

La privatización nos sale cara

23 de octubre de 2025

CLAVES

Las privatizaciones siempre salen caras, social y económicamente, como individuos y como sociedad: encarecen el servicio para las arcas públicas, porque empeoran la calidad de los servicios para los ciudadanos o porque excluyen a muchos ciudadanos de acceder a ellos. Todo ello provoca que, lentamente, se incremente el gasto en servicios privados que tienen que realizar los hogares.

- 1. Mayor coste público en proveer un servicio:** El coste para las arcas públicas de financiar el mismo tratamiento médico es hasta 6 veces mayor en la concertada que en la pública. Por ejemplo, actuar sobre una hernia cuesta menos de 700 euros en la pública y casi 3.400 euros en la concertada. Se trata de una ineficiencia del gasto público que conlleva un elevado coste de oportunidad porque ese exceso de dinero utilizado de manera ineficiente se detrae de prioridades sociales.
- 2. Deterioro de la calidad de los servicios públicos.** Las mayores listas de espera en la sanidad, en las que en la actualidad hay más gente y tienen que esperar casi el doble en el caso de las primeras consultas especializadas o de las intervenciones quirúrgicas no urgentes que hace dos décadas, son una consecuencia de la privatización.
- 3. Exclusión de parte de la población del uso de servicios públicos.** La exclusión puede ser darse al demorar plazos en citas o pruebas (como ha quedado latente en el cribado del cáncer de mama en Andalucía) o excluir directamente a grupos sociales, con dramáticas consecuencias. La ausencia o reducción de oferta pública en determinadas especialidades médicas o educativas, al tiempo que se impulsa la oferta privada en dichas especialidades, supone la exclusión de parte de la población del acceso a dichos servicios
- 4. Mayor coste para el ciudadano/a:** La escasez de oferta pública de FP o de másteres universitarios excluye a muchas familias de estos servicios y les obliga a pagar más de su bolsillo o a endeudarse para acceder a la educación superior. El gasto nominal por hogar afectado en FP superior se ha duplicado entre 2016 y 2023, pasando de 1.069 € a 2.085 €, a la vez que se ha incrementado el número de hogares que cursan a este tipo de formación. Igualmente, la privatización de los másteres incrementa el coste para cada hogar afectado en casi 1.600 €.

Además, se extiende el uso de seguros privados de salud entre la población ante el deterioro de lo público y hoy en día 1 de cada 4 hogares tiene un seguro privado.

INFORME

I. EL PROCESO DE PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS ES DIVERSO¹

La privatización de servicios públicos no es un fenómeno nuevo ni exclusivo de alguna comunidad autónoma en particular ni está acotado a unas pocas prácticas con resultados homogéneos sobre la calidad del servicio o sobre el gasto privado de los hogares en los respectivos servicios. En los principales servicios públicos de las distintas comunidades autónomas, especialmente en las más ricas, ha habido trayectorias institucionales diferenciadas que han dado lugar a presencias distintas del sector privado en la provisión o gestión de cada uno de los servicios públicos.

Así, en la Sanidad, además de la Comunidad de Madrid, que actúa como laboratorio de muchas formas de externalización y privatización que no están tan presentes en el resto del territorio, en Cataluña también hay una importante presencia del sector privado debido al modelo de la *sociovergencia* y a la concertación con cooperativas de médicos. Sin embargo, el País Vasco cuenta con una penetración mucho menor del sector privado en el sector sanitario por las decisiones que tomó al respecto el PNV, mientras que en el sector educativo su planteamiento para favorecer la educación en vasco y el mantenimiento de las ikastolas han hecho que sea una de las comunidades con mayor porcentaje de jóvenes en la educación concertada y privada. Andalucía, por otro lado, ha tenido una penetración de los conciertos sanitarios y de la sanidad privada mucho menor desde el comienzo de la democracia, pero ha empezado a repuntar en los últimos años debido a las decisiones de su Gobierno Autonómico. En el otro extremo del espectro, nos encontramos con comunidades con menor renta y con menor densidad de población, como podría ser Castilla y León, donde la penetración de la sanidad privada es mucho menor.

