esta historia se han articulado diversas modalidades, a veces difíciles de identificar, de privatización. Privatizar es:

- La colaboración público-privada (conciertos) que se hace para aligerar listas de espera. Además de los conciertos, existen otros dos mecanismos de colaboración entre el ámbito público y privado: la externalización de servicios y el aseguramiento a las mutualidades de funcionarios.
- La prestación de servicios sanitarios a través de las concesiones administrativas. En la actualidad, hay 8 hospitales en este régimen: 3 en la Comunidad Valenciana, 4 en Madrid y 1 en La Rioja.
- La compra de lo que la industria farmacéutica vende a la sanidad pública. Las compañías están invirtiendo cada vez más en productos biológicos y nuevas modalidades terapéuticas, como las terapias génicas y anticuerpos conjugados con márgenes de beneficio extraordinariamente altos por la regulación de las patentes. Las facturas a la sanidad pública (hospitalaria) no dejan de subir.

---

<sup>1</sup> Outsourcing healthcare services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. Lancet 2022

- La compra de biotecnología especialmente con el reto de la transformación digital: Este es el reto del futuro, en sus propias palabras “la transformación digital permite desintermediar el conocimiento clínico sin necesidad de un profesional asistencial”. Las líneas de actuación incluyen medidas de Inteligencia Artificial, gestión del datos, medicina personalizada, automatización de procesos y nuevos modelos de relación con el paciente (atención no presencial)

## **2. Tendencias del capital inversor en salud en los últimos años: la situación de España**

Quién mejor que los propios empresarios para describir la situación de la inversión privada en salud en los últimos años y sus tendencias <sup>2</sup>(los entrecomillados son citas textuales del documento citado)

“El sector goza de una sólida salud y se prevé un crecimiento en los próximos años... La creciente inversión en sanidad, tanto pública como privada, augura un futuro positivo para la atención médica en España. En los últimos cuatro años, el gasto sanitario privado ha crecido anualmente alcanzando 35 mil millones (2,6% del PIB).

Los sectores más relevantes fueron ‘Proveedores de atención especializada’, ‘Hospitales y apoyo a la salud’ y ‘Empresas farmacéuticas’, que representaron aproximadamente el 48,9% del total. El sector farmacéutico ha generado más de 23 mil millones de euros en ingresos con un gasto farmacéutico per cápita intermedio-alta con 477 euros por habitante, superando la media europea. En el ámbito de la tecnología sanitaria, la facturación anual conjunta supera los 11 mil millones de euros y el gasto privado en sanidad ha aumentado considerablemente, impulsado por la creciente penetración del seguro privado de salud. En este sentido, las primas de seguros han crecido un 13% en los primeros nueve meses de 2024 en comparación con el mismo periodo de 2023. Además, entre 2019 y 2023, se han inaugurado 56 nuevos hospitales, principalmente en el sector privado, que representa el 54% de los hospitales del país y el 32% de las camas disponibles, reflejando su creciente papel en la oferta hospitalaria. Este impulso se sustenta en factores como la innovación continua, el envejecimiento de la población, una mayor cronicidad de las enfermedades asociada a un incremento en la esperanza de vida y el aumento de la inversión en salud personal y estética”.

## **3. La insuficiencia de la sanidad pública es el requisito para justificar la privatización**

---

<sup>2</sup> Health & Life Sciences de EY. El capital privado en el ámbito de la salud. Claves para generar valor en un sector de alto potencial. Abril 2025

La crisis económica de 2007 puso de manifiesto que la salud (más bien la enfermedad) es una gran oportunidad de negocio y consecuentemente las corporaciones privadas pretenden ocupar ese espacio colocando a los servicios sanitarios públicos en una posición subordinada a sus intereses: campo de pruebas y fuentes de información para sus productos, consumidor mayoritario y, en relación con sus clínicas, provisor de clientes y pagador de facturas de servicios no cubiertos por las pólizas por no ser rentables.



La crisis de suficiencia del SNP provocada por la pandemia ha acelerado el proceso. Muchos políticos que dirigen servicios públicos hablan de la excelencia de la colaboración público-privada ante unos servicios públicos (los que gestionan ellos) que no llegan a cubrir las necesidades de la población.

Esta descrito cómo se llega a la privatización<sup>3</sup> : políticas de recortes presupuestarios de la sanidad pública y abandono de la gestión-> que lleva al deterioro de los servicios con listas de espera, deterioro instalaciones, descontento de los profesionales->ofensiva ideológica

sobre necesidad de modelos complementarios público-privado ante la “insuficiencia de la pública”-> proceso de privatización por múltiples vías (externalización de servicios, conciertos, falta de transparencia, compatibilidades de jefes, huida de profesionales).

