



**FEDERACIÓN DE
ASOCIACIONES PARA
LA DEFENSA DE LA
SANIDAD PÚBLICA**

LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA

DE LAS CCAA 2026

DUODÉCIMO INFORME

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

Octubre de 2026

A Marciano Sánchez Bayle, por su legado.

A Madalina Georgi Crisbasiu y Claudia González Palacios.

ÍNDICE

1. Presentación.
2. El informe: La privatización del SNS por Comunidades Autónomas.
 - 2.1 Variables analizadas y sus fuentes
 - 2.2 Resultados
 - 2.3 Comentarios
3. Las desigualdades en salud en España y sus Comunidades Autónomas. Su relación con la privatización del SNS.
4. El motor de la privatización: las listas de espera.
5. Conclusiones.
6. Tablas y gráficos.

1. Presentación: historia y objetivos del informe

Desde 2014, la FADSP viene publicando anualmente un informe sobre la privatización de los servicios sanitarios públicos (SSP) en España. Esta es la edición de 2026 con los últimos datos disponibles hasta el momento.

Queremos partir de que el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España es, según la OMS, uno de los 10 mejores del mundo: consigue un alto nivel de salud, tiene cobertura universal, es accesible, equitativo, con una buena relación coste/calidad y satisfactorio para la población. Aún manteniendo ese nivel de excelencia está en los últimos años sometido a fuertes tensiones que lo ponen en riesgo. Las listas de espera crecen atentando contra la accesibilidad. No dejan de aparecer noticias sobre conflictos entre rentabilidad económica y necesidad sanitaria en las concesiones públicas (por ejemplo, el hospital de Torrejón gestionado por Rivera Salud); sobrecostes millonarios que ha de abonar la sanidad pública en Madrid, chantaje de las aseguradoras privadas para cubrir los servicios de MUFACE, incremento de los conciertos con la privada que no resuelven las listas de espera y para colmo el escándalo de las mamografías en Andalucía, un ejemplo donde se mezclan los recortes a la pública, la incompetencia en la gestión y la externalización de servicios. No es de extrañar que el SNS sea el tercer problema que más afecta a los españoles tras la vivienda y la crisis económica. Los datos oficiales muestran que las demoras se mantienen o incrementan desde 2019 para citas con especialistas y quirúrgicas, en AP la demora media supera los 7 días. El aumento de la externalización de servicios sanitarios de la pública a la privada (estimado para 2025 en 11.000 millones de euros) no ha frenado las listas de espera. Lo que sí ha hecho es hacer crecer los seguros privados y el gasto medio de bolsillo de las familias... para los que pueden. La pérdida de accesibilidad conlleva la pérdida de equidad en el sistema.

La justificación más usada para privatizar los servicios sanitarios públicos (SSP) es su INSUFICIENCIA para atender las demandas de la población (listas de espera) y esto se traduce, entre otras medidas, en el incremento de la atención concertada. Como el problema no se resuelve, la consecuencia es el aumento de la contratación de seguros médicos privados por los sectores que puedan de la población.

La privatización sanitaria se inició hace tiempo. La Ley General de Sanidad (1986) permite a las administraciones sanitarias establecer conciertos con medios ajenos para la prestación de servicios sanitarios, siempre considerando previamente el uso óptimo de los recursos públicos propios. Pero fue la Ley 15/1997 la que permitió que los servicios sanitarios públicos pudieran gestionarse mediante distintas fórmulas jurídicas, incluidas entidades de naturaleza privada, siendo la norma más citada como

fundamento legal de modelos de gestión indirecta, concesiones administrativas y colaboración público-privada en sanidad.

En este año el Gobierno ha aprobado un Anteproyecto de Ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud que pretende derogar la Ley 15/1997, establecer la gestión pública directa como modalidad preferente y limitar la gestión indirecta a supuestos excepcionales y sometidos a evaluación previa. Se trata todavía de una iniciativa legislativa pendiente de aprobación parlamentaria que, mientras no entre en vigor, sigue permitiendo diversas formas de colaboración con entidades privadas, especialmente a través de los conciertos previstos en la Ley General de Sanidad.

Actualmente la privatización de los SSP se ha extendido a todo el Sistema Nacional de Salud con intensidad variable según las CCAA, profundizándose a partir de la finalización de las transferencias sanitarias en 2001 y acentuándose con la crisis económica de 2008 y con la pandemia de covid19.

¿Qué es la privatización?

Conviene enunciar cómo en la FADSP definimos privatización. Privatizar es transferir créditos desde los SSP al sector privado por la compra de productos o servicios. No olvidemos que para la empresa privada la motivación de la oferta de servicios es la obtención de ganancia, en consecuencia, no todos son ofertados sino solo los rentables. Se produce una selección de servicios y de clientes ajena a la necesidad.

Se privatizan los SSP con diversas modalidades:

- La transferencia de dinero público a empresas privadas por la compra de servicios, lo que habitualmente se entiende por conciertos (*outsourcing* en literatura inglesa), la Ley General de Sanidad (1986) ya permite a las administraciones sanitarias públicas establecer **conciertos** con medios ajenos (privados), siempre considerando previamente el uso óptimo de los recursos públicos propios. Habitualmente se justifican para aligerar listas de espera.
- Las **concesiones administrativas de gestión de instituciones públicas** como el Modelo Alzira o el hospital de Torrejón. La ley 15/1997 permitió que los servicios sanitarios públicos pudieran gestionarse mediante distintas fórmulas jurídicas, incluidas entidades de naturaleza privada, siendo la norma más citada como fundamento legal de modelos de gestión indirecta, concesiones administrativas y colaboración público-privada en sanidad. La justificación es la “mayor eficiencia” del derecho privado en la gestión de empresas.
- La **externalización de servicios** sanitarios (Asistencia Sanitaria por Medios Ajenos, Terapia Respiratoria, Diálisis, Transporte Sanitario, Servicios de

Derivación Asistencial etc.) y no sanitarios (aparcamiento, lavandería, cocinas, mantenimiento etc.) habitualmente entran en el apartado de conciertos, pero en algunos presupuestos de CCAA configuran partidas autónomas, en un intento de maquillar la compra de servicios privados por parte de la sanidad pública.

- El dinero transferido desde el Estado a las aseguradoras privadas por la atención de los funcionarios de MUFACE, MUJEJU e ISFAS que no hayan optado por el SNS.
- La compra directa de servicios sanitarios privados medido a través del aseguramiento privado y el gasto de bolsillo de las familias por la falta de respuesta de los SSP. El precio de las pólizas depende de los riesgos de la persona que quiere asegurarse. Entre los años 2000 y 2025 el número de personas aseguradas en el sector privado se habría multiplicado por 2,5. El crecimiento se aceleró especialmente desde el año 2020. En 2025 se alcanza el máximo histórico conocido de 14,2 millones de asegurados¹.