Y territorios como la Comunidad Valenciana, donde hubo una fuerte privatización de su sistema sanitario hace 25 años, y vistos los desastrosos resultados sanitarios y económicos de la privatización de áreas sanitarias enteras, se ha podido abordar un proceso de reversión que ha devuelto al sector público la provisión de los servicios sanitarios al cumplir las concesiones privadas.

De estos apuntes se pueden extraer varias conclusiones.

- Por un lado, que **la condición principal, pero no suficiente, para que haya privatizaciones y externalizaciones, especialmente en lo sanitario, es que exista una demanda solvente** que pueda sostener los beneficios de las compañías u organizaciones privadas que quieran introducirse en el negocio (densidad urbana y renta). En el ámbito sanitario esta demanda solvente existe en las comunidades más ricas (Cataluña, Madrid, Baleares, etc.) y también se aprecia en otras áreas más dinámicas como las ciudades andaluzas en las que está empezando a desplegarse con mayor intensidad la privatización.

¹ No es posible establecer claramente un cálculo del tipo “las privatizaciones cuestan a cada español, madrileño o catalán tantos miles de euros al año” con los datos disponibles. La privatización y externalización de los servicios públicos es un proceso complejo, muy correlacionado con el nivel de renta de cada CCAA o con tendencias institucionales propias de cada comunidad autónoma que no están exclusivamente relacionadas con la ideología de sus gobiernos. Esto imposibilita establecer comparaciones completas entre distintas CCAA.

- Por otro lado, **la externalización y la privatización no están plenamente correlacionadas con la ideología de los gobiernos predominantes en cada una de las regiones**. Hay partidos de derechas que utilizan la privatización y la externalización como una manera consciente de dar beneficios a los que aspiran a vivir de parasitar lo público, pero también como forma de hacer ingeniería social en nuestro país e incrementar el apoyo a las políticas neoliberales en el marco de su hegemonía cultural. Durante décadas 80 y 90 de profundo neoliberalismo se construyó socialmente la creencia de que solo el mercado podía gestionar de forma eficiente y que lo público era déficit, despilfarro e ineficiencia. La realidad ha desmontado ese mito neoliberal, pero hacen falta buenos políticos y gestores públicos que crean y defiendan los servicios públicos y que no los boicoteen.

II. LOS EFECTOS DE LA PRIVATIZACIÓN NO SIEMPRE SON VISIBLES EN EL BOLSILLO DE LAS FAMILIAS A CORTO PLAZO, SINO QUE SE TRADUCEN SERVICIOS DETERIORADOS, EXCLUSIÓN EN EL ACCESO Y MAYOR COSTE PARA LAS ADMINISTRACIONES.

La privatización tiene distintos grados y estados, que impactan de manera diferente sobre el acceso al servicio y su calidad y las arcas públicas el bolsillo de los ciudadanos.

Por un lado, se puede externalizar la **gestión** de un servicio público, tal y como se intentó en la sanidad madrileña con parte de la atención primaria y como ocurre en varios hospitales.

En segundo lugar, se puede externalizar por completo la **provisión** del servicio, como cuando se contrata a clínicas privadas para que den ciertos servicios que permitan a la CCAA correspondiente reducir sus listas de espera.

En tercer lugar, se puede **dejar toda la provisión del servicio a lo privado**, como se pretende en algunas comunidades con la FP o como sucede en la actualidad en el sistema de dependencia. Estas privatizaciones muchas veces van acompañadas de cheques y políticas de *autoprivatización* que dan a los ciudadanos el dinero que necesitan para contratar por sí mismos ciertos servicios en los mercados privados correspondientes. El caso más extremo de esta situación sería la total privatización de un servicio público ya existente.