#### 4. ¿Qué modelo se servicios sanitarios públicos quiere el capital privado?

De sus propios documentos se colige que el modelo de sanidad pública que quieren es hospitalocéntrico con innovaciones tecnológicas, de gestión y de medicamentos. Un hospital abierto a la medicina del futuro con lo último (que es aplaudido por medios, redes y políticos) independientemente de si su coste oportunidad es adecuado para el sistema. Un campo para ensayos clínicos con pacientes y financiación pública cuyos resultados patentan las farmacéuticas para vendérselos de nuevo a la administración sanitaria. Un hospital incompetente para resolver las demandas de la población porque carece de capacidad instalada para ello (recortes en personal y recursos no innovadores), con listas de espera que nutren a la medicina privada y un agujero sin fondo para los presupuestos públicos especialmente por el coste de los nuevos fármacos e innovaciones tecnológicas. Ese es el tipo de hospital que desean.

Para el capital privado el nivel primario carece de importancia. No es un nicho de negocio pero su deterioro genera inseguridad en la población y favorece el aseguramiento privado<sup>4</sup>. Quieren que deje de ser “puerta de entrada” del SNP (ahora es la urgencia y pronto las mutuas). Con masificación, falta de accesibilidad, una capacidad de resolución limitada (abundancia de profesionales no formados, sin acceso tecnologías modernas, sin colaboración con el hospital, con ausente demanda social de servicios de promoción de salud) su papel en el sistema sanitario actual es de comparsa

<sup>3</sup> Martin McKee. The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. European Journal of Public Health, Vol. 25, No. 3, 364–365. 2015

<sup>4</sup> Un estudio de la FADSP señala que por cada día extra de demora en la médica de cabecera, aproximadamente 289,000 personas optan por aseguramiento privado

de ese hospital que desean, que es donde realmente se juega el partido de pensar la sanidad del futuro.

Y, no lo olvidemos, también se hará medicina para los pobres, la beneficencia de siempre (atención de baja calidad, sin continuidad y con la accesibilidad limitada) para los que no tengan como pagarse el seguro privado y no les quede más remedio que esperar.

A Salud Pública se la relega a comprador de vacunas y otras tecnologías preventivas, procurando que moleste lo mínimo con medidas regulatorias que puedan incomodar a los sectores industriales, lo demás es accesorio.

## **5. Posibles obstáculos al desarrollo de negocio en el sector salud.**

El documento de los empresarios del sector identifica claramente las amenazas a su expansión <sup>5</sup>(los entrecomillados son citas textuales):

### *a. Los servicios sanitarios públicos ha de ser insuficientes:*

“En un contexto en el que la población está envejeciendo y crece sustancialmente la cronicidad de las enfermedades, la población diana a la que hace frente el sector sanitario y farmacéutico es cada vez mayor. El sector público, que actualmente es el principal actor sobre todo en el segmento puramente hospitalario, no es capaz de cubrir la demanda latente. En este sentido, se observa una mayor involucración del capital privado con movimientos accionariales que demuestran el interés sobre el mismo, con valoraciones muy superiores a las de otros sectores. Además, enfrentan retos relevantes como la digitalización, la falta de profesionales, la necesaria revisión del modelo asegurador, la necesidad de la innovación constante o la aparición de terapias personalizadas”.

### *b. Otra amenaza: la regulación*

Además, “los expertos advierten que los cambios regulatorios a corto y medio plazo representan un riesgo significativo que no debe ser subestimado, lo que exige estrategias adaptativas para asegurar la sostenibilidad y el crecimiento continuo del sector”.

### *c. la competencia por los profesionales*

La prevalencia de trabajo a tiempo parcial en la práctica privada, compatibilizándola con el trabajo en la red pública y/o en más de un centro privado, es muy frecuente en algunas especialidades y CCAA. Hay 14 especialidades con más del 75% de sus médicos a tiempo parcial en la red privada. Predominan las quirúrgicas (neurocirugía, ORL, cirugía cardiovascular, anestesia, cirugía plástica, cirugía torácica, cirugía maxilofacial, cirugía vascular y cirugía pediátrica). En este grupo se encuentran también oncología médica, cardiología, reumatología, dermatología y aparato digestivo. En el otro extremo están las especialidades con menos del 50% de médicos a tiempo parcial. Se encuentran en este grupo los médicos sin título de especialidad (sólo el 13,9% a tiempo parcial), y, además, medicina nuclear, urgencias, medicina interna, oncología radioterápica, medicina intensiva, MFyC y microbiología. Son especialidades básicas que requieren