Aunque también entra dentro de la privatización la **compra de productos farmacéuticos** (especial mención a las nuevas terapias de uso hospitalario) **y de biotecnología** con el reto de la transformación digital y aplicación de la IA al campo sanitario, estos conceptos no se evalúan y tratan en este informe. No obstante, son un campo importante que vigilar ya que, en palabras de la propia industria “permitirá desintermediar el conocimiento clínico sin necesidad de un profesional asistencial”. Sus líneas de actuación incluyen medidas de Inteligencia Artificial, gestión de datos, medicina personalizada, automatización de procesos y nuevos modelos de relación con el paciente (atención no presencial).

Una vez definido el objeto de nuestro estudio presentamos a continuación los datos del indicador global de privatización de este año para el conjunto del Estado y cada comunidad autónoma. Acompañamos este informe de reflexiones científicamente fundadas sobre las consecuencias de privatizar los SSP, el crecimiento de las inequidades en salud y el desarrollo actual y perspectivas del sector privado en España.

2. El informe: La privatización del SNS por Comunidades Autónomas

¹ https://www.icea.es/es-ES/informaciondelseguro/visiontiponegocio/salud?utm_source=chatgpt.com

La falta de transparencia informativa es uno de los grandes déficits 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.

Esto es especialmente grave en el campo de la colaboración de los SSP con el sector privado porque existe la voluntad política de camuflar el dinero transferido sacándolo de la partida presupuestaria de “Asistencia sanitaria con medios ajenos” e introduciéndolos en otras partidas como “Terapias respiratorias”, “Hemodiálisis”, “Transportes aéreos”, “Transporte sanitario terrestre” o “Servicios de Derivación Asistencial de Atención Especializada”. Tampoco se informa de forma detallada de las asignaciones presupuestarias y de gasto a servicios asistenciales ajenos a la sanidad pública para evaluar si corresponden a servicios que no pueden prestar los SSP.

A pesar de ello, nuestros resultados con las informaciones oficiales disponibles coinciden con los de otras publicaciones que señalan también estas limitaciones. Con estas restricciones, desde la FADSP venimos analizando periódicamente 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 (INE), Barómetro Sanitario e IDIS.

2.1 Variables analizadas y sus fuentes

Las variables analizadas con sus fuentes han sido las siguientes:

1. Porcentaje de población total que, estando cubierta por las Mutualidades de funcionarios, elige la atención sanitaria por seguros privados (Barómetro Sanitario).
2. Gasto sanitario per cápita en seguros privados (€/habitante/año) (Encuesta de Presupuestos Familiares de 2025 INE).
3. Gasto sanitario de bolsillo per cápita (€/año) (INE).
4. Porcentaje del gasto sanitario dedicado a concertación con centros privados (Estadística Gasto Sanitario Público. Ministerio Sanidad).
5. Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total (Portal Estadístico SNS MS).

6. Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total (Portal Estadístico SNS MS).
7. Porcentaje de personas que han acudido a especialistas del sector sanitario privado por 1000 habitantes (Barómetro Sanitario).
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. (Comunitat Valenciana, Madrid, La Rioja, Galicia).
10. Existencia de dedicación exclusiva para sanitarios de la pública o cargos directivos.

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, como se ha comentado más arriba, porque existen muchos casos de contratación directa de los centros sanitarios con el sector privado que, o están en otras partidas presupuestarias diferentes de las de conciertos o no aparecen contabilizadas de manera diferenciada y se incluyen en los presupuestos de los centros públicos.

En cualquier caso, hemos hecho un esfuerzo de análisis minucioso en 2 comunidades autónomas (Andalucía y Baleares) añadiendo a la partida de conciertos las otras partidas de las que tenemos seguridad que son contratadas con la sanidad privada. Los resultados sorprenden, aunque ya los esperábamos: la transferencia de capital público a la sanidad privada casi duplica la partida de conciertos. Se pueden ver los resultados en el Anexo 1 y 2 donde, aparte de las cifras, se indica la metodología usada.

Este año, sin variar el peso en el índice global, hemos duplicado las variables “Porcentaje de personas que han acudido al especialista y al médico general privado”. Las variables en años anteriores recogían la frecuentación total a los especialistas y médicos generales privados incluyendo a los que usaban ambos sistemas (público y privado)². Este año hemos separado aquellos que consultan exclusivamente a los servicios sanitarios privados de los totales. La bibliografía refleja importantes consecuencias relacionadas con la equidad de uso en aquellos que no tienen que esperar la consulta pública del especialista para un diagnóstico³. Pensamos que refleja mejor el impacto de la

² La pregunta exacta del barómetro es: personas que acudieron a consultas de especialistas y médicos generales privados. (En la sanidad privada o médico/a privado/a + En ambas, en la pública y en la privada)

³ Guillem López-Casasnovas, Roger Sabater-Mezquita, Francesc López-Seguí y Emili Vela-Vallespín.

“Privatización del diagnóstico y acceso avanzado al tratamiento público: ¿un mecanismo emergente de inequidad sanitaria?” Gaceta Sanitaria, Volumen 40, 2026, 1026172026.

privatización, aunque los índices globales varían muy escasamente.

Por último, la variable “Existencia de dedicación exclusiva para sanitarios de la pública o cargos directivos” carece de capacidad discriminadora puesto que en **ninguna comunidad** existe ya la dedicación exclusiva salvo en casos particulares. Un avance claro de la privatización de los SSP.

Los ocho primeros apartados se han puntuado de 1 a 4 según la posición de cada comunidad en los cuartiles de cada variable (< que), 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.

Comunidad	Puntuación
Madrid	34
Iles Balears	28
Catalunya	28
Canarias	26
Euskadi	22
Asturias	22
Aragón	23,5
Galicia	20,5
Andalucía	20,5
Navarra	19
Cantabria	18,5
Castilla la Mancha	17,5
Comunitat Valenciana	19
Castilla y León	15,5
Extremadura	19

Murcia	14
La Rioja	14

2.2 Resultados

De acuerdo con estos criterios se han puntuado a todas las CCAA obteniendo un resultado promedio de 22 puntos, un rango entre 14 y 34 puntos sobre un máximo de 34 puntos posibles. Las tablas 1, 2, 3 y 4 muestran los indicadores del presente año, los percentiles usados de las variables de privatización, la variación porcentual en la serie del indicador de privatización en las comunidades que destacan y la evolución del indicador global desde 2014 para todas las CCAA. Los gráficos 1 y 2 muestran de forma mucho más visual estos cambios.

2.3 Comentarios

Merece la pena señalar varias cuestiones:

1. La primera es que los datos se corresponden mayoritariamente a 2025, aunque las variables “Porcentaje del gasto sanitario dedicado a concertación con centros privados” (Estadística Gasto Sanitario Público. Ministerio Sanidad), “Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total” (Portal Estadístico SNS MS), “Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total” (Portal Estadístico SNS MS) corresponden a 2024 siendo los últimos datos disponibles.
2. En 2026 se ha producido un aumento de la privatización de los SSP en todo el Estado. El indicador sintético de privatización está construido para comparar las CCAA y por tanto no mide su magnitud ni la tendencia del fenómeno de privatización global. Pero, en su construcción, sí usamos 2 indicadores que miden esta tendencia: el porcentaje de personas que contratan un seguro privado (que se ha incrementado desde el inicio de la serie en un 81%) y el gasto sanitario de bolsillo (incremento de 52,8%). Las variaciones entre CCAA son muy importantes.