En cada uno de estos casos las consecuencias son distintas, pero suelen consistir en una combinación de las siguientes:

1. **Encarecimiento del servicio para las arcas públicas.** Las externalizaciones de servicios como la realización de resonancias en la sanidad privada para “descargar” a la pública permiten a los ciudadanos acceder al servicio de igual manera que si fuera 100% público a costa de un sobrecoste para el Estado. En el caso de las resonancias, el coste para las arcas públicas de hacerlo a través de una externalización es el doble que el de hacerlo en un hospital público con personal público. **Se trata de una ineficiencia del gasto público que conlleva un elevado coste de oportunidad** porque ese exceso de dinero utilizado de manera ineficiente se detrae de prioridades sociales

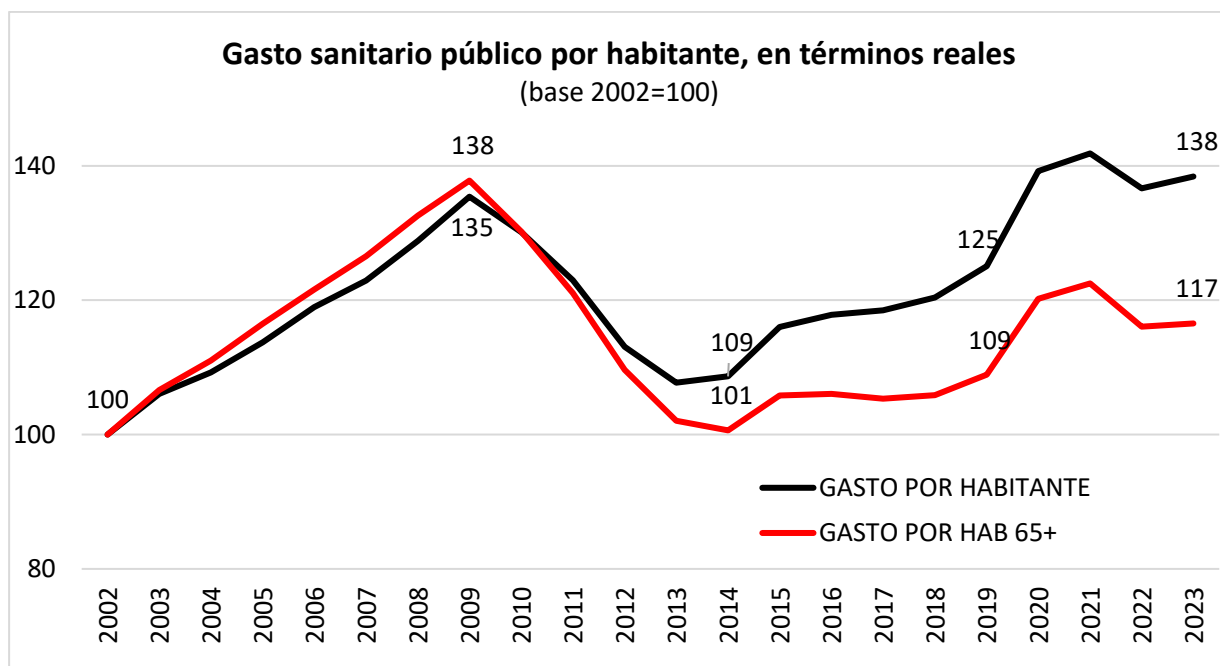
2. **Empeoramiento de la calidad de los servicios públicos:** Las privatizaciones y externalizaciones empeoran la calidad del servicio (ejemplo: calidad de las comidas en los servicios de comida externalizados o privatizados en comparación con la existencia de cocinas propias en los colegios) para que las empresas privadas puedan lograr beneficios reduciendo los costes. Las mayores listas de espera en la sanidad también serían una consecuencia.
3. **Exclusión del uso de servicios públicos:** La externalización y la privatización provocan que no haya suficiente provisión de servicios públicos para atender a toda la población, como sería el caso de la FP.
4. **Mayor gasto de los hogares:** Los dos últimos puntos llevan, a su vez, a que los ciudadanos que pueden permitírselo paulatinamente intenten acceder a servicios privados pagándolo de su propio bolsillo o endeudándose.