---

<sup>5</sup> Health & Life Sciences de EY. El capital privado en el ámbito de la salud. Claves para generar valor en un sector de alto potencial. Abril 2025

permanencia en el centro, o con servicios externalizados, como medicina nuclear y oncología radioterápica. Por CCAA, el empleo a tiempo parcial en la red privada presenta grandes variaciones, entre el 21.5% de Castilla León y por encima del 90% en Asturias y País Vasco.

Del total de los médicos en el SNS apenas el 7% de están a tiempo parcial, fundamentalmente en hospitales (2,9% en AP). Por especialidades, hay una correlación inversa y muy significativa entre el porcentaje de empleo a tiempo parcial en la red pública y el ranking de elección MIR: a mejor posición en el ranking MIR, mayor porcentaje de empleo parcial en el SNS. La oposición a las incompatibilidades de los sindicatos médicos corporativos es expresión de la defensa de estos intereses.

Entonces ¿faltan médicos? Se estima que el número total de médicos activos en España en 2023 asciende a 190.861. Esto supone una ratio de 449 médicos por 100.000 habitantes (por encima de Alemania o Italia). La media de la UE es 420. Con respecto a personal de enfermería las cifras en España son 634/100.000 y en la UE 900/100.000.

En febrero de 2023 había 149.710 médicos trabajando en el SNS aunque la distribución es muy desigual según CCAA (desde 247,8 por 100.000 habitantes en Ceuta-Melilla hasta 396,7 en Cataluña), y según ámbito de trabajo. El 73,2% de los médicos del SNS está adscrito a atención especializada, y el 27,0% a atención primaria, aunque el 16,4% de los médicos de familia de la red pública está trabajando en hospitales y también prácticamente la mitad de los pediatras. Desde 2021, el número de pediatras en la red pública aumentó un 3,3% globalmente, pero se redujo un 4,5% en AP mientras que aumentó un 12,7% en AE. El crecimiento ha sido desigual en los dos niveles asistenciales. El empleo médico en hospitales públicos creció en esos dos años 2021-2023 un 16,0%, con una contratación adicional neta de 15.051 médicos. En atención primaria se redujeron entre ambos años un 4%, de 42.114 a 40.429 médicos<sup>6</sup>.

Faltan médicos... en la sanidad pública.

Especialmente en medicina familiar y comunitaria (MFC) y en zonas rurales alejadas y en pequeñas ciudades, pero también en ciudades medianas y grandes. Para cubrir las plazas que no se consigue ocupar no basta con convocar más plazas MIR u homologar más títulos extranjeros. Es preciso un plan de incentivos dirigido a la MFyC que considere los distintos componentes de la recompensa total. Si esto no se hace, la especialidad quedará para el final año tras año en la elección de plazas MIR y los médicos de familia formados que evitarán integrarse en centros de salud huyendo a urgencias, otras especialidades y hacia la red privada (gran futuro la medicina estética). (¿Qué ha pasado con los 20.00 médicos de familia formados en los últimos 10 años (<https://saludinerop.blogspot.com/>)?) . El problema se agravará: MFC es la segunda especialidad con una pirámide etaria más envejecida actualmente, con los mayores

---

<sup>6</sup> Barber Pérez P. González López-Valcárcel B. Actualización: Informe de necesidad de médicos especialistas en España 2023-2035 Eco Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Abril 2024

porcentajes de profesionales con 60 y más años (33,2%, uno de cada tres) y de 50 y más años (60,2%).

## **6. Las cifras de la privatización por Comunidades Autónomas**

La falta de transparencia informativa es uno de los grandes déficit de nuestro sistema sanitario, por lo que resulta complicado obtener datos concretos de las administraciones sanitarias y más aún si se pretende que sean homogéneos para todas las CCAA. A pesar de ello nuestros resultados coinciden con los de otras publicaciones que señalan también estas limitaciones. Con estas restricciones, desde la FADSP venimos analizando periódicamente, con los datos disponibles, el grado de privatización de los servicios sanitarios de las CCAA para establecer las diferencias que pueden existir en este aspecto. De nuevo hay que destacar que se trata de una comparación entre las mismas y en modo alguno de una valoración absoluta de si existe o no privatización, que la hay y en todas ellas.