En los gráficos 3 y 4 aparecen las Comunidades que están por encima de la media estatal. Según el *Observatorio del Sector Sanitario Privado 2025* de la Fundación IDIS el gasto sanitario privado ronda 34.000 millones (3% del PIB) representando alrededor del 27% del gasto sanitario total en España. El principal motor del crecimiento ha sido el aumento del aseguramiento privado que, como se ha citado más arriba, su crecimiento se acelera especialmente desde 2020. En 2025 se alcanza el máximo histórico conocido de 14,2 millones de personas aseguradas⁴. Según los datos más recientes de la OCDE y la OMS para España, el gasto de bolsillo de los hogares (*out-of-pocket expenditure*) representó aproximadamente el 21% del gasto sanitario total en 2023 –último año con datos internacionales consolidados disponibles⁵–reflejando mayor carga directa sobre las familias. La *Encuesta de Condiciones de Vida 2025* del INE refleja que el 8,4% de los hogares españoles declaró que los gastos de asistencia médica supusieron una carga pesada, el 18,7% en asistencia dental y el 6,7% en medicamentos. Este incremento está presente desde hace décadas y muestra una tendencia creciente de desigualdad en acceso según renta.

3. Sobre la base del incremento generalizado de la privatización, el comportamiento de las CCAA ha sido desigual, respondiendo a distintas políticas. Las tablas 1, 2, 3, 4 y los gráficos 1 y 2 recogen la evolución de las puntuaciones del índice sintético de cada comunidad autónoma⁶. Como el año pasado, Madrid, les Illes Balears y Catalunya lideran el proceso de privatización estando desde 2014 a la cabeza del grupo, donde han permanecido con algún cambio de posición. La primera es la misma en todos los informes (Madrid) y las otras 2 (Catalunya y les Illes Balears) han ido cambiando. Pero también hemos escogido 5 comunidades por su llamativo incremento desde 2014. La primera es Asturias que ha experimentado un incremento del 95,8% y en los últimos 3 años se han acelerado sus procesos. La siguiente es Extremadura (94,4%) que acelera desde 2022, Castilla la Mancha no le va a la zaga (90% de incremento). Es llamativo el caso de Andalucía (70,8%) con una reducción desde el año pasado que podría deberse a la modificación de las asignaciones presupuestarias, como interpretamos en el Anexo 1. Por último, Baleares (55,7%) se ha colocado por encima de la media con una evolución muy rápida desde la pandemia del COVID19.

⁴ <https://www.icea.es/es->

ES/informaciondelseguro/visiontiponegocio/salud?utm_source=chatgpt.com

⁵ https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/spain_4e0e2356/4ff6d4e0-en.pdf?utm_source=chatgpt.com

⁶ 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.

4. 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 (y en algunos casos de ocultación de datos) de larga evolución (Madrid, Catalunya, Illes Balears), pero otras de reciente implantación cuyas medidas deben 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 no se cumpla de la misma forma para toda la población residente en este país.
5. Hay que ser conscientes de que alguno de los datos analizados (Gasto de bolsillo en Sanidad) está sobre todo relacionado con la riqueza de las CCAA porque, en gran parte, proviene de gasto en prestaciones no cubiertas por el SNS (por ejemplo, la odontología) así como el que se realiza en los copagos.
6. 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. Solo hemos usado los datos que provienen del Ministerio de Sanidad que son incontestables, pero se publican con retraso y con menos nivel de desglose del que necesitamos. Especialmente llamativo es el apartado “conciertos” de los presupuestos de las CCAA. Un análisis en profundidad de 2 comunidades (Andalucía e Illes Balears) muestra como partidas presupuestarias destinadas al sector privado son camufladas en el presupuesto como otros epígrafes. Si se contabilizaran, casi duplicarían esa partida presupuestaria.

3. Las desigualdades en salud en España y sus Comunidades Autónomas. Su relación con la privatización del SNS.

El proyecto MEDEA (Mortalidad en áreas pequeñas Españolas y Desigualdades Socioeconómicas y Ambientales) ya puso de manifiesto la asociación entre mortalidad evitable y desigualdades sociales⁷. Como dijo R. Cofiño "Tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético"⁸.

⁷ Nolasco et al. International Journal for Equity in Health (2015) 14:33 DOI 10.1186/s12939-015-0164-0

⁸ Rafael Cofiño. *Atención Primaria*, 45(3), pp. 127-128.

Para el conjunto de la sociedad española es una mala noticia: como ya demostraron los epidemiólogos Wilkinson y Pickett, las sociedades desiguales están más enfermas (incluyendo a las clases altas).

Los determinantes sociales de la salud empeoran en los últimos años. La Encuesta de Salud de España encuentra diferencias del nivel de salud por clase social (percepción de salud, obesidad, tabaquismo, esperanza de vida...) ⁹. La pobreza y la exclusión social son importantes en el conjunto del Estado, con diferencias significativas entre CCAA, y esto repercute en la situación de salud. La Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social tanto adultos como infantil crece con marcadas diferencias territoriales. Disminuye la movilidad social y el tamaño de la clase media. Uno de cada cinco hogares sufre exclusión vinculada a la salud debido a dificultades económicas para comprar medicamentos o seguir tratamientos y dificultades de acceso a servicios de salud, especialmente entre personas con enfermedades crónicas ¹⁰.

El último informe FOESSA ¹¹ nos presenta la dualización de la sociedad española: la clase media se ha reducido sustancialmente, ampliándose la distancia social entre ricos y pobres. La brecha generacional es muy importante: una generación de jóvenes que han encadenado crisis tras crisis y ven muy inseguras sus perspectivas de futuro.

Un porcentaje importante de los hogares declara haber dejado de adquirir medicamentos, prótesis o de seguir tratamientos o dietas prescritas debido a limitaciones económicas. También hay dificultades crecientes para acceder a servicios de salud. La pérdida de la universalidad de la sanidad provoca que, la población que pueda pagarlo, haya buscado atención médica en el sector privado debido a las listas de espera.

Se aprecia una evolución muy negativa en los porcentajes de población con necesidades no cubiertas (gafas y audífonos, prótesis dentales, tratamientos de odontología, rehabilitación) con fuerte crecimiento en los últimos años. Los mayores incrementos relativos se dan en áreas donde las necesidades eran prácticamente indetectables en años anteriores (necesidades especiales de alimentación, tratamientos de podología, pagos por hospitalizaciones).

