



LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Valoración de la ADSPM sobre el XII Informe de Privatización Sanitaria de las CCAA

Los resultados del XII Informe sobre la Privatización Sanitaria de las CCAA, que hemos elaborado desde la FADSP, vuelven a situar a la Comunidad de Madrid a la cabeza de la privatización sanitaria. Desde que comenzamos en 2014 a comparar el grado de privatización entre comunidades autónomas, Madrid ha ocupado siempre la primera posición y en este último informe alcanza 34 puntos sobre un máximo de 34, frente a una media de 21,8 puntos en el conjunto de las comunidades autónomas.

Para la ADSPM, estos resultados son consecuencia de las políticas desarrolladas durante décadas por los sucesivos gobiernos del Partido Popular, que han convertido la privatización en uno de los elementos característicos del modelo sanitario madrileño. Con este documento queremos analizar con mayor detalle qué hay detrás de estos datos y cómo se concreta la privatización en la Comunidad de Madrid.

La privatización se extiende además a actividades esenciales para el funcionamiento del sistema. Entre ellas, por ejemplo, se encuentra el Laboratorio Clínico Central, hasta ahora gestionado por Ribera Salud y cuya nueva adjudicación ha recaído en Quirónsalud. El contrato excluye las pruebas de diagnóstico genético, que pasan a ser asumidas directamente por el sistema sanitario público al considerar la propia Consejería más eficiente su gestión pública. Es especialmente significativo que se recupere para la gestión directa esta actividad de elevada complejidad y rápida evolución científica por razones de eficiencia, mientras que el resto del laboratorio se mantiene privatizado.

La externalización alcanza igualmente la extracción periférica de sangre (Cruz Roja), el sistema de Citas y Derivaciones (Indra) y servicios generales como limpieza, seguridad, lavandería, esterilización, mantenimiento o climatización.

Cabe recordar que Madrid tiene en 2026 el presupuesto sanitario por habitante más bajo de todas las comunidades autónomas, con 1.537 euros. Esta cantidad se sitúa incluso por debajo del gasto sanitario público por habitante de 2024, último dato consolidado disponible, que alcanzó los 1.779 euros. Esto vuelve a poner de manifiesto la insuficiencia del presupuesto inicial y la necesidad de incrementar posteriormente el gasto mediante modificaciones presupuestarias.

Al mismo tiempo, Madrid presenta la mayor penetración del aseguramiento sanitario privado. El XII Informe de la FADSP la sitúa en el 37,3% de la población, mientras que el último informe del Ministerio de Sanidad eleva este

porcentaje hasta el 44,6%, a partir de los datos del Barómetro Sanitario de 2024 y utilizando una metodología diferente. En cualquier caso, ambas fuentes sitúan a Madrid a la cabeza del aseguramiento privado. El gasto en seguros privados alcanza los 381 euros por habitante y año. A ello se añaden 652,68 euros por habitante de gasto sanitario de bolsillo y un 3,7% de la población cubierta por el mutualismo administrativo con provisión sanitaria privada. El peso del aseguramiento privado, los conciertos y las concesiones configuran un sistema sanitario en el que la provisión privada tiene una presencia extraordinariamente elevada.

La Comunidad de Madrid es también la que presenta una mayor diversidad de fórmulas de provisión y gestión sanitaria:

- a) Hospitales públicos de gestión directa.
- b) Entidades públicas con fórmulas diferenciadas de gestión, entre ellas las Empresas Públicas Hospital Universitario de Fuenlabrada y Unidad Central de Radiodiagnóstico (UCR), actualmente en proceso de extinción e integración en el Servicio Madrileño de Salud, que deberá culminar a más tardar a comienzos de 2027; y el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, transformado en fundación pública sanitaria dependiente del SERMAS.
- c) Centros públicos pertenecientes a otras administraciones integrados mediante convenio en la red pública, como el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.
- d) Conciertos singulares o sustitutivos, entre los que destaca la Fundación Jiménez Díaz, perteneciente al Grupo Quirónsalud.
- e) Concesiones administrativas de gestión sanitaria, en las que una empresa privada gestiona la asistencia sanitaria financiada públicamente y todo el personal es de gestión privada: Hospital Universitario Rey Juan Carlos, en Móstoles, Hospital Universitario Infanta Elena, en Valdemoro, y Hospital General de Villalba (Quirónsalud), y Hospital Universitario de Torrejón (Ribera Salud).
- f) Concesiones de obra pública (modelo PFI), en las que la asistencia sanitaria continúa siendo prestada por el SERMAS, mientras la infraestructura y numerosos servicios no asistenciales quedan en manos privadas a cambio de un canon: Puerta de Hierro-Majadahonda, Henares-Coslada, Sureste-Arganda, Tajo-Aranjuez, Infanta Cristina-Parla, Infanta Leonor-Vallecas e Infanta Sofía-San Sebastián de los Reyes.
- g) Conciertos de asistencia sanitaria para diferentes prestaciones diagnósticas, terapéuticas o asistenciales.