III. EL EJEMPLO DE LA SANIDAD PÚBLICA: EL AUMENTO DEL GASTO Y PERSONAL SANITARIO NO EVITA EL DETERIORO DEL SERVICIO

Un ejemplo paradigmático es el de la sanidad pública, donde, a igual gasto público y más personal sanitario, se deteriora la calidad del servicio público.

1. **El gasto sanitario público** por habitante apenas ha mejorado en los últimos 15 años en términos reales, y se reduce claramente si tenemos en cuenta el envejecimiento de la población (gasto por mayor de 65 años).

El proceso no ha sido uniforme: tras aumentar en el ciclo expansivo de 2002-2008, las políticas de austeridad se tradujeron en una caída abrupta del gasto público y los niveles pre-Gran Recesión no se han recuperado más que en los años postpandemia. **Si tomamos en cuenta la evolución del gasto por persona de más de 65 años, el gasto por habitante está aún muy lejos de los niveles alcanzados en 2009.**



Fuente: Gabinete Económico Confederal CCOO en base a datos del Ministerio de Sanidad

2. El personal médico se mantiene o aumenta. El personal médico por cada 1.000 habitantes ha aumentado en atención especializada y en enfermería se ha mantenido estable en la atención primaria según datos oficiales del Ministerio de Sanidad. Sin embargo, hay que cuestionar si el incremento es suficiente para cubrir la demanda teniendo en cuenta las necesidades de salud de la población.

<i>RATIOS PARA POBLACIÓN TOTAL</i>	2006	2016	2023
PERSONAL MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA POR 1000 PERSONAS ASIGNADAS	0,7	0,8	0,8
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA POR 1000 PERSONAS ASIGNADAS	0,6	0,7	0,7
PERSONAL MÉDICO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 1000 HAB	1,6	1,9	2,2
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 1000 HAB	2,8	3,3	3,9
CAMAS HOSPITALARIAS EN FUNCIONAMIENTO POR 1000 HAB	3,3	3,0	2,9
PUESTOS EN HOSPITALES DE DÍA POR 1000 HAB	0,2	0,4	0,5

Fuente: Gabinete Económico Confederal CCOO en base a datos del Ministerio de Sanidad

De hecho, si recalculamos las ratios de personal médico por **habitantes de más de 65 años**, se evidencia un **tensionamiento de los servicios médicos en atención primaria (personal médico)** y en camas hospitalarias en funcionamiento.

<i>RATIOS PARA HABITANTES 65+ AÑOS</i>	2006	2016	2023
PERSONAL MÉDICO ATENCIÓN PRIMARIA POR 1000 PERSONAS ASIGNADAS	4,3	4,0	3,8
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA POR 1000 PERSONAS ASIGNADAS	3,6	3,4	3,6
PERSONAL MÉDICO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 1000 HAB	9,7	9,9	10,4
PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR 1000 HAB	16,8	17,1	18,8
CAMAS HOSPITALARIAS EN FUNCIONAMIENTO POR 1000 HAB	19,6	15,5	14,0
PUESTOS EN HOSPITALES DE DÍA POR 1000 HAB	1,2	2,3	2,4

Fuente: Gabinete Económico Confederal CCOO en base a datos del Ministerio de Sanidad