Los servicios sanitarios públicos sirven de amortiguador a las inequidades sobre salud en estratos sociales desfavorecidos (la población más pobre, menos ilustrada, más envejecida o quienes viven en lo rural) con especial impacto en las mujeres. Su deterioro por la privatización produce más inequidad. La igualdad en salud entre las Comunidades está rota. Dentro de cada comunidad, los que pueden pagarse un servicio sanitario privado tienen mayor acceso a los especialistas, lo que adelanta diagnósticos y reduce

⁹ España: Perfil Sanitario del País 2023 (ES)

¹⁰ <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>

¹¹ <https://www.caritas.es/main-files/uploads/2025/10/IX-INFORME-FOESSA.pdf>

su espera para las intervenciones posteriores¹². Las personas de mayor edad y con enfermedades crónicas o no son aseguradas o pagan unas primas muy altas. Los que viven en la España vaciada no tienen igual acceso a los servicios que los que viven en ciudades. La disciplina de cola en las listas de espera se rompe si tienes “conocidos”.

El debate técnico sobre la “colaboración público-privada” (es decir la privatización de los servicios públicos) muchas veces ha girado en torno a la eficiencia: ¿si los servicios privados lo pueden hacer a menor precio, ¿por qué no contratarlos?!

El problema es que el concepto de eficiencia lleva incluido la consecución de los objetivos propuestos y la calidad del servicio, no solo el coste. Por ejemplo, una investigación en el NHS de Inglaterra ¹³ demostró que cuando se externalizan los servicios de limpieza de los hospitales (por su menor coste) aumentaban las infecciones hospitalarias, disminuye el personal de limpieza por cama y aumentaba la percepción de suciedad por parte de pacientes y profesionales. Esta fue la razón por la que los Scottish, Welsh, and Northern Irish Health Services rechazaron su externalización. Un reciente estudio en los 38 países de la OCDE se centró en el tema de la eficiencia concluyendo que “no existen pruebas que respalden la hipótesis de que la transición de un sistema de gestión pública a uno de predominio privado aumente la eficiencia. Por el contrario, existen pruebas sólidas de que la eficiencia general aumenta a medida que crece la proporción de financiación pública.”¹⁴.

Entramos en palabras mayores, ya no se trata de infecciones hospitalarias sino de mortalidad evitable. Desde hace más de 10 años sabemos que el gasto en los servicios sanitarios públicos (dinero público destinado a sanidad) se relaciona con disminuciones de la mortalidad evitable¹⁵. Durante la década de 1990, Italia privatizó una parte significativa de la prestación sanitaria. Una investigación comparó la efectividad para reducir la mortalidad evitable de la prestación pública y privada, demostrando la

¹² Guillem López-Casasnovas,*, Roger Sabater-Mezquita, Francesc López-Seguía, y Emili Vela-Vallespín. Privatización del diagnóstico y acceso avanzado al tratamiento público: ¿un mecanismo emergente de inequidad sanitaria? Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102617

¹³ Veronica Toffolutti , Aaron Reeves, Martin McKee, David Stuckler: Outsourcing cleaning services increases MRSA incidence: Evidence from 126 English acute trusts . Social Science & Medicine 174 (2017) 64e69

¹⁴ Per Molander. Public versus private healthcare systems in the OECD area– a broad evaluation of performance. The European Journal of Health Economics (2025) 26:1163–1173 <https://doi.org/10.1007/s10198-025-01767-6>

¹⁵ Spending more money, saving more lives? The relationship between avoidable mortality and healthcare spending in 14 countries. [Richard Heijink](#)¹, [Xander Koolman](#), [Gert P Westert](#) Eur J Health Econ . 2013 Jun;14(3):527-38. doi: 10.1007/s10198-012-0398-3. Epub 2012 Jun 8.

superioridad de los servicios públicos (que sí la redujeron) respecto a los privados (sin reducciones)¹⁶.

La pregunta es ¿da lo mismo quién provea los servicios y quién los gestiona?

Ya hemos visto como la provisión pública y la privada no tienen los mismos resultados con los casos de los servicios de limpieza del NHS inglés y con los servicios sanitarios privatizados italianos. El estudio definitivo sobre el tema se publicó en Lancet, en 2022 y citamos textualmente sus conclusiones: “la privatización del NHS en Inglaterra, mediante la externalización de servicios a empresas con ánimo de lucro, aumentó de forma constante entre 2013 y 2020. La externalización al sector privado coincidió con un aumento significativo de las tasas de mortalidad evitable, posiblemente como consecuencia de un deterioro en la calidad de los servicios sanitarios”.¹⁷¹⁸.

La privatización no es más eficiente. Privatizar los servicios sanitarios públicos, mata. Las necesidades crecientes de la cada vez más desigual sociedad española no se resuelven, sino que se agravan con la “colaboración público-privada”.

Ya no es una decisión técnica si la provisión o la gestión ha de ser pública o privada, es una decisión ética por los costes en mortalidad evitable demostrados. Los políticos que la tomen han de hacerlo conscientemente de sus consecuencias.

4. El motor de la privatización: las listas de espera

Una de las justificaciones de la privatización es la insuficiencia de los servicios públicos. Pero esto es el resultado de políticas deliberadas de recortes, falta de liderazgo y obsolescencia de modelos organizativos. Está publicado en revistas científicas que analizaron la privatización en el Reino Unido por las políticas de la Thatcher¹⁹. La quiebra del sistema público son las listas de espera que expresan las dificultades de accesibilidad de los ciudadanos/as. El Informe Mapfre 2024 señala una correlación directa entre el aumento de las listas de espera y el crecimiento en la contratación de seguros privados.

¹⁶ Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993–2003. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67: 132–38. 15

¹⁷ Outsourcing healthcare services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. *Lancet* 2022

¹⁸ Benjamin Goodair, Aaron Reeve The effect of health-care privatisation on the quality of care. *Lancet Public Health* 2024; 9: e199–206

¹⁹ 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

La sanidad pública funciona “bien” si la lista de espera es razonable. Una lista larga significaría que no hay recursos suficientes o que los recursos no están organizados adecuadamente. Si la lista disminuye o no crece es un éxito de la Consejería de Salud. Pero la manipulación de los datos le ha restado valor como indicador de calidad: la falta de transparencia y el “maquillaje” (no dan cita para que no “engorde”, especialmente cuando la espera supera determinadas cifras o cuando se va a hacer la evaluación a final de año) son prácticas comunes.

Las medidas más frecuentes en la sanidad pública para mitigar el problema son las “peonadas” (jornadas extraordinarias fuera del horario laboral), los conciertos con la sanidad privada y las contrataciones temporales de profesionales. **Ninguna de las tres medidas ha resuelto el problema.** A ninguno de sus protagonistas le interesa que desaparezcan: el profesional que hace peonadas no quiere dejar de hacerlas, al que está contratado exclusivamente para reducirlas se le acaba el contrato, las clínicas privadas se nutren de las largas demoras. Los datos oficiales muestran que las demoras se mantienen o incrementan desde 2019 para citas con especialistas y quirúrgica²⁰.

Pero el fenómeno nuevo son las demoras en AP que aparecen después de la pandemia de COVID19. Según el Barómetro Sanitario de 2025²¹, la demora media supera los 7 días, aunque existe una gran variabilidad entre CCAA.