Los diferentes tipos de conciertos y concesiones hacen que la Comunidad de Madrid destine una parte muy relevante de sus recursos sanitarios a proveedores privados con ánimo de lucro. El porcentaje de gasto sanitario público dedicado a conciertos recogido en la Tabla 1 del informe alcanza en Madrid el 12,3%, frente al 6,29% de media de las comunidades autónomas. Este dato no permite por sí solo conocer la dimensión económica de estas fórmulas,

ya que no incorpora necesariamente todos los cánones, servicios externalizados y compensaciones asociados a los distintos modelos. Para analizar con rigor la ejecución presupuestaria se utiliza 2024, por ser la referencia en el informe elaborado, que permite comparar el crédito inicial, sus modificaciones y las obligaciones finalmente reconocidas.

El presupuesto inicial del SERMAS para 2024 fue de 9.892,8 millones de euros y el crédito final alcanzó 13.390,7 millones, un incremento del 35,4%. En el artículo 25-Conciertos el cambio fue todavía mayor: de 1.209,8 millones de crédito inicial a 2.245,3 millones de crédito final, 1.035,5 millones más, lo que supone un incremento del 85,6%. Las obligaciones reconocidas por conciertos ascendieron finalmente a 2.198,7 millones de euros, el 16,62% de las obligaciones reconocidas por el SERMAS.

Concepto	Presupuesto inicial 2024	Crédito final 2024	Incremento
SERMAS total	9.892,8 M€	13.390,7 M€	+35,4%
Art. 25 - Conciertos	1.209,8 M€	2.245,3 M€	+85,6%

Obligaciones reconocidas del art. 25-Conciertos: 2.198,7 M€ (16,62% del total del SERMAS).

Estas cifras son especialmente relevantes porque mientras aumenta de manera muy importante el dinero público destinado a conciertos, la sanidad pública madrileña sigue arrastrando importantes carencias de personal y graves problemas de accesibilidad. En 2024 se destinaron más de 2.000 millones de euros a conciertos mientras siguen faltando recursos para atender adecuadamente las necesidades de la sanidad pública madrileña.

Una parte importante de esta dinámica se relaciona con la desaparición de las áreas sanitarias y con un sistema de libre elección en el que el dinero sigue al paciente. Tal y como recoge la Memoria del SERMAS de 2024, se realizaron 392.376 primeras consultas mediante libre elección, el 10,97% de las 3.576.905 primeras consultas susceptibles de este mecanismo.

Existen datos publicados sobre el flujo de pacientes procedentes de otras áreas sanitarias. En 2024 la Fundación Jiménez Díaz atendió a 97.587; el Hospital Universitario Rey Juan Carlos a 61.718; el Hospital General de Villalba a 34.432; y el Hospital Universitario de Torrejón a 29.808. La suma alcanza 223.545 pacientes.

El flujo tiene una clara repercusión económica, es decir, el dinero sigue al paciente. La atención prestada por la Fundación Jiménez Díaz en 2024 a pacientes de otras áreas generó una factura superior a los 176 millones de euros. Según datos de la Cámara de Cuentas, el SERMAS abonó durante 2024 1.611 millones de euros al Grupo Quirón por asistencia sanitaria y 144 millones a Ribera Salud por el Hospital de Torrejón. En el caso de los siete hospitales de concesión de obra pública, la fiscalización de la Intervención General recogida por la Cámara de Cuentas cifra en 198,6 millones de euros las obligaciones reconocidas por estos cánones en 2023, última anualidad completa disponible en dicha fiscalización. Aunque sean conceptos de naturaleza diferente, muestran la pluralidad de vías por las que se canalizan recursos públicos hacia proveedores privados.