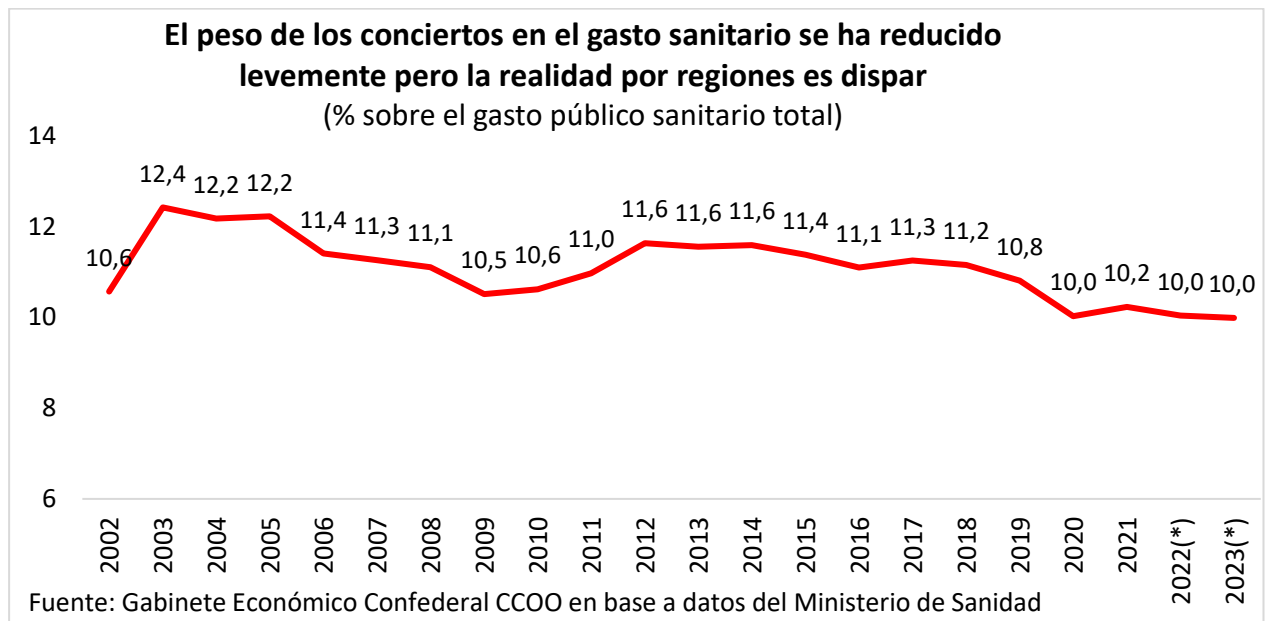
- 3. Empeora la calidad del servicio público.** Los indicadores de atención al paciente en términos de tiempo de espera han empeorado paulatinamente en las últimas 2 décadas (el tiempo de espera se ha duplicado o triplicado según el tipo de consulta o intervención).

	2006	2016	2024
PACIENTES EN ESPERA PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NO URGENTE (POR 1000 HAB)	9	14	18
PACIENTES EN ESPERA PARA UNA PRIMERA CONSULTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA (POR 1000 HAB)	35	46	83
TIEMPO MEDIO DE ESPERA (DÍAS) PARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NO URGENTE	70	115	126
TIEMPO MEDIO DE ESPERA PARA UNA PRIMERA CONSULTA ATENCIÓN ESPECIALIZADA	54	72	105
PORCENTAJE DE PACIENTES CON MÁS DE 2 MESES DE ESPERA PARA CONSULTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA		46 %	62 %
PORCENTAJE DE PACIENTES CON MÁS DE 6 MESES DE ESPERA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS NO URGENTES		19 %	23 %

Fuente: Gabinete Económico Confederal CCOO en base a datos del Ministerio de Sanidad

4. El peso de los conciertos en el gasto sanitario se ha reducido levemente, pero la realidad es dispar entre comunidades.

El peso del gasto sanitario público destinado a conciertos se ha reducido levemente entre 2002 y 2022, pasando del 10,6% al 10% del gasto público sanitario total. En los años recientes se ha mantenido estable en torno a una tasa del 10%. Sin embargo, la realidad es muy dispar por CCAA, con niveles de gasto en conciertos diferentes.