El motivo más frecuente referido en el barómetro fue que “le dieron cita para muchos días después y buscó otra solución” (40,2%). La AP no es un nicho de negocio, pero su deterioro genera inseguridad en la población y favorece el aseguramiento privado²². Es incomprensible que con los centros vacíos haya demoras que son creadas por el sistema

²⁰ https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6655&utm_source=chatgpt.com

²¹

www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2025/BS_2025_3oleada/Es3531mar.pdf

²² Un estudio de la FADSP de 2023 (demoras en atención primaria y aseguramiento privado) señala que por cada día extra de demora en la médica de cabecera, aproximadamente 289.000 personas optan por aseguramiento privado.

de citación, arrebatado a los centros de salud en un proceso de centralización intencionado.

Si revisáramos el acumulo de peticiones de derivación a atención especializada que conforma una larga lista de espera, encontraríamos pacientes con el problema resuelto, peticiones con información insuficiente (ruego valoración y tratamiento) y solicitudes inadecuadas. Todo ello junto a problemas graves y que requieren atención preferente. Experiencias prácticas han demostrado que se pueden lograr resultados significativos sin “peonadas”, sin conciertos y sin contratos temporales. La clave fue la implicación de los jefes de servicio/coordinadores de los centros de salud que establecieron una relación directa hospital/atención primaria, poniendo en marcha acuerdos para una revisión sistemática y diaria de las derivaciones y la toma de decisiones para agilizarlas. La dedicación exclusiva de los cargos directivos del SNS es la llave del compromiso con la pública y la única forma de resolver las listas de espera.

5. Conclusiones

1. La privatización de los servicios sanitarios en el estado español sigue creciendo en su conjunto y en cada una de las CCAA. Son preocupantes los incrementos de la población que utilizan seguros privados y el creciente gasto de bolsillo de las familias en salud. La derivación de fondos públicos al sector privado del negocio de la salud está presente en todos los Servicios Nacionales de Salud de las CCAA. El gasto sanitario privado en 2025 ronda 34.000 millones (2,5% del PIB) representando alrededor del 27% del gasto sanitario total en España.
2. El proceso de privatización es creciente y desigual, reflejando las distintas tendencias de los gobiernos autonómicos. A la cabeza (desde que se inició esta serie en 2014) están las comunidades de Madrid, Baleares y Cataluña. Pero también hemos escogido 5 comunidades por su llamativo incremento desde 2014. La primera es Asturias que ha experimentado un incremento del 95,8% y en los últimos 3 años se han acelerado sus procesos. La siguiente es Extremadura (94,4%) que acelera desde 2022, Castilla la Mancha no le va a la zaga (90% de incremento). Es llamativo el caso de Andalucía (70,8%) con una reducción desde el año pasado que podría deberse a la modificación de las asignaciones presupuestarias, como interpretamos en el Anexo 1. Por último, Baleares (55,7%) se ha colocado por encima de la media con una evolución muy rápida desde la pandemia del COVID19.
3. El motor de la privatización es la demora en la atención sanitaria y sus indicadores, que no han dejado de crecer, extendiéndose a la atención primaria. La justificación social y política de la privatización es el supuesto de que los servicios sanitarios públicos son insuficientes para satisfacer la demanda de la población. Esto implicaría

la necesidad de “colaboración público-privada”. De esta forma, el deterioro de la sanidad pública (infradotación, falta de políticas públicas, obsolescencia de modelos organizativos, ineficiencia en la gestión) forma parte esencial de las políticas privatizadoras. Siguen de actualidad la lucha de algunos sectores médicos por mantener la compatibilidad de jefes de servicio y de sección (gestores de lo público) con la práctica privada y la incompetencia de los Servicios Autonómicos de Salud para resolver las demoras.

4. La inequidad en salud crece en todo el Estado Español, paralela al crecimiento de las desigualdades sociales y a la progresiva brecha social entre pobres y ricos. Pero la inequidad no solo afecta a las rentas bajas, también lo hace a la población con menor nivel de instrucción, a las mujeres, a las edades extremas de la vida, a quienes viven en la España vaciada, a las personas sin redes sociales de apoyo. La falta de accesibilidad de los servicios sanitarios y la privatización contribuyen a la desigualdad y disminuyen el efecto amortiguador de la Sanidad Pública en el Estado de Bienestar. Los estudios científicos muestran que privatizar provoca un aumento significativo de las tasas de mortalidad evitable. La privatización no es más eficiente. Privatizar los servicios sanitarios públicos mata. Las necesidades crecientes de la cada vez más desigual sociedad española no se resuelven, sino que se agravan con la “colaboración público-privada”.
5. La privatización es el problema de salud pública más importante de España. Ya no es una decisión técnica si la provisión o la gestión ha de ser pública o privada, es una decisión ética por los costes en mortalidad evitable demostrados. En época electoral, los políticos que la tomen han de hacerlo conscientemente de sus consecuencias... y quienes votamos también.

6. Tablas y gráficos

CCAA	Mutuas	Seg Priv	GS Bols INE 2025	Camas privadas	AT privada	GSConciertos privados	Esp priv	Med cab priv	indice global
Madrid	3,7	381	652,68	33	28	12,2	33,7	32,4	34
Baleares	2,8	304	516,85	35	33	5,2	28,4	24,9	28
Cataluña	2,4	312	540,27	54	33	21,6	27,2	24,7	28
Canarias	1,8	217	553,35	34	23	7,3	24,7	23,6	26
País Vasco	1,1	203	651,69	27	13	6,2	22,7	20,2	24
Asturias	2,6	193	625,28	27	22	6,1	22,6	20,1	23,5
Aragón	4,7	235	623,59	18	13	4,1	19,3	23,1	22
Galicia	2,4	171	658,85	20	25	4,5	19,6	20,8	22
Andalucía	3	222	491,68	24	18	4,4	21,6	18,6	20,5
Navarra	1,4	121	591,99	42	22	6,4	20	21,7	20,5
Cantabria	3,3	139	638,25	32	4	3,5	19,2	21	19
C la Mancha	2,7	158	530,89	6	9	4,9	27,6	22,3	19
Comunidad Valenciana	1,6	210	541,98	17	16	4	23,7	25,9	19
C y León	2,8	227	595,41	21	9	3,7	16,8	18,4	18,5
Extremadura	4,3	164	499,13	9	6	5	18,8	17,8	17,5
Murcia	2,3	132	511,42	29	14	5,4	17,6	16,2	15,5
La Rioja	2,2	187	574,25	23	2	2,4	13,4	12,5	14
Media CCAA	2,65	210,35	566,40	26,53	17,06	6,29	22,17	21,42	21,8

TABLA 1. VARIABLES PRIVATIZACIÓN Y PUNTUACIÓN TOTAL 2026

- Mutuas = porcentaje de población total que estando afiliada a las Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) elige la atención por seguro privado (barómetro sanitario).
- GS Seg Priv= Gasto sanitario en seguros privados (€/hab./año) (Fundación Idis).
- GS Bolsillo = Gasto sanitario de bolsillo per cápita (€/hab./año) (INE).
- GSCP = Porcentaje del gasto sanitario dedicado a conciertos.
- Camas privadas = Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total (portal estadístico Ministerio Sanidad).
- AT privada = Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total (portal estadístico Ministerio Sanidad).
- Ctas Esp Priv= Consultas por habitante y año a especialistas del sector sanitario privado (barómetro). Porcentaje de personas que acudieron a consultas de especialistas privados. (En la sanidad privada o médico/a privado/a + En ambas, en la pública y en la privada) (barómetro sanitario).
- Ctas MF priv = Porcentaje de personas que acudieron a consultas del médico de cabecera privado (barómetro) (En la sanidad privada o médico/a privado/a + En ambas, en la pública y en la privada) (barómetro sanitario).
- Concesiones Administrativas.
- Dedicación exclusiva.
- Puntuación total.