Es paradójico que, en los hospitales sin gestión directa, entre los que están incluidos los de gestión privada, que atraen a pacientes adscritos a hospitales públicos de gestión directa, la relación entre consultas sucesivas y primeras consultas sea de alrededor de 1,7, cuando la media en los hospitales públicos de gestión directa alcanza 2,66 en los de nivel 3, un 2,21 en los de nivel 2 y 1,9 en los de nivel 1. Estas diferencias apuntan a lo que denominamos “selección de riesgos”. Una selección de la actividad asistencial en función de la complejidad de los pacientes, concentrándose en los centros de gestión privada una mayor proporción de procesos menos complejos y derivándose hacia los hospitales públicos aquellos que requieren mayor seguimiento, consumo de recursos o complejidad asistencial. La marcada diferencia en la relación entre primeras consultas y consultas sucesivas obliga a analizar sus consecuencias sobre la equidad y la financiación del sistema. Resulta especialmente grave que la Consejería de Sanidad no publique de forma sistemática y comparable datos sobre complejidad, resultados, reingresos, seguimiento y coste por paciente que permitan conocer con precisión la magnitud de esta selección de actividad y su impacto económico sobre los hospitales públicos. Pese a ello, hemos conseguido extraer alguna información llamativa: La financiación de la Fundación Jiménez Díaz es un 25% superior al conjunto de los 7 hospitales de gestión directa de nivel 3 cuando la población atendida es tan solo un 5% superior. Sin embargo, el número de altas hospitalarias en su conjunto es un 15% inferior en la FJD (un 25% menor en altas no quirúrgicas). Esta disminución no se ve justificada por la complejidad del episodio, ya que el peso medio de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) médicos es muy semejante (0,86 en la FJD y 0,8 en el conjunto de los hospitales de nivel 3) mientras que el peso medio de las altas quirúrgicas es sensiblemente inferior en la FJD (1.55 frente a 1,73). Estos datos sugieren lo que estamos exponiendo, una posible selección de pacientes quirúrgicos de menor complejidad por parte de la Fundación Jiménez Díaz, lo que se ve avalado por el menor tiempo de estancia (4,3 días frente a 6.75).

También es llamativo que los objetivos e indicadores para evaluar la eficiencia de varios centros de gestión diferenciada o privada no estén segregados por hospital en los presupuestos de 2024, mientras sí lo están para el resto de hospitales públicos. Esta opacidad alcanza el esperpento al incluirse en el apartado de Sostenibilidad y gestión económica de las memorias de los hospitales sin gestión directa (que incluye los regentados por Quirón Salud o Ribera Salud), exclusivamente los gastos en Farmacia. Ello contrasta con la descripción pormenorizada de otros datos relevantes de gestión económica (obligaciones reconocidas), en los hospitales de gestión directa. Esta ausencia de información homogénea impide comparar en condiciones equivalentes los resultados económicos y de calidad asistencial de los distintos modelos de gestión.

Pese al intenso flujo de pacientes y recursos hacia centros de gestión privada, la libre elección tampoco ha resuelto estructuralmente los problemas de accesibilidad. Los últimos datos oficiales publicados, correspondientes a agosto de 2026, contabilizan 698.522 pacientes en espera estructural para una primera consulta de Atención Especializada, de los que 451.270 llevaban más de 90 días. A ellos se sumaban 168.443 pacientes pendientes de una primera prueba diagnóstica o terapéutica, 80.675 con más de 90 días, y 92.525 pacientes en lista de espera quirúrgica estructural.

Comunidad de Madrid

Pero estas cifras no muestran por sí solas toda la dimensión de la espera. La Memoria del SERMAS de 2025 recoge que, a 31 de diciembre de ese año, 253.738 pacientes pendientes de una primera consulta todavía no tenían fecha asignada y otros 112.865 se encontraban en la misma situación para una prueba diagnóstica. En total, 366.603 personas estaban esperando sin tener siquiera una cita asignada.

La existencia de centros privatizados con menores demoras puede favorecer el trasvase de pacientes hacia ellos, pero no constituye por sí misma una solución al volumen global de las listas de espera del sistema. Como hemos señalado en múltiples ocasiones, la libre elección no conduce a una reducción en el tiempo de espera en primeras consultas al compararlo con otras comunidades autónomas. Todo lo contrario, el 75,7% de los pacientes llevaban más de 60 días en espera a fecha de corte 31 de diciembre del 2024, un porcentaje solo superado por Canarias y en donde el rango varía entre el 21,9% del País Vasco y el 90,5% de Canarias. En julio del 2026, más del 78% de los pacientes en lista esperan más de 60 días en ser atendidos, 4 de cada 5, lo que convierte en papel mojado el objetivo de lograr un tiempo medio de demora de 45 días en la CAM. La libre elección, como era de prever, no ha tenido un efecto significativo en disminuir la demora en la atención sanitaria, aunque sí logra generar enormes beneficios para entidades con ánimo de lucro. Tampoco ha corregido las inequidades, con enormes desviaciones en el tiempo de espera entre hospitales de gestión directa.