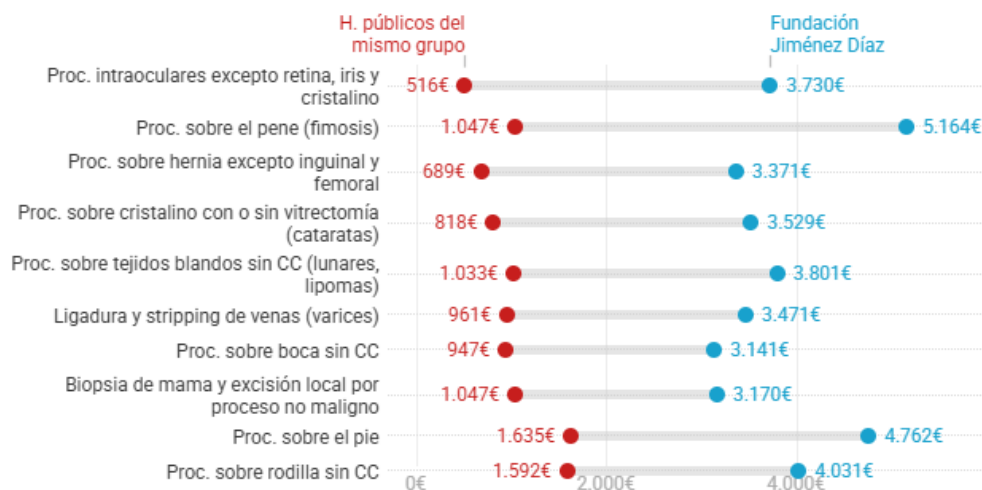
En el periodo, destacan dos comunidades autónomas con una evolución marcada y opuesta entre sí. La Comunidad de Madrid, que duplica el peso de los conciertos en su gasto sanitario, pasando de un 5,2% en 2002 a 11,7% en 2022, frente a Cataluña, que reduce su peso, pasando de 36,1% a 22,0% en el periodo.

5. Los conciertos en los servicios públicos tienen un sobre coste que supone un coste de oportunidad para las arcas públicas.

El coste para las arcas públicas de financiar el mismo tratamiento es hasta 6 veces mayor en la concertada que en la pública según un informe de la Cámara de Cuentas de Madrid (2016). Por ejemplo, actuar sobre una hernia costaba menos de 700 euros en la pública y casi 3.400 euros en la concertada.

Hasta 6 veces más en la concertada por el mismo tratamiento

Comparación del coste para la Comunidad de Madrid de los tratamientos de cirugía por Grupos de Diagnóstico (GRD) entre el hospital concertado Fundación Jiménez Díaz y los públicos del grupo 3



* Cifras aproximadas obtenidas del informe de fiscalización de gasto sanitario. Margen de error <2%
Fuente: Cámara de Cuentas de Madrid - Created with Datawrapper

Fuente: https://www.eldiario.es/madrid/camara-cuentas-fundacion-jimenez-diaz_1_1666554.html

IV. GASTO DE LOS HOGARES. LA PRIVATIZACIÓN SE TRADUCE PAULATINAMENTE EN UN GASTO CRECIENTE PARA LOS HOGARES

1. Aumenta el gasto medio por hogar en educación y sobre todo sanidad

El gasto sanitario medio por hogar (términos reales) aumenta un 30% entre 2006 y 2023.

Analizando la Encuesta de Presupuestos Familiares (INE), destaca la evolución del gasto sanitario por parte de los hogares, que se incrementa un 30% en el periodo en términos reales. Si descomponemos el gasto sanitario, hay 4 componentes principales: productos farmacéuticos, aparatos y equipos terapéuticos, gafas y lentes y servicios dentales. Los tres primeros han visto aumentar su gasto sustancialmente en el periodo.