TABLA 2: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE EN LAS COMUNIDADES QUE PRIVATIZAN A MÁS VELOCIDAD

Comunidad	Andalucía	Extremadura	Castilla la Mancha	Asturias	Baleares
2014	12	9	10	12	18
2026	20,5	17,5	19	23,5	28
Variación%	70,8	94,4	90	95,8	55,6

TABLA 3: EVOLUCIÓN ÍNDICES DE PRIVATIZACIÓN 2014-1026

CCAA	2026	2025	2024	2023	2022	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Andalucía	20,5	23	25	20	22	17	15	13	13	12	13	12
Aragón	22	24	24	19	20	14	18	16	14	13	16	17
Asturias	23,5	18	23	19	19	16	16	14	14	14	13	12
Iles Balears	28	28	27	27	25	23	25	21	20	19	18	18
Canarias	26	28	23	24	25	22	24	18	18	16	17	18
Cantabria	19	14	20	13	11	12	18	11	11	12	14	14
Castilla y León	18,5	18	21	18	20	15	20	15	15	15	16	16
Castilla la Mancha	19	18	18	15	12	15	13	9	12	11	11	10
Catalunya	28	26	26	29	29	26	29	22	22	22	22	21
Comunitat Valenciana	19	26	24	20	21	17	20	13	16	16	15	16
Extremadura	17,5	20	16	14	13	11	12	11	10	10	9	9
Galicia	22	19	20	20	23	19	19	16	18	18	19	19
Madrid	34	28	28	32	31	28	31	23	23	23	23	23
Murcia	15,5	18	22	17	20	14	19	13	13	13	23	16
Navarra	20,5	18	22	21	19	19	19	17	16	16	14	15
Euskadi	24	18	19	17	20	20	24	18	17	17	17	17
La Rioja	14	19	19	18	19	16	18	14	13	14	14	16

GRÁFICO 1. EVOLUCIÓN ÍNDICES EN LAS COMUNIDADES POR ENCIMA DE LA MEDIA

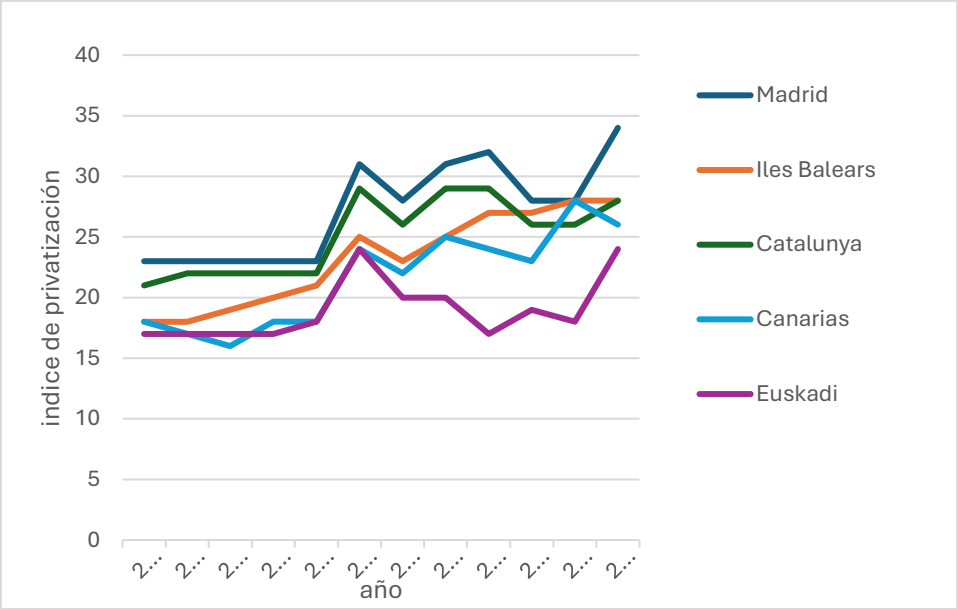
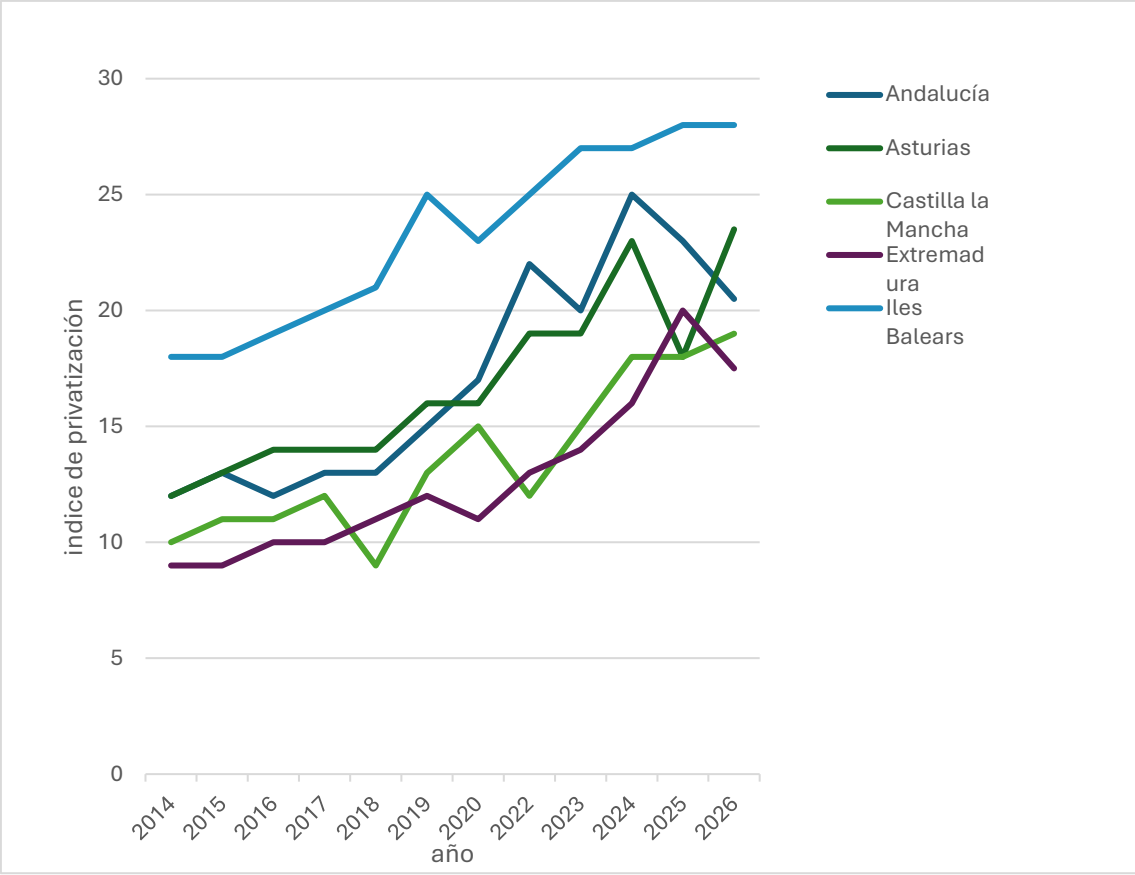
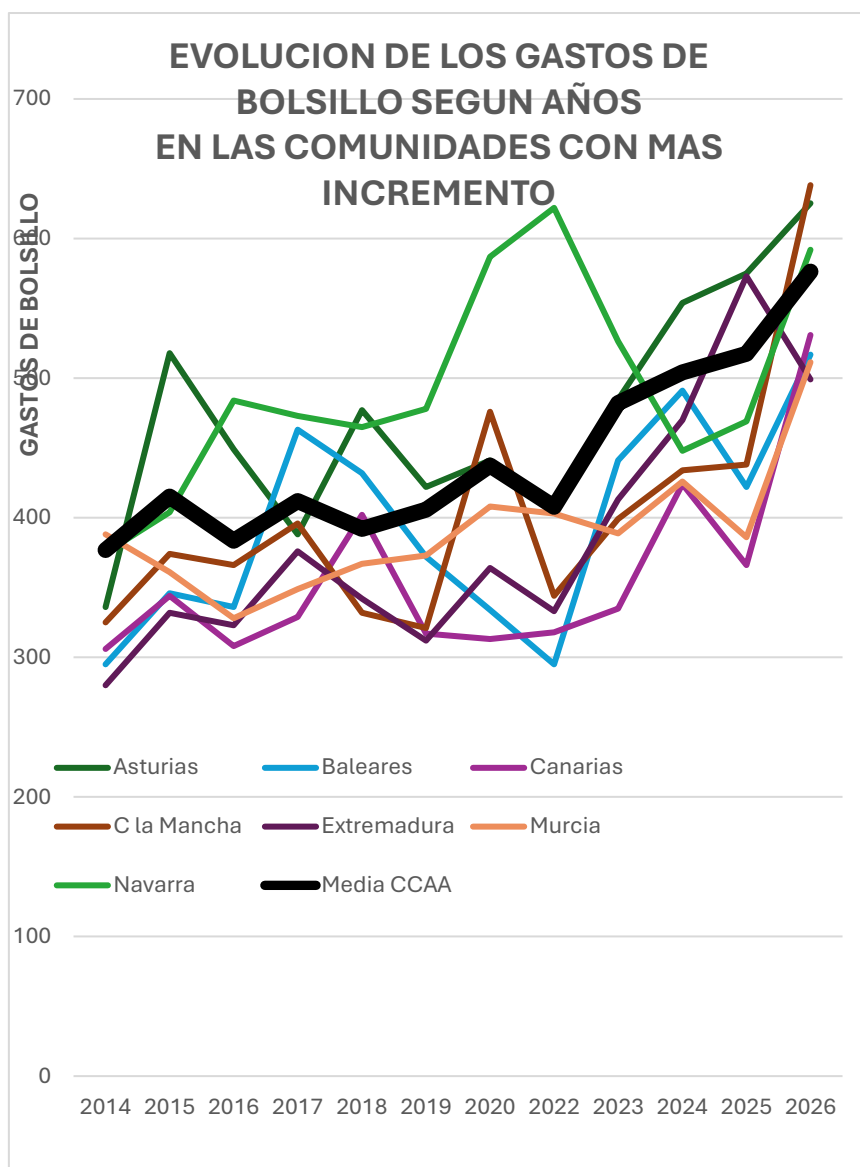