Se evalúan aspectos de aseguramiento, financiación privada (en seguros sanitarios y gasto de bolsillo), recursos y utilización del sector privado y porcentaje de gasto sanitario público dedicado directamente a contratación con los centros privados, así como la existencia de fórmulas de colaboración público-privadas establecidas por la comunidad autónoma y la existencia de dedicación exclusiva a la sanidad pública. Solo se utilizan datos que se encuentran publicados y en las fuentes disponibles: Ministerio de Sanidad (MS), Instituto Nacional de Estadística, Barómetro Sanitario, IDIS.

### ***Variables analizadas***

Las variables analizadas han sido las siguientes:

1. Porcentaje de población total que estando cubierta por las Mutualidades de Funcionarios (Barómetro Sanitario) elige la atención sanitaria por seguros privados.
2. Gasto sanitario per cápita en seguros privados (€/habitante/año) (IDIS).
3. Gasto sanitario de bolsillo per cápita (€/año) (INE).
4. Porcentaje del gasto sanitario dedicado a concertación con centros privados (Ministerio Sanidad).
5. Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total (MS).
6. Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total (MS).
7. Número de consultas anuales a especialistas del sector sanitario privado por 1000 habitantes (MS).
8. Porcentaje de personas que han acudido al médico general privado en el último año (Barómetro Sanitario).
9. Presencia de concesiones administrativas de gestión a empresas privadas. (Comunidad Valenciana , Madrid , la Rioja)
10. Existencia de dedicación exclusiva para sanitarios de la pública o cargos directivos (Navarra y Extremadura y Asturias).

Hay que ser conscientes de que las cifras de contratación del sistema público con el sector privado están infraestimadas por dos motivos: la presencia del modelo de las mutualidades de funcionarios, que en su mayoría dedica fondos públicos a financiar seguros privados, y luego porque existen muchos casos de contratación directa de los centros sanitarios con el sector privado (pruebas diagnósticas, etc.) con lo que estas

partidas no aparecen contabilizadas de manera diferenciada y se incluyen en los presupuestos de los centros públicos.

Los ocho primeros apartados se han puntuado de 1 a 4 según la posición de cada comunidad en los cuartiles de cada variable, considerando el más bajo el de menor puntuación. La variable 9 se ha puntuado asignando un punto a las CCAA donde existen estos fenómenos y 0 a aquellas en las que están ausentes. La variable 10 se ha puntuado asignando un punto a aquellas CCAA donde no hay dedicación exclusiva y 0 a aquellas en las que existe. El total de puntos obtenido por cada Comunidad Autónoma es el índice de privatización que usamos para compararlas.

Hemos utilizado el porcentaje de personas (sobre el total de la población) que teniendo asistencia por las Mutualidades de funcionarios han elegido la asistencia privada, en lugar del % de población cubierta por estas porque nos parece que expresa mejor el grado de privatización. Los análisis estadísticos se han hecho con el programa SPSS versión 25.

## **Resultados**

De acuerdo con estos criterios se han puntuado a todas las CCAA, obteniendo un resultado promedio de 21,3 puntos con una DS (desviación estándar) de 4,4 (rango entre 14 y 28 puntos), sobre un máximo de 34 puntos posibles.

Después de calcular los percentiles de los resultados obtenidos, se clasifican las CCAA en tres grupos: mayor velocidad de privatización (mayor al percentil 75), velocidad de privatización intermedia (entre percentil 75 y 25) y menor velocidad de privatización (menor del percentil 25 ).

CCAA con una mayor velocidad de privatización:

- Canarias 28
- Madrid 28
- Baleares 28
- Cataluña 26

CCAA con una velocidad intermedia de privatización:

- Comunidad Valenciana 26
- Aragón 24
- Andalucía 23
- Extremadura 20
- Galicia 19
- La Rioja 19
- Castilla y León 18
- Murcia 18
- País Vasco 18

CCAA con menor velocidad de privatización:

- Castilla- La Mancha 18
- Navarra 18
- Asturias 18
- Cantabria 14

## **Comentarios**

Merece la pena señalar varias cuestiones:

- La primera es que los datos se corresponden mayoritariamente a 2024 y solo alguno



a 2023, siendo los últimos disponibles (el año queda establecido en la tabla).