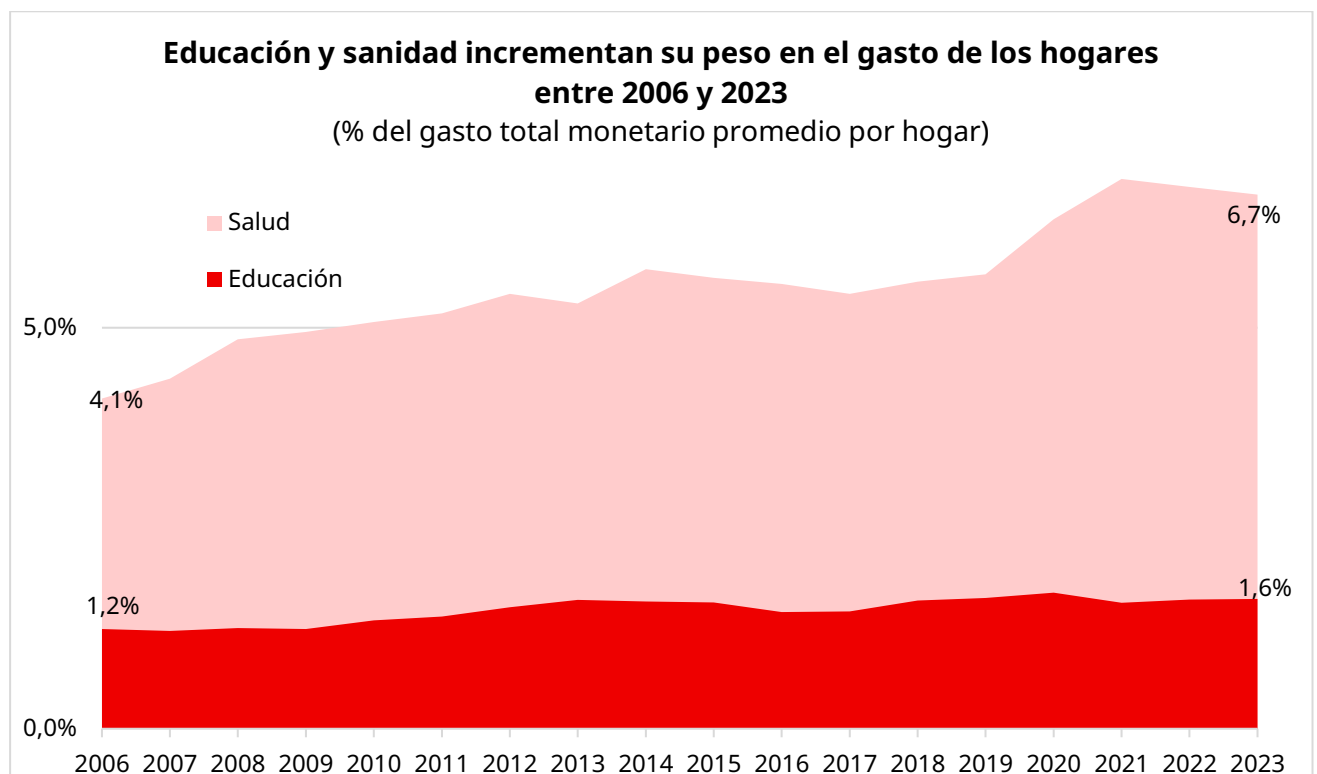
- Los productos farmacéuticos son los que más pesan en el total (21% del gasto sanitario) y además es uno de los componentes que más se ha incrementado: +71% entre 2006 y 2023. Un factor decisivo es la reforma del copago farmacéutico de 2012, que establece una mayor aportación por parte de los usuarios en función de su renta y condición así como la exclusión del copago de una serie de fármacos de uso extendido.
- El gasto medio en aparatos y equipos terapéuticos aumenta +14%.
- El gasto medio en gafas y lentes aumenta +52%.
- El gasto en servicios dentales cae -4,0%.

El gasto medio por hogar (en términos reales) en educación aumenta un 4,5% entre 2006 y 2023, con una evolución heterogénea por concepto.

Analizando la evolución del gasto medio por hogar descontando la inflación, el gasto medio por hogar en educación se ha mantenido relativamente estable, aumentando un 4,5% en el periodo 2006-2023, con una evolución heterogénea por concepto.