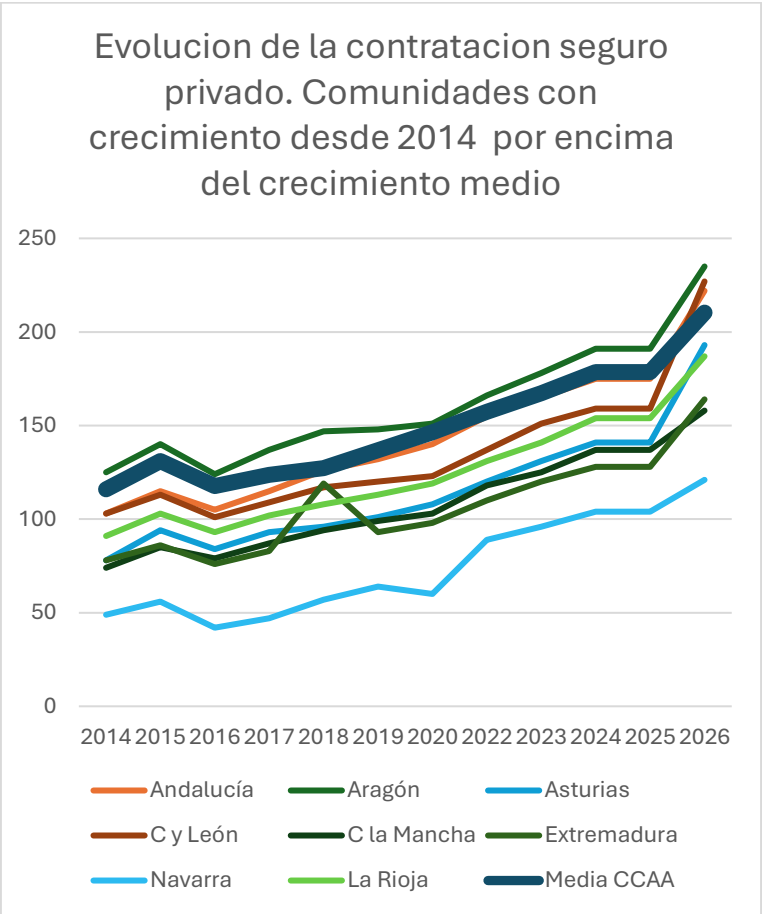
GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN ÍNDICE EN LAS COMUNIDADES QUE PRIVATIZAN A MÁS VELOCIDAD