- EN 2024 se ha producido un aumento de la privatización, en la provisión y en la financiación de nuestro sistema sanitario en general, pasando de un indicador global de 16 puntos en 2014 hasta los 21 de 2025, es decir un incremento del 14,7%. Esto ha sido especialmente importante a partir de 2009, como secuela de las políticas de ajuste provocada por la crisis económica. Según los últimos datos disponibles España supera claramente la media de la OCDE en gasto sanitario privado, con un 28–30 % del total y hasta un 3 % del PIB, (frente al 21 % y 2,2 % de la OCDE respectivamente). El gasto de bolsillo es notable: (25 143 M € en 2022), reflejando mayor carga directa sobre las familias. Este incremento está presente desde hace décadas. En 2022 supuso el 26 % del gasto sanitario, mostrando una tendencia creciente que apunta a crecientes desigualdades en acceso según renta, habiéndose incrementado de manera importante el aseguramiento privado
- Sobre la base de este incremento generalizado, el comportamiento de las CCAA ha sido desigual, respondiendo a distintas políticas privatizadoras. Las tablas 3, 4 y el grafico 1 recogen la evolución de las puntuaciones globales de cada comunidad autónoma y la media nacional desde 2014<sup>7</sup>. Se observa que 3 de las 4 primeras CCAA con más privatización en 2024 ya estaban en 2014 en este grupo, donde han permanecido con algún cambio de posición. La primera es la misma en todos los informes (Madrid) y las otras 2 (Cataluña y Baleares) han ido cambiando de posición. Pero también hemos escogido 5 comunidades por su incremento llamativo en los últimos años. La primera es Andalucía que ha experimentado un incremento de más del 32% desde 2019. En Canarias (32,3 de incremento) y en la Comunidad Valenciana (29,4 de incremento) han sucedido fenómenos similares. Es llamativo el caso de Extremadura (32,3) que en informes anteriores tenía de los menores grados de privatización y en los últimos 3 años se han acelerado sus procesos.
- Como suele ser habitual en los estudios sobre los sistemas sanitarios de las CCAA se objetiva una gran desigualdad entre las mismas, lo que evidencia que la privatización de los servicios sanitarios no es un fenómeno “natural “ de evolución de los Sistemas Autonómicos de Salud sino que responde a políticas explícitas de privatización algunas de larga evolución (Madrid, Cataluña, Baleares) pero otras de reciente implantación cuyas medidas pueden ser objetivadas. Estas diferencias suponen una muestra más de la falta de cohesión del Sistema Nacional de Salud y de la inequidad que hace que el derecho a servicios de calidad de la sanidad pública de no se cumpla de la misma forma para todos los/las españolas/es.
- Hay que ser conscientes de que alguno de los datos analizados (gasto de bolsillo en Sanidad) está sobre todo relacionados con la riqueza de las CCAA porque en gran

---

<sup>7</sup> En los 5 primeros años se analizaron las mismas variables, en 2019 se incluyeron 2 más, en 2020 no se pudo incluir una, en 2022 vuelve a recuperarse una más, aunque proveniente de una fuente distinta y en 2023 se mantienen las mismas variando la fuente en 2 de ellas y en 2024 se cambia la fuente de 1.

parte proviene de gasto en prestaciones no cubiertas por el SNS (por ejemplo la odontología) así como el que se realiza en los copagos.

- La principal limitación del estudio está en la ausencia de transparencia de las administraciones sanitarias que dificulta enormemente el encontrar datos homogéneos para todas las CCAA, lo que es un fraude a la ciudadanía que es la que las sufraga con sus impuestos y un incumplimiento notorio de la denominada “ley de transparencia”, que desgraciadamente no ha mejorado de manera sustancial la información sanitaria disponible.

## **7. Conclusiones**

- La derivación de fondos públicos al sector privado del negocio de la salud (privatización) está presente en todos los Servicios Nacionales de Salud de las CCAA.
- El proceso es creciente y desigual reflejando las distintas políticas privatizadoras de los gobiernos autonómicos. A la cabeza (desde que se inició esta serie en 2014) están las comunidades de Madrid, Baleares y Cataluña. Es llamativo en los últimos años el impacto de este tipo de políticas en Andalucía, Extremadura, Canarias, la Comunidad Valenciana y Aragón.
- La base de la privatización es el supuesto de que los servicios sanitarios públicos son insuficientes para satisfacer la demanda de la población a la que atienden. Esto justificaría la “colaboración público privada”. Por tanto, el deterioro de la sanidad pública (infradotación, falta de políticas públicas, ineficiencia en la gestión) forma parte esencial de las políticas privatizadoras. Por su actualidad citamos la actual compatibilización de jefes de servicio y de sección (gestores de lo público) con la práctica privada.
- La privatización es uno de los problemas de salud pública más importante de España, cuyas consecuencias conocidas son un incremento de la mortalidad general y el aumento de las desigualdades en salud.