- El gasto medio en enseñanza superior se incrementa un +12%, que además es de lejos el gasto educativo más relevante de todos (concentra el 39% del total del gasto educativo).
- El gasto medio en enseñanza infantil cae un -39%, probablemente fruto de la universalización de la educación infantil y del envejecimiento de la población y el descenso de la población infantil.
- Destaca también el aumento del +43% en el periodo del gasto en enseñanza no definida por nivel (que incluye, por ejemplo, cursos de idiomas, informática, habilidades profesionales, etc.)

Fruto de las evoluciones descritas, el peso del gasto medio sobre el total por hogar en educación, y especialmente en sanidad, se ha incrementado entre 2006 y 2023: del 1,2% al 1,6% para la educación y del 4,1% al 6,7% para la sanidad.



Fuente: Gabinete Económico Confederal CCOO en base a Encuesta de Presupuestos Familiares (INE)

Sin embargo, es importante recalcar que el peso de ambas partidas, especialmente la de educación, es relativamente pequeña al ser gastos que siguen estando, en una parte importante, cubiertos por un servicio público.). Además, el gasto en educación se sigue concentrando en las etapas iniciales de la vida de las

personas (infancia, juventud) y cada vez hay menos población joven. En paralelo, aumenta la formación durante toda la vida, que fomenta la demanda de servicios educativos más allá de las etapas educativas obligatorias y gratuitas.

En todo caso, es importante recalcar que el incremento del peso de los gastos educativos y sanitarios es transversal a todas las franjas de edad, desde los 16 hasta los mayores a 65 años, por lo que el proceso va más allá del mero resultado del envejecimiento de la población del país.

2. Análisis del gasto efectivo realizado únicamente por los hogares que tienen un gasto real en cada partida.

Si analizamos el gasto efectivo realizado únicamente por parte de aquellos hogares que tienen un gasto real en las partidas, destaca el incremento del gasto en educación en aquellas áreas donde la oferta pública no es suficiente para cubrir la demanda, como puede ser la enseñanza en FP superior o máster. Igualmente, en la salud destaca el incremento del número de hogares que recurre a un seguro privado de salud.

Enseñanza: se duplica el gasto en FP superior por hogar y crece sustancialmente el de estudios universitarios de máster o equivalentes en tan solo 7 años

- Entre 2016 y 2023 el gasto en FP superior se ha duplicado (+95%), pasando de 1.069 € a 2.085 € por hogar. Además, ha aumentado el número de hogares que gasta en FP: del 0,86% de los hogares al 1,39%, evidenciando la creciente demanda de este tipo de estudios. El gasto en FP media y similar también se incrementa (+45%), pasando de 651 € a 944 €.
- Igualmente, el gasto en estudios universitarios de máster o doctorado y equivalentes ha aumentado un 66%, pasando de 2.379 € a 3.941€ por hogar. El número de hogares con gasto en estudios superiores se ha mantenido estable en torno a 2,8% del total. Es importante recalcar que para determinadas profesiones es requisito realizar un máster habilitante para poder ejercer, y la oferta pública es insuficiente para hacer frente a la demanda de estos estudios de facto obligatorios.
- En términos reales, es decir descontando la inflación, el gasto en FP superior aumenta +62%, en FP media aumenta +20% y en estudios universitarios de máster o doctorado y equivalentes +38% entre 2016 y 2023.

Salud: se extiende el uso de seguros privados de salud entre la población y hoy en día 1 de cada 4 hogares tiene un seguro privado.

- El uso de seguros relacionados con la salud ha aumentado entre la ciudadanía de nuestro país entre 2016 y 2023, pasando del 19,6% de hogares que realizan este gasto al 23,2%. Igualmente, el gasto en seguros de salud por hogar ha aumentado un 19%, pasando de 432 € a 512€ nominales. En términos reales, el gasto en seguros privados de salud se ha mantenido estable en el periodo (+1% entre 2016 y 2023).