CCAA	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2022	2023	2024	2025	2026	%incr
Andalucía	323	300	346	337	370	412	415	332	411,53	443	473	491,7	52,3
Aragón	471	512	378	425	491	443	387	447	517,21	550	659	623,6	32,5
Asturias	336	518	449	388	477	422	441	405	484,55	554	575	625,3	86
Baleares	295	346	336	463	432	372	334	295	441,04	491	422	516,9	75,3
Canarias	306	344	308	329	402	317	313	318	334,92	424	366	530,9	73,5
Cantabria	404	423	345	397	431	373	413	383	493,93	499	604	595,4	42,3
C y León	375	429	362	424	394	404	360	407	510,57	542	442	553,4	47,5
C la Mancha	325	374	366	396	332	321	476	344	399,21	434	438	638,3	96,3
Cataluña	426	460	459	489	465	437	513	415	538,13	560	557	540,3	26,8
Comunidad Valenciana	360	404	348	388	369	430	495	430	511,91	575	559	542	50,6

Extremadura	280	332	323	376	342	312	364	333	413,12	470	573	499,1	78,2
Galicia	454	454	401	432	437	428	427	457	503,6	549	640	658,9	45,2
Madrid	452	444	449	471	436	462	420	464	582,73	489	534	652,7	44,5
Murcia	388	361	328	349	367	373	408	403	388,68	426	386	511,4	86,9
Navarra	375	404	484	473	465	478	587	622	526,49	448	469	592	57,9
País Vasco	444	516	427	506	513	506	600	449	477,32	524	546	651,7	46,8
La Rioja	393	437	412	359	450	407	481	430	659,95	594	555	574,3	46,1
Media CCAA	376,9	415,18	383,59	411,88	392,07	405,7	437,3	407,9	482,05	504,23	517,5	576,3	52,8



CCAA	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2022	2023	2024	2025	2026	% crec
Andalucía	103	115	105	115	126	132	140	155	165	175	187	222	115,5
Aragón	125	140	124	137	147	148	151	166	178	191	205	235	88
Asturias	78	94	84	93	96	101	108	120	131	141	153	193	147,4
Baleares	198	238	221	241	257	266	267	279	293	312	332	304	53,5
Canarias	94	106	98	109	121	130	141	151	162	174	187	217	130,8
Cantabria	96	106	90	36	38	39	41	94	101	109	119	139	44,8

C y León	103	113	101	109	117	120	123	137	151	159	195	227	120,4
C la Mancha	74	85	79	87	94	99	103	118	125	137	131	158	113,5
Cataluña	180	215	195	210	224	236	245	260	270	294	313	312	73,3
Comunidad Valenciana	118	129	121	116	111	115	121	136	147	161	174	210	78
Extremadura	78	86	76	83	119	93	98	110	120	128	137	164	110,2
Galicia	98	107	95	102	109	112	114	121	129	135	143	171	74,5
Madrid	244	267	244	264	277	288	392	325	337	362	376	381	56,1
Murcia	81	88	77	82	86	88	88	95	102	108	113	132	63
Navarra	49	56	42	47	57	64	60	89	96	104	118	121	146,9
País Vasco	161	179	157	169	177	182	179	187	196	191	197	203	26,1
La Rioja	91	103	93	102	108	113	119	131	141	154	167	187	105,5
Media CCAA	115,94	131	117,76	123,65	127,29	136,8	146,4	157,29	167,29	178,52	191	210,35	81

Equipo creador:

Manuel Martín García (Presidente)

Sergio Antonio Fernández Ruiz (Secretario de Organización y Presidente de ADSPM)

José Manuel Aranda (coordinador)

José Miguel Abraila San Juan (Asociación OncoBierzo),

Pedro Aparicio (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, ADSPM),

Alberto Andrés Bueno (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Aragón, ADSPA)

Guillermo de la Barreda López (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Canarias, ADSPC)

Joaquín María de la Peña (Plataforma ciudadana para la defensa de la Sanidad Pública de Cantabria, ADSP Cantabria)

Xosé María Dios Diz (Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública, AGDSP)

Aurelio Duque (Asociación Ciudadana para la Defensa de la Sanidad Pública del País Valencià, ACDESA).

Luisa Lores (Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública, AGDSP)

Francesc Puigventós (Associació per a la Defensa de la Sanitat Pública de les Illes Balears, ADSP-IB)

Carlos Ponte (Plataforma por la Salud y la Sanidad Pública de Asturias, PSSPA)

Juan Antonio Sánchez (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de la Región de Murcia, ADSP-RM)

Cristina Torró García-Morato (Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla, ADSP Sevilla)

Juan Luis Uria Osalde (Asociación por el Derecho a la Salud, OSALDE)

Bibliografía

- Barómetro Sanitario 2025 (Tercera oleada), Estudio n.º 3531, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y Ministerio de Sanidad, noviembre de 2025 www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2025/BS_2025_3oleada/Es3531mar.pdf
- Benjamin Goodair, Aaron Reeve The effect of health-care privatisation on the quality of care. *Lancet Public Health* 2024; 9: e199–206.
- Cofiño, Rafael, *Atención Primaria*, 45(3), pp. 127-128.
- Country Health Profile 2025: Spain. State of Health in the EU, OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/12/country-health-profile-2025-country-notes_7e72146d/spain_4e0e2356/4ff6d4e0-en.pdf?utm_source=chatgpt.com
- España: Perfil Sanitario del País 2023, OECD Publishing, París, <https://doi.org/10.1787/f12f0172-es>
- Guillem López-Casasnovas, Roger Sabater-Mezquita, Francesc López-Seguí y Emili Vela-Vallespín. “Privatización del diagnóstico y acceso avanzado al tratamiento público: ¿un mecanismo emergente de inequidad sanitaria?” *Gaceta Sanitaria*, Volumen 40, 2026, 1026172026. <https://www.sciencedirect.com/journal/gaceta-sanitaria/vol/40/suppl/C>
- https://www.icea.es/es-ES/informaciondelseguro/visiontiponegocio/salud?utm_source=chatgpt.com

- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad, Gobierno de España <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>
- Informe del Sistema de Información sobre Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (SISLE-SNS), Ministerio de Sanidad, Gobierno de España, 23 de abril de 2025
https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6655&utm_source=chatgpt.com
- 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
- Nolasco et al. International Journal for Equity in Health (2015) 14:33 DOI 10.1186/s12939-015-0164-0
- IX Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España, Cáritas y Fundación Foessa, 2025
<https://www.caritas.es/main-files/uploads/2025/10/IX-INFORME-FOESSA.pdf>
- Outsourcing healthcare services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. Lancet 2022
- Per Molander. Public versus private healthcare systems in the OECD area— a broad evaluation of performance. The European Journal of Health Economics (2025) 26:1163–1173 <https://doi.org/10.1007/s10198-025-01767-6>
- Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993–2003. J Epidemiol Community Health 2013; 67: 132–38. 15
- Spending more money, saving more lives? The relationship between avoidable mortality and healthcare spending in 14 countries. Richard Heijink 1, Xander Koolman, Gert P. Westert Eur J Health Econ, 2013 Jun; 14(3):527-38. Doi: 10.1007/s10198-012-0398-3. Epub 2012, Jun 8
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Heijink+R&cauthor_id=22678656
- Veronica Toffolutti , Aaron Reeves, Martin McKee, David Stuckler: Outsourcing cleaning services increases MRSA incidence: Evidence from 126 English acute

trusts. *Social Science & Medicine* 174 (2017) 64e69.