8. Tablas y gráficos

TABLA 1 VARIABLES PRIVATIZACION Y PUNTUACION TOTAL 2024

CCAA	Mutuas	GS seg priv	Gasto Bol	GSP Conciertos	Camas Priv	AT priv	CTA ESP Priv	CtA MF Priv	puntos total
Madrid	3,2	376	534	11,8	23,79	40,05	38	26,5	28
Canarias	4,5	187	366	7,1	27,41	37,71	47,3	27,2	28
Baleares	2,7	332	422	8,6 <sup>8</sup>	27,28	47,76	47,4	31,8	27
Cataluña	2,6	313	557	21,7	10,19	25,2	48,1	32,4	26
Comunidad Valenciana	3,9	174	559	3,4	15,12	30,41	43,1	31,6	26
Aragón	4,8	205	659	4,1	12,37	28,57	35,7	23,8	24
Andalucía	4,6	187	473	4,2	22,57	30,88	37,9	28,8	23
Extremadura	7,1	137	573	4,7	4,98	21,43	42,7	32,8	20
Galicia	3,4	143	640	4,6	14,04	27,45	34,4	19,5	19
La Rioja	3,8	167	555	3,2	4,82	16,67	42,1	27,4	19
Castilla y León	6,4	131	438	3,5	19,25	28,05	33,6	26,5	18
Murcia	3	113	386	5,2	21,26	22,48	39,2	26,9	18
País Vasco	1,5	197	546	6	16,58	26,6	32,4	21,2	18
Castilla la Mancha	2,1	195	442	5,1	6,04	24,49	39,8	26,3	18
Navarra	2,5	118	469	6,4	29,61	40,91	34	19,8	18
Asturias	3,8	153	575	6,2	11,47	25,74	33,8	23	18
Cantabria	3,3	119	604	2,9	5,3	11,32	36,4	21,8	14

TABLA 2 :PERCENTILES VARIABLES PRIVATIZACIÓN

per	Mutuas 2024	GS Seg Priv 2024	GastoBo l 2024	GSP Conciertos 2023	Camas Priv 2023	AT privada 2023	Cta Esp Priv 2024	Cta MF Priv 2024
P2 5	2,6	134	440	3,8	8,1	23,5	34,2	22,4
P5 0	3,4	174	546	4,9	15,1	27,5	38	26,5
P7 5	4,5	201	574	6,3	23,2	34,3	42,9	30,2

TABLA 3 :VARIACIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE PRIVATIZACIÓN

Comunidad	Andalucía	Extremadura	Canarias	Valencia	Aragón
2014	12	9	18	16	17
2024	23	20	28	26	24
Variación%	32,4	32,3	29,4	29,4	20,6

<sup>8</sup> Datos de la Conselleria de salut, por los datos del Ministerio salen 4,9

**TABLA 4: EVOLUCIÓN ÍNDICES DE PRIVATIZACIN 2014-1025**

CCAA	2025	2024	2023	2022	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Andalucía	23	25	20	22	17	15	13	13	12	13	12
Aragón	24	24	19	20	14	18	16	14	13	16	17
Asturias	18	23	19	19	16	16	14	14	14	13	12
Baleares	28	27	27	25	23	25	21	20	19	18	18
Canarias	28	23	24	25	22	24	18	18	16	17	18
Cantabria	14	20	13	11	12	18	11	11	12	14	14
Castilla y León	18	21	18	20	15	20	15	15	15	16	16
Castilla la Mancha	18	18	15	12	15	13	9	12	11	11	10
Cataluña	26	26	29	29	26	29	22	22	22	22	21
Comunidad Valenciana	26	24	20	21	17	20	13	16	16	15	16
Extremadura	20	16	14	13	11	12	11	10	10	9	9
Galicia	19	20	20	23	19	19	16	18	18	19	19
Madrid	28	28	32	31	28	31	23	23	23	23	23
Murcia	18	22	17	20	14	19	13	13	13	23	16
Navarra	18	22	21	19	19	19	17	16	16	14	15
País Vasco	18	19	17	20	20	24	18	17	17	17	17
La Rioja	19	19	18	19	16	18	14	13	14	14	16
media CCAA	21	22	20	21	18	20	15	16	15	16	16

**GRAFICO 1 EVOLUCION INDICES EN LAS COMUNIDADES MAS Y MENOS PRIVATIZADORAS EN 2025**