A todo ello hay que añadir la situación de la Atención Primaria, sometida desde hace años a una falta de recursos y profesionales que dificulta el acceso a la atención sanitaria. Cuando conseguir una cita con tu profesional de referencia se convierte en un problema, quienes pueden permitírselo buscan una alternativa en la sanidad privada. El deterioro de la sanidad pública acaba convirtiéndose así en uno de los principales motores de la privatización.

La falta de transparencia, seña de identidad de la Consejería de Sanidad madrileña, hace difícil conocer los mecanismos por los que el dinero público financia actividad privada en la Comunidad de Madrid. Los pagos y ajustes aparecen distribuidos entre modificaciones de crédito, financiación capítativa, actividad complementaria, sustitutoria y de libre elección, farmacia de pacientes externos, actualización de cánones, compensaciones por reequilibrio económico, liquidaciones y resoluciones judiciales. Además, una parte de los pagos aprobados en un determinado ejercicio puede corresponder a actividad o liquidaciones de ejercicios anteriores. Por ello, para conocer el coste real del modelo no basta con sumar acuerdos de Consejo de Gobierno o modificaciones presupuestarias de un mismo año, es necesario identificar su periodo de devengo, el concepto financiado y si se trata de pagos ordinarios, regularizaciones, compensaciones o sentencias. A ello se añade que la sanidad pública de gestión directa ha asumido tratamientos de pacientes pertenecientes a hospitales con concesión administrativa o convenios singulares por decenas de millones de euros que nunca llegaron a ser abonados por las empresas concesionarias. Esto se justificó por las dificultades técnicas y administrativas para tramitar y justificar de manera formal dichas facturas.

Esta fragmentación explica por qué las investigaciones recientes han tenido que reconstruir el recorrido de los fondos a partir de numerosos expedientes. Por ejemplo, la utilización de remanentes de tesorería de la Agencia Madrileña de Atención Social (AMAS) con 191,23 millones de euros transferidos en 2022 para financiar actividad realizada con medios ajenos y otros 61,5 millones en 2024, en este último caso con la Fundación Jiménez Díaz como beneficiaria. La existencia de estas transferencias no permite afirmar automáticamente que se dejaran de prestar servicios sociales concretos, pero sí muestra hasta qué punto el origen de los fondos que terminan financiando actividad sanitaria privada puede encontrarse fuera de las partidas inicialmente asociadas a los conciertos.

Otras investigaciones han identificado modificaciones de crédito financiadas con partidas inicialmente destinadas a diferentes programas sanitarios, entre ellas recursos del Plan de Cuidados Paliativos. Estos movimientos requieren una explicación pública detallada como qué cuantía se modifica, qué necesidad dejó de ejecutarse o fue financiada por otra vía, qué proveedor recibe finalmente el crédito y qué actividad concreta se paga. Sin esa trazabilidad resulta imposible que se pueda ejercer un control efectivo sobre el destino de miles de millones de euros.

El problema, por tanto, no es únicamente cuánto se gasta, sino la dificultad para conocer cuánto nos cuesta el modelo privatizador y qué resultados obtiene. Dos décadas después de iniciarse las grandes privatizaciones sanitarias madrileñas sigue sin existir una evaluación pública e independiente sobre las concesiones y conciertos utilizando criterios de coste, calidad, resultados en salud, complejidad de los pacientes, accesibilidad, condiciones laborales y equidad.

La ADSPM considera imprescindible realizar esa evaluación de manera transparente, garantizando la publicación íntegra y comprensible de contratos, liquidaciones y modificaciones presupuestarias. La experiencia del Laboratorio Clínico Central es particularmente reveladora porque si la propia Consejería reconoce que el diagnóstico genético puede gestionarse de manera más eficiente desde el sector público, no existe ninguna razón para excluir de esa evaluación el resto de la actividad externalizada.

Los recursos públicos deben destinarse prioritariamente a fortalecer la sanidad pública y recuperar los recursos y profesionales que necesita para responder adecuadamente a las necesidades de la población. Hay que frenar la derivación de recursos públicos hacia el sector privado y avanzar en la recuperación para la gestión pública directa de los servicios privatizados. La atención sanitaria debe responder a las necesidades de salud de la población y no a la rentabilidad económica de cada prestación.

ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE MADRID

6 de octubre de 2026